

Van fragmentatie naar integratie

Een onderzoek naar de mogelijkheden tot integratie van HKZ certificering als macroconcept en DBC registratie als microconcept ten einde te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit



Nynke Prins
Studentnummer: 310784
Begeleider: Dr. J. Geelhoed
Meelezer: Prof. Dr. F. Hartmann
Master Zorgmanagement
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam
Juni 2010



Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie van de Master Zorgmanagement. Deze scriptie vormt de afronding van de studie Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Twee jaar na het behalen van de mastertitel als orthopedagoog aan de Rijksuniversiteit Groningen begon het studeren weer te kriebelen. Tijdens mijn werk als orthopedagoog bij voormalig RIAGG Zwolle bemerkte ik dat het werken met cliënten mij op termijn onvoldoende voldoening zou gaan geven. Mijn ambitie lag niet in het inhoudelijk verder scholen als therapeut, maar in de gezondheidszorg in de bredere zin; het beleid en management. Om een bruggetje te maken naar deze scriptie; naast het micro- ook het meso- en macrosysteem. Een mooie start werd hiermee alvast gemaakt toen ik in juni 2007 kon gaan werken als teamleider.

In september 2007 ben ik, naast mijn vierdaagse werkweek als teamleider, gestart met het schakeljaar welke met goed resultaat werd voltooid. Het masterjaar besloot ik, gezien de forse studiebelasting, te splitsen in twee jaar. In het collegejaar 2008/2009 zijn de vakken afgerond waarna ik van december 2009 tot juni 2010 aan deze scriptie heb gewerkt.

Vanzelfsprekend was dit eindproduct niet geworden wat het nu is zonder de hulp en begeleiding van een aantal personen. Allereerst wil ik de collega's bij Dimence bedanken die hun bijdrage hebben geleverd aan de interviews en toegang hebben verschaft tot interne documenten. Ook tijdens andere onderdelen van de studie was er bij collega's, ondanks volle agenda's, altijd de bereidheid tot medewerking. Daarnaast gaat mijn dank uit naar mijn afstudeerbegeleider Jeroen Geelhoed. Je enthousiasme, beschikbaarheid, kritische blik en prettige wijze van feedback geven maakten dat ik voortdurend de motivatie vond om door te gaan. Dank ook voor Frank Hartmann voor het meelesen en beoordelen van het projectvoorstel en de uiteindelijke scriptie.

Lieve familie en vrienden, bedankt voor alle bemoedigende woordjes en het begrip voor mijn geringe aanwezigheid. Jullie hebben mij de afgelopen jaren weinig gezien, maar nu kan mijn sociale leven weer beginnen!

Na alle studie-uren, factsheets en tentamens rest op 25 juni aanstaande nog slechts één meerkeuzevraag waarop ik het antwoord al weet. Tjaard, bedankt voor de ruimte die je mij de afgelopen drie jaar hebt geboden om dit te kunnen doen. Het zal voor jou vast even wennen zijn de afstandsbediening weer samen te moeten delen.

Nynke Prins
Zwolle, 11 juni 2010

Samenvatting

Fragmentatie vormt de bottleneck in kwaliteitsverbetering. Er bestaat een gat tussen de potentieel haalbare en daadwerkelijke kwaliteitsverbeteringen in organisaties, doordat de wederzijdse informatiestromen tussen management en professionals onvoldoende plaatsvinden. Integratie ontbreekt. Het doel van dit onderzoek is om ten behoeve van kwaliteitsverbetering inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden tot integratie van macro- en microsystemen door het beschrijven van de huidige relatie tussen HKZ certificering en DBC registratie en deze door middel van kwalitatief onderzoek te toetsen aan de theorie.

De systeembenadering dient als uitgangspunt om de relatie tussen HKZ certificering en DBC registratie te kenschetsen. HKZ certificering vindt aansluiting op de theorie van het macrosysteem en DBC registratie op de theorie van het microsysteem. Tussen het macro- en microsysteem staat informatie-uitwisseling oftewel sturing centraal. Sturing kent een cyclisch verloop volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus en veronderstelt wederzijdse aandacht voor processen en uitkomsten. HKZ certificering sluit op macroniveau aan op management van processen met feedforward als sturingsmechanisme. De DBC registratie vindt op microniveau de aansluiting op management van uitkomsten met feedback als sturingsmechanisme. In het conceptueel model van onderzoek zijn HKZ certificering en DBC registratie op basis van de theoretische concepten geïntegreerd om te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit.

Vanuit de toetsing van de bevindingen aan het conceptuele model is gebleken dat binnen Dimence sprake is van fragmentatie ten aanzien van kwaliteitsverbetering:

- De rol van HKZ certificering in het microsysteem is minimaal te noemen; de professionals kennen aan HKZ certificering met name een controlefunctie toe. De eigenlijke rol van HKZ certificering, het werken aan continue kwaliteitsverbetering, wordt door de professionals onvoldoende onderkend.
- Het daadwerkelijke gebruik van de uitkomsten vanuit de DBC registratie in de sturing door het macrosysteem is minimaal te noemen; de sturing door het strategisch niveau vindt vooral plaats op financiën en productie en slechts in beperkte mate op kwaliteit.

Om van fragmentatie te komen tot integratie dienen de wederzijdse informatiestromen tussen beide systemen gewaarborgd te zijn. Vanuit de toetsing van de bevindingen op basis van het huidige kwaliteitsmanagement- en managementinformatiesysteem aan het conceptuele model blijken zowel in de 'loop' van macro- naar microniveau (vgl. HKZ certificering naar DBC registratie) als de 'loop' van micro- naar macroniveau (vgl. DBC registratie naar HKZ certificering) mogelijkheden te liggen voor verbetering. Ook is de aansluiting van de praktijk op de theoretische integratie van HKZ certificering en DBC registratie niet optimaal te noemen. Naast het op inhoud tot integratie komen van HKZ certificering en DBC registratie is het eveneens van belang ook in de structuur deze integratie expliciet te maken binnen de organisatie. Op dit moment vindt binnen Dimence geen expliciete integratie van HKZ certificering en DBC registratie plaats in het kwaliteitsmanagement- en managementinformatiesysteem.

Het onderzoek sluit af met een aantal aanbevelingen om te komen tot integratie van HKZ certificering en DBC registratie ten einde te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit. Van fragmentatie naar integratie.

Summary

Fragmentation is the bottleneck in quality improvement. There is a gap between the potentially achievable and actual quality improvements in organizations, due to the fact that the mutual information flows between management and professionals are underdeveloped. Integration is missing. The purpose of the study performed, is to have a better insight in the possibilities for integration of macro and microsystems by describing the current relationship between HKZ certification and DBC registration. This based on linking the qualitative outcome against theory.

System theory is the starting point out of the relationship between HKZ certification and DBC registration. HKZ certification connects with the macrosystem theory and DBC registration with the theory of a microsystem. Guidance between macro and microsystem is key. Control has a cyclical flow, according to the Plan-Do-Check-Act cycle and requires mutual attention regarding processes and outcomes. HKZ certification unites at a macro level with management processes with feedforward as control mechanism. The DBC registration meets the management of outcomes on a micro level with feedback as control mechanism. In the conceptual model of research, HKZ certification and DBC registration are integrated based on the theoretical concepts to attain a full and continuous cycle of quality improvement.

From the review of the findings toward the conceptual model it has been proved that within Dimence there is fragmentation with regard to quality improvement:

- The role of HKZ certification in the micro system is negligible; professionals are familiar with the HKZ certification by linking it to a control function. The proper role of HKZ certification, working on continuous quality improvement, is insufficiently recognized by the professionals.
- The actual use of the outcomes resulting from the DBC registration in guidance by the macrosystem is minimal; guidance done at strategic level can mainly be found within finance and production and in limited extent regarding quality.

In order to move toward integration from fragmentation, the mutual information flows between the two systems need to be ensured. From the review of the findings based on the current quality management system and management information system with the conceptual model there is room for improvement for both the loop of macro to micro level (cf. HKZ certification to DBC registration) and the loop from micro to macro level (cf. DBC registration to HKZ certification). Next to this, the connection between the practice and the theoretical integration of HKZ certification and DBC registration are not optimal. Besides the integration regarding the content of HKZ certification and the DBC registration, it is also important to make this integration explicit in the structure of the organization. There is currently no explicit integration within Dimence regarding the HKZ certification and DBC registration when it comes to both quality management system and management information system. The study concludes with several recommendations to achieve integration of HKZ certification and DBC registration in order to achieve a complete and continuous cycle of quality improvement. From fragmentation to integration.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	10
2.1 Inleiding.....	10
2.2 Systemen	10
2.2.1 Macrosysteem.....	11
2.2.2 Microsysteem	15
2.2.3 Systemen in relatie tot sturing	17
2.3 Sturing.....	17
2.3.1 Strategisch sturen: management van processen (feedforward).....	19
2.3.2 Sturen op uitkomsten (feedback).....	21
2.4 Conceptueel model	22
Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek	24
3.1 Inleiding.....	24
3.2 Type onderzoek	24
3.2.1 Case.....	24
3.3 Dataverzameling	25
3.3.1 Literatuuronderzoek	25
3.3.2 Documentanalyse	25
3.3.3 Interviews	26
3.4 Data-analyse.....	27
3.5 Betrouwbaarheid.....	28
3.6 Validiteit	28
3.6.1 Rol van de onderzoeker.....	28
Hoofdstuk 4 Resultaten	29
4.1 Inleiding.....	29
4.2 HKZ certificering	29
4.2.1 HKZ certificering op strategisch niveau	29
4.2.2 Sturing vanuit het macroniveau naar het microniveau	32
4.2.3 HKZ certificering in het primaire proces.....	38
4.2.4 Samenvatting	40
4.3 DBC registratie.....	41
4.3.1 DBC registratie in het primaire proces.....	41

4.3.2 Informatiestroom vanuit het micro- naar het macroniveau	45
4.3.3 DBC registratie als stuurinformatie voor het strategisch niveau.....	53
4.3.4 Samenvatting	55
4.4 Integratie	56
4.4.1 Integratie macroniveau – microniveau.....	56
4.4.2 Integratie HKZ certificering – DBC registratie.....	58
4.4.3 Samenvatting	60
Hoofdstuk 5 Conclusie	61
5.1 Inleiding.....	61
5.2 HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen	61
5.3 DBC registratie als sturingsinformatie voor het strategisch niveau	63
5.4 Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering – DBC registratie	65
5.4.1 Wederzijdse verbindingen ('loops') macrosysteem – microsysteem.....	65
5.4.2 Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering – DBC registratie	67
5.4.3 Samenvatting	72
5.5 Aanbevelingen tot integratie van beide systemen	72
5.6 Centrale vraagstelling	75
Hoofdstuk 6 Discussie & Aanbevelingen	78
6.1 Inleiding.....	78
6.2 Reflectie op theorie	78
6.3 Reflectie op methodologie	79
6.4 Aanbevelingen	79
Referenties	80
Bijlage Topiclijst interview	84

Hoofdstuk 1 Inleiding

De introductie van de marktwerking in de gezondheidszorg heeft geleid tot een veranderende wet- en regelgeving en een nieuw bekostigingsstelsel. In deze inleiding wordt stilgestaan bij twee van deze ontwikkelingen: de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Het verbeteren van de kwaliteit in de gezondheidszorg vormt de gemeenschappelijke deler tussen beide.

Kwaliteitswet Zorginstellingen

Als gevolg van de zich terugtrekkende overheid en de focus op zelfregulering is in 1996 de Kwaliteitswet Zorginstellingen in het leven geroepen met als doel een waarborg voor de kwaliteit van zorg te leveren. Een zorgaanbieder dient 'verantwoorde zorg' aan te bieden, wat inhoudt dat de zorg van een goed niveau is, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (Verheggen 2005). De kwaliteit dient inzichtelijk en toetsbaar gemaakt te worden, zodat continue verbeteringen mogelijk zijn. De kwaliteitscyclus ofwel Plan-Do-Check-Act-cyclus staat hierin centraal (Sluijs et al. 2007).

Zorgorganisaties streven naar behoud en verbetering van de kwaliteit van zorg door middel van het invoeren van een kwaliteitssysteem en indien mogelijk door het behalen van een bijbehorend certificaat. Kwaliteitssystemen als INK, Balanced Score Card, NIAZ en HKZ zijn veelgebruikt in de zorgsector (Janssen Steenberg 2005). Het toepassen van deze modellen en het in bezit hebben van een certificaat leveren echter onvoldoende kwaliteitsverbetering op. Er is sprake van een gat tussen de potentieel haalbare en de daadwerkelijke kwaliteitsverbeteringen (IOM 1999). Eén van de oorzaken hierin is dat de inspanningen om te komen tot kwaliteitsverbetering vooral op organisatieniveau blijven steken (Walburg et al. 2006). Kwaliteitszorg wordt vooral als een taak van het management gezien en wordt door de professionals ervaren als 'ver van het bed' (Verheggen 2005). De huidige kwaliteitssystemen zijn topdown georiënteerd op systemen en processen en dalen niet af naar het niveau waar de professionals de patiënten behandelen (Walburg et al. 2006). Er is sprake van fragmentatie, aangezien de neerwaartse informatiestroom vanuit het management de professionals onvoldoende bereikt. Er is geen integratie van macro- en microniveau.

Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

De marktwerking heeft naast de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen ook een verandering in de bekostiging van de zorg teweeg gebracht. De veranderende focus van aanbod- naar vraagsturing luidde in 2005 de overgang in van een bekostigingssystematiek op basis van verrichtingen (functiegerichte bekostiging) naar een systeem van vergoeding van totale behandelingen, de zogenaamde prestatiegerichte bekostiging. Met de DBC wordt de relatie gelegd tussen bekostiging en zorgvraag; de koppeling van prijs aan product (Klompenhouwer & Vos-Deckers 2005).

De belangrijkste doelstelling van de DBC systematiek is het bereiken van transparantie van zorgproductie, kosten en kwaliteit, dit zowel op landelijk- als op instellingsniveau

(www.dbconderhoud.nl). De DBC is hiermee voor de gezondheidszorg meer dan alleen een nieuw bekostigingssysteem. Door de transparantie-informatie wordt het voor organisaties mogelijk om doelen te stellen ten aanzien van doelmatigheid, doeltreffendheid en kwaliteit en hierop te sturen (Q-Consult 2008). Met de DBC worden kortom kwaliteit en kosten aan elkaar gekoppeld en wordt toegang verkregen tot nieuwe managementinformatie.

De DBC registratie vindt plaats op het laagste niveau in de organisatie, het primaire proces. De professionals registreren de activiteiten behorende bij de behandeling van de patiënt. Op basis van deze registratie worden data gegenereerd ten aanzien van zorgproductie, kwaliteit en kosten (www.dbconderhoud.nl). Op organisatieniveau wordt door het management echter niet of nauwelijks gestuurd op kwaliteitsinformatie. Het management laat zich ten aanzien van sturing vaak enkel leiden door financiële rapportages op basis van productiviteit (Walburg et al. 2006). Ook hier is sprake van fragmentatie, aangezien de opwaartse informatiestroom vanuit de professionals het management onvoldoende bereikt. Er is geen integratie van micro- en macroniveau.

Bovenstaande uiteenzetting laat zien dat door middel van kwaliteitssystemen, certificering en DBC registratie op verschillende niveaus binnen organisaties naar behoud en verbetering van de kwaliteit van zorg wordt gestreefd. Zoals gezegd is het resultaat hierin nog onvoldoende. Fragmentatie vormt de bottleneck in kwaliteitsverbetering.

Integratie van de verschillende organisatieniveaus en de daarbij behorende informatiestromen is noodzakelijk om te komen tot een volledige kwaliteitscyclus en optimale kwaliteitsverbetering. Doelstelling van dit onderzoek is om, door het toetsen van de werking van macro- en microconcepten, inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden tot integratie van deze concepten. Vanuit de literatuur wordt in het theoretisch kader vanuit de concepten 'macrosysteem', 'microsysteem' en 'sturing' een conceptueel model gepresenteerd waarbij integratie van de verschillende organisatieniveaus en informatiestromen is gerealiseerd. Er zal een beschrijving plaatsvinden van de huidige relatie tussen macro- en microsystemen, gespecificeerd in de relatie tussen HKZ certificering en DBC registratie, binnen een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) genaamd Dimence. Vanuit de toetsing van deze beschrijving aan de theorie worden aan de hand van het conceptueel model aanbevelingen gedaan tot integratie.

Dit onderzoek draagt bij aan het maatschappelijke en wetenschappelijke debat rondom het tegengaan van fragmentatie in de gezondheidszorg. Met dit onderzoek wordt getracht het gat tussen de potentieel haalbare en daadwerkelijke kwaliteitsverbetering te verkleinen. Voor Dimence biedt dit onderzoek hiertoe praktische handvatten.

Vanuit de doelstelling van dit onderzoek wordt de volgende centrale vraagstelling geformuleerd:

Hoe kunnen HKZ certificering als macroconcept en DBC registratie als microconcept tot integratie komen ten einde te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit?

Om te komen tot beantwoording van de centrale vraagstelling zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is de rol van HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen?
2. Wat levert de DBC registratie voor het strategisch niveau op aan sturingsinformatie ten aanzien van kwaliteit?
3. Wat zijn vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen ('loops') tussen HKZ certificering en DBC registratie in het kader van kwaliteit?
4. Hoe worden de bij deelvraag 3 beschreven verbindingen ('loops') ervaren op de werkvloer en door het strategisch management?
5. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om beide systemen te integreren?

Leeswijzer

In deze inleiding is de centrale vraagstelling van het onderzoek geïntroduceerd. Om tot beantwoording van deze vraag te komen, is het onderzoek als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 Theoretisch kader worden de theoretische concepten van dit onderzoek besproken evenals de achtergronden van HKZ certificering en DBC registratie. Met de beschrijving van de wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie wordt deelvraag 3 vanuit de theorie beantwoord. Het hoofdstuk eindigt met de presentatie van het conceptueel model van onderzoek. In dit model worden HKZ certificering en DBC registratie op basis van de theoretische concepten geïntegreerd om te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit. In hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek worden de voor dit onderzoek gebruikte methoden beschreven. Eveneens wordt de casus van onderzoek kort besproken en is er aandacht voor de waarborging van de validiteit en betrouwbaarheid. De bevindingen vanuit de documentanalyse en semigestructureerde interviews worden gepresenteerd in hoofdstuk 4 Resultaten. Door het toetsen van deze bevindingen aan de theorie worden in hoofdstuk 5 Conclusie achtereenvolgens de deelvragen en de centrale vraagstelling van dit onderzoek beantwoord. In hoofdstuk 6 Discussie vindt tenslotte de reflectie op de theorie en de methodologie plaats en worden aanbevelingen geformuleerd.

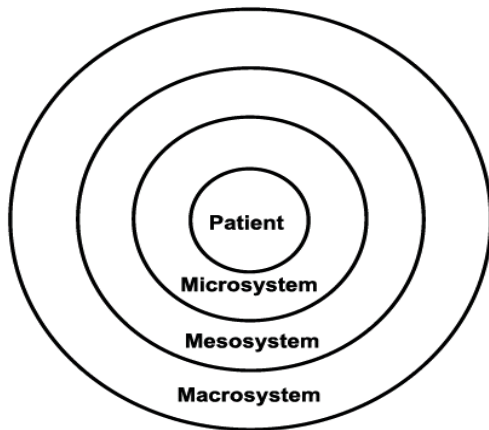
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de achterliggende theoretische concepten van dit onderzoek beschreven waarna tot een conceptueel model wordt gekomen. De opbouw van het theoretisch kader is als volgt. In paragraaf 2.2 wordt de systeembenadering besproken welke als uitgangspunt dient om de relatie tussen HKZ certificering en DBC registratie te kenschetsen. HKZ certificering vindt aansluiting op de theorie van het macrosysteem en DBC registratie op de theorie van het microsysteem. Tussen het macro- en microsysteem staat informatie-uitwisseling oftewel sturing centraal. Het concept sturing wordt uitgewerkt in paragraaf 2.3. Sturing kent een cyclisch verloop volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus en veronderstelt wederzijdse aandacht voor processen en uitkomsten. HKZ certificering sluit op macroniveau aan op management van processen met feedforward als sturingsmechanisme. De DBC registratie vindt op microniveau de aansluiting op management van uitkomsten met feedback als sturingsmechanisme. In de subparagrafen 2.3.1 en 2.3.2 worden vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen gelegd tussen HKZ certificering en DBC registratie. Hiermee wordt deelvraag 3 'Wat zijn vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen ('loops') tussen HKZ certificering en DBC registratie in het kader van kwaliteit?' beantwoord. Dit hoofdstuk eindigt in paragraaf 2.4 met de presentatie van het conceptueel model van onderzoek. In dit model worden HKZ certificering en DBC registratie op basis van de theoretische concepten geïntegreerd om te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit.

2.2 Systemen

De systeembenadering is een manier van kijken naar een organisatie. Een systeem is een verzameling van elementen, die vanuit een bepaalde optiek te onderscheiden zijn van de omgeving en die onderling en met de omgeving samenhangen (Vissers & de Vries 2005). Onderscheid wordt gemaakt tussen macro-, meso- en microsystemen. De organisatie als geheel is een macrosysteem. Op dit niveau wordt de strategie van de organisatie gevormd en uitgedragen (Kosnik & Espinosa 2003). Het mesosysteem betreft het tactische niveau binnen de organisatie; de afdeling of het cluster. In de microsystemen wordt de daadwerkelijke zorg geleverd, daar vindt het transactiemoment plaats. De professionals vormen tezamen verschillende microsystemen in de organisatie (Mohr et al. 2004). Figuur 1 geeft de onderlinge relatie tussen de systemen weer (Nelson et al. 2008). De focus van dit onderzoek is de wederzijdse relatie tussen macro- en microsystemen. De mesosystemen worden hierin buiten beschouwing gelaten.



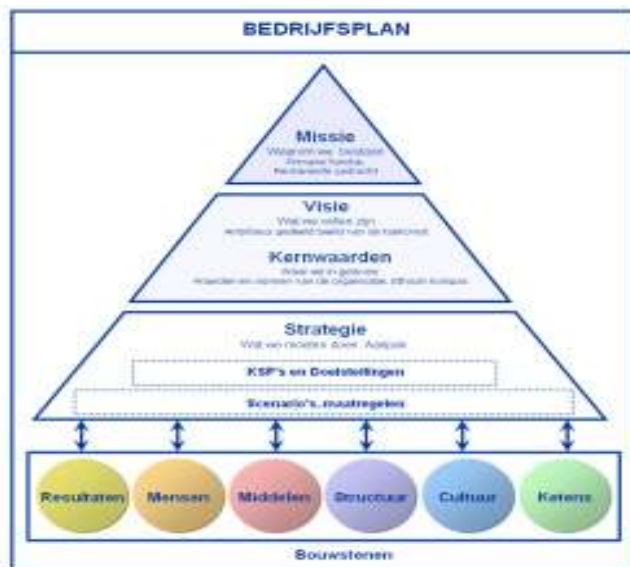
Figuur 1: Relatie tussen systemen in de gezondheidszorg (Nelson et al. 2008)

Informatie-uitwisseling oftewel sturing staat centraal tussen de systemen. Het is het raakvlak wat professionals aan patiënten, professionals onderling, microstelsel aan microstelsel en microstelsel aan macrosysteem verbindt (Nelson et al. 2003).

In de volgende subparagrafen worden de concepten macro- en microstelsel afzonderlijk besproken. Eveneens wordt de aansluiting tussen macrosysteem en HKZ certificering en microstelsel en DBC registratie gelegd.

2.2.1 Macrosysteem

Onder een macrosysteem wordt de organisatie als geheel verstaan. Op organisatieniveau staat strategievorming centraal. Strategie heeft tot doel om sturing te geven, het geeft richting over wat de organisatie wil en hoe zij dit wil bereiken. De missie, visie en de waarden van een organisatie wordt geëxpliciteerd in een strategisch plan (figuur 2).



Figuur 2: Elementen strategisch plan (Nieuwenhuis 2008)

In dit plan staan eveneens de stappen om dit te bereiken, de processen, beschreven. Dit wordt de structuur van de organisatie genoemd. Voor de organisatie is het bijvoorbeeld essentieel een adequate infrastructuur te hebben voor het verkrijgen van managementinformatie. Naast de structuur is ook de cultuur van de organisatie van invloed op de uitwerking van de strategie. Succesvol is een organisatiecultuur welke gericht is op leren en verbeteren (Franco & Bourne 2003). Een cultuur van controle en verantwoording werkt daarentegen belemmerend (De Waal 2003).

Na formulering van het strategisch plan op macroniveau moet deze worden geoperationaliseerd op microniveau. De doelen op microniveau dienen in overeenstemming te zijn met de strategische doelen (Kosnik & Espinosa 2003).

Aansluiting HKZ certificering op theorie macrosysteem

In hoofdstuk 1 Inleiding is beschreven dat, sinds de intrede van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, kwaliteitssystemen hun opmars hebben gemaakt in de gezondheidszorg. De wetgeving van de overheid is hierin de eerste aanzet geweest. Als gevolg van deze externe, topdown prikkel is de noodzaak tot kwaliteitsbeleid en certificering allereerst op het strategisch niveau van organisaties doorgedrongen. Door (branche)organisaties zijn keuzes gemaakt voor een bepaald kwaliteitssysteem, zo mogelijk inclusief een certificeringstraject. De oorsprong van veel kwaliteitssystemen ligt in het bedrijfsleven, wat maakt dat in de focus van deze modellen het management en de bedrijfsvoering centraal staan (Verheggen 2005). Kwaliteitsbeleid is onderdeel van het strategisch beleid. Het is van invloed op de visie en positionering van de organisatie. Door middel van het beschrijven van protocollen en procedures wordt de informatievoorziening naar de professionals gewaarborgd (Austie & Woldendorp 2009).

In de Nederlandse gezondheidszorg bestaan voor instellingen vier normen voor certificering of accreditering. Dit zijn de normen van de International Standardization Organisation (ISO), de Stichting Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) en het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen (Havenaar et al. 2008). Binnen dit onderzoek ligt de focus op het kwaliteitssysteem HKZ aangezien deze wordt toegepast binnen de GGZ. HKZ certificering sluit als kwaliteitsmodel aan op de theorie van het macrosysteem, aangezien het model ingebed is op het strategische niveau van de organisatie.

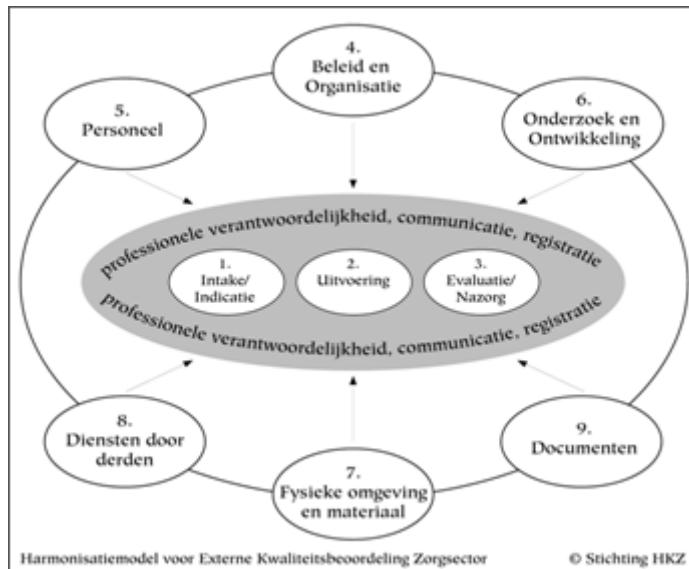
Voordat de overgang van macro- naar microsysteem zal worden gemaakt, wordt een korte schets gegeven van de ontwikkeling van HKZ certificering binnen de gezondheidszorg in algemene zin en specifiek binnen de GGZ. Eveneens worden de HKZ normen toegelicht, welke behoren bij het certificeringsschema voor de GGZ.

HKZ certificering binnen de gezondheidszorg

In 1994 is de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector opgericht door koepels van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten. De Stichting heeft tot doel de externe beoordeling van kwaliteit, waaronder certificatie, in de gezondheidszorg te harmoniseren (Frissen & Casparie 1997). Het kwaliteitssysteem van de HKZ gaat uit van het perspectief van de patiënt. De HKZ normen toetsen of de organisatie de interne processen

op orde heeft, betrouwbare resultaten ten aanzien van uitkomsten kan presenteren en werkt aan continue kwaliteitsverbetering. De Plan-Do-Check-Act-cyclus staat hierin centraal (www.hkz.nl).

Het HKZ model is gebaseerd op het ISO model wat een veelgebruikt model is in het bedrijfsleven (Janssen Steenberg 2005). De keuze is gemaakt om het ISO model specifiek te vertalen en te verdiepen naar de zorgsector met als resultaat het HKZ model (figuur 4).



Figuur 4: HKZ kwaliteitsmodel (www.hkz.nl)

Binnen het HKZ model staat het primaire proces centraal. Hieronder vallen de intake, de uitvoering van de zorg en de evaluatie/nazorg (rubriek 1 tot en met 3). Daarnaast worden ook voorwaarden gesteld aan de ondersteunende processen (rubriek 4 tot en met 9) (Ahaus 2008). Binnen de rubrieken van het primaire proces zijn een drietal aandachtspunten geformuleerd, te weten: het bewaken van de professionele verantwoordelijkheid, de interne communicatie binnen de organisatie en de registratie van activiteiten en processen (Frissen & Casparie 1997).

Zoals gezegd is HKZ certificeerbaar. De certificering vindt plaats door onafhankelijke instellingen. Auditors van deze instellingen brengen werkbezoeken af aan de te certificeren zorgorganisatie. Het HKZ keurmerk is drie jaar geldig, waarbij er een jaarlijkse hertoetsing plaatsvindt (Dijkstra 2008). HKZ beschikt over verschillende certificeringschema's voor verschillende sectoren. Dit betekent dat er per sector specifieke normen zijn opgesteld (Janssen Steenberg 2005). Er zijn inmiddels bijna veertig certificeringschema's voor verschillende branches ontwikkeld (www.hkz.nl).

HKZ certificering binnen de GGZ

Voor de GGZ is een eigen certificeringschema voor HKZ ontwikkeld. In 2000 werd hiermee gestart door de HKZ werkgroep voor de GGZ onder leiding van J.A. Walburg (Tromp & Fabbricotti 2009). In november 2002 werd het eerste certificatieschema 'Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg' gepresenteerd (Stichting HKZ 2009). In het jaar 2003 werden de eerste GGZ organisaties volgens dit schema gecertificeerd en werd door GGZ Nederland

besloten dat per 1 januari 2008 alle GGZ instellingen gecertificeerd zouden moeten zijn. In 2009 is vastgesteld dat bijna alle organisaties voor geestelijke gezondheidszorg over een HKZ certificaat beschikken (Tromp & Fabbricotti 2009). Naast het besluit van brancheorganisatie GGZ Nederland ten aanzien van de HKZ certificering wordt deze eveneens dwingend opgelegd door zorgverzekeraars. Het niet behalen van het HKZ certificaat is van negatieve invloed op de onderhandelingspositie met de verzekeraar (Havenaar et al. 2008).

In 2009 is het certificeringschema voor de GGZ herzien. De PDCA-cyclus is meer zichtbaar gemaakt in de normen, resultaatgerichtheid en cliëntveiligheid zijn nadrukkelijker gepositioneerd en het schema is meer toegankelijk en gebruiksvriendelijk geworden. Het certificatieschema voor de GGZ bestaat uit 9 rubrieken met daaraan gekoppelde normen. In tabel 1 staan de rubrieken weergegeven en worden de voor dit onderzoek relevante normen kort beschreven (Stichting HKZ 2009). De relevantie van de normen is bepaald door een analyse te verrichten op de mate van aansluiting bij het onderwerp van onderzoek en de daaruit voortkomende deelvragen.

Rubrieken	Normen
1. Afspraken over de zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> - procesbeschrijvingen die de routes weergeven die de cliënt in de organisatie kan doorlopen - procesbeschrijvingen hangen samen met missie, visie en beleid van organisatie - beschrijven van risicovolle processen - protocollen, richtlijnen en werkafspraken ten aanzien van professioneel handelen
2. Uitvoering van de zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> - beschrijving van proces van aanmelding tot afsluiting - wachttijd na aanmelding - afspraken maken met cliënt over omvang, vorm en soort behandeling en dit vastleggen in behandelplan - vastgelegde instemming van cliënt met behandelplan - zorg leveren conform behandelplan - zorgcoördinatie en bespreking in cliëntgebonden overleg - evaluatie - afsluiting in overleg met cliënt en zo nodig verwijzen naar andere zorgaanbieder - bestaan van cliëntdossier conform wet- en regelgeving en conform professionele standaarden
3. Meten, analyseren en verbeteren	<ul style="list-style-type: none"> - meten van de behaalde resultaten in relatie tot de geformuleerde doelstellingen in rubriek 1 - analyseren - verbeteren
4. Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem	<ul style="list-style-type: none"> - meerjarenbeleid inclusief missie, visie, strategie - doelgroepformulering - kwaliteitsdoelstellingen gekoppeld aan beleid - vaststellen organisatie-, communicatie-, en besluitvormingsstructuur - kwaliteitsmanagementsysteem: ontwikkeling, implementatie en continue verbetering - interne audits - beoordeling kwaliteitsmanagementsysteem door directie
5. Medewerkers	<ul style="list-style-type: none"> - vaststellen personeelsbeleid en doelstellingen - systeem van functiebeschrijvingen (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden) - inwerkprogramma nieuwe medewerkers - veiligheid van medewerkers - meten medewerkertevredenheid - functioneringsgesprekken
6. Actueel houden en vernieuwen van zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> - vernieuwen van zorgverlening - inventariseren van ontwikkelingen (doelgroep, werkwijzen, methodieken) - verbeteren of innoveren van aanbod - invoeren van nieuw aanbod
7. Werkomgeving en materiaal	<ul style="list-style-type: none"> - eisen aan werkomgeving, materiaal en middelen - o.a. opslag geneesmiddelen, calamiteitenplan
8. Inkoop en uitbesteding	<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitseisen voor inkoop en uitbesteding
9. Documentatie	<ul style="list-style-type: none"> - gedocumenteerd kwaliteitsmanagementsysteem (kwaliteitshandboek)

Tabel 1: Rubrieken en relevante normen HKZ GGZ (Stichting HKZ 2009)

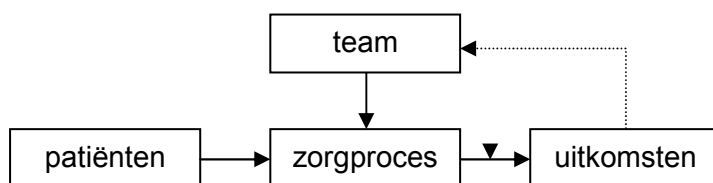
2.2.2 Microsysteem

Onder een microsysteem worden de professionals of een team van professionals verstaan. Het is het niveau waar de daadwerkelijke zorg wordt geleverd. In Walburg et al. (2006) wordt door Nelson et al. (2002) de volgende definitie van een microsysteem gegeven:

'A small group of people who regularly work together to provide care to a certain patient subpopulation. The system has clinical and business-related objectives, interlinked processes and a similar information environment and it sees to it that outcomes are produced. Microsystems develop over time and are often embedded in larger organizations. They are complex, self-adaptive systems and perform the primary tasks that ensue from the central objectives, meet the needs of the employees and maintain themselves as clinical units.'

De theorie van het microsysteem is gebaseerd op het gedachtegoed van Deming, Senge en Wheatley ten aanzien van systeemdenken in organisaties. Het oorspronkelijke idee voor het klinische microsysteem komt van Quinn en is gebaseerd op de gedane analyses binnen 's werelds beste dienstverleningsbedrijven, zoals bijvoorbeeld McDonald's. Uit onderzoek van Quinn bleek het microsysteem de succesfactor voor kwaliteit, groei en een hoge klanttevredenheid (Mohr et al. 2004).

Het microsysteem helpt het concept van het zorgsysteem als complex adaptief systeem te operationaliseren. Zorgorganisaties zijn opgebouwd uit vele, gedifferentieerde, autonome microsystemen (Mohr et al. 2004). De volgende elementen zijn essentieel voor een microsysteem: de patiënt, de professional of het team van professionals, het zorgproces en de uitkomsten (Barach & Johnson 2006). De connectie tussen de elementen wordt door Walburg et al. (2006) visueel gemaakt in de eerste feedbackcyclus welke in figuur 5 wordt weergegeven.



Figuur 5: First feedbackcyclus (Walburg et al. 2006)

De feedbackcyclus start met de binnenkomst van de patiënt in een bepaalde staat van gezondheid. Onder behandeling van de professional(s) verandert of stabiliseert deze gezondheidstoestand. De verandering in de gezondheid van de patiënt wordt vastgelegd in de zorguitkomsten en deze worden teruggekoppeld aan de professional (Walburg et al. 2006).

Door gebruik te maken van de principes van microsystemen kan een optimaal resultaat bereikt worden op het niveau van het macrosysteem. Het microsysteem is een logische plaats om de verbinding te leggen tussen strategie en het leveren van zorg (Kosnik & Espinosa 2003). Hiermee wordt bijgedragen aan het verminderen van de fragmentatie in het zorgsysteem (Nelson et al. 2008).

Voordat over gegaan wordt naar het beschrijven van de aansluiting van DBC registratie op de theorie van het microsysteem wordt gestart met een korte historische schets van de overgang naar een prestatiegericht bekostigingsstelsel en hiermee de komst van de DBC en DBC registratie.

Overgang naar prestatiegerichte bekostiging en komst DBC

De stijgende zorguitgaven van de afgelopen decennia noodzaken een stelselherziening in de gezondheidszorg waarin meer prikkels voor doelmatige zorgverlening aanwezig zijn (Schut 2003). Al in 1987 wordt hiertoe door de Commissie Dekker gereguleerde marktwerking voorgesteld. Het duurt echter tot het begin van deze eeuw voordat dit voorstel concreet vorm krijgt door de relatie die gelegd wordt met het concept vraagsturing (Helderman, In: Meurs & Van der Grinten 2005). De veranderende focus van aanbod- naar vraagsturing betekent een overgang van de bekostiging van verrichtingen (functiegerichte bekostiging) naar een vergoeding van totale behandelingen, de zogenaamde prestatiegerichte bekostiging. Met de DBC wordt de relatie gelegd tussen bekostiging en zorgvraag; de koppeling van prijs aan product (Klompenhouwer & Vos-Deckers 2005). De belangrijkste doelstelling van de DBC systematiek is het bereiken van transparantie van zorgproductie, kosten en kwaliteit, dit zowel op landelijk- als op instellingsniveau (www.dbconderhoud.nl).

In 2005 wordt de DBC registratie ingevoerd binnen de ziekenhuiszorg en sinds 2008 vindt de bekostiging binnen deze sector plaats op basis van DBC's. In de GGZ vindt de introductie van DBC's in 2008 gelijktijdig plaats met de overgang van de extramurale en intramurale zorg korter dan één jaar van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). Net als in de ziekenhuizen is in de GGZ gestart met de implementatie van de registratiesystematiek. Naar verwachting is de bekostiging op basis van DBC's per 2011 ook een feit binnen de GGZ.

Aansluiting DBC registratie op theorie microsysteem

DBC registratie sluit aan bij de theorie over microsystemen, aangezien de elementen van het microsysteem en de DBC registratie overeenkomen. DBC registratie vindt plaats in het primaire proces waar de daadwerkelijke zorg geleverd wordt. De patiënt komt in zorg en door de professional wordt, op basis van de zorgvraag of diagnose van de patiënt, een DBC geopend. Een DBC wordt gedefinieerd als het geheel van activiteiten van een ziekenhuis (organisatie) en medisch specialist (professional), voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert (Zuurbier & Krabbe-Alkemade 2007).

De DBC is een eindproduct. De behandeling kan uitgesplitst worden in verschillende activiteiten die de professional verricht. Al deze activiteiten worden door de professional afzonderlijk geregistreerd (Zuurbier & Krabbe-Alkemade 2007). Op basis van deze registraties ontstaat informatie ten aanzien van de zorguitkomsten; zorgproductie, kwaliteit en kosten (www.dbconderhoud.nl). Zuurbier et al. (2003) beschrijven dat de DBC registratie specifieke uitkomst informatie oplevert over de omvang en aard van de verrichtingen, zorgvraag, verpleegduur, wachttijd, doorlooptijd en patiëntenlogistiek. Zorgverzekeraars Nederland (2009) benoemt overeenkomstige uitkomst informatie en maakt deze expliciet in kenmerken en criteria welke worden weergegeven in tabel 2.

Kenmerken	Criteria
1. Algemene kenmerken	- aantal DBC's in dataset - gemiddelde kosten per DBC
2. Tijdsbesteding	- doorlooptijd - wachttijd - directe tijd - indirecte tijd - totale tijd - aantal betrokken functies - aandeel groepsactiviteiten
3. DBC typering	- zorgtype - zorgvraag (inclusief aantal) - diagnose (inclusief aantal) - nevendiagnose - GAF score (start, eind, hoogste, gemiddelde toename) - sluitreden
4. Activiteitenprofiel	- aantal en soort activiteit(en), bijvoorbeeld farmacotherapie, psychotherapie en vaktherapie
5. Functieprofiel	- aantal en soort discipline(s); tijdsinvestering, bijvoorbeeld psychiater, GZ-psycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige
6. Algemene behandelkenmerken	- dagbesteding - verblijf - verblijf zonder nacht - activerende begeleiding - ondersteunende begeleiding
7. Patiëntkenmerken	- geslacht - leeftijdsklasse - gemiddelde leeftijd
8. Zorgaanbieder	- instellingstype; percentage DBC's - circuit; percentage DBC's

Tabel 2: Kenmerken en criteria uitkomstinformatie DBC (Zorgverzekeraars Nederland 2009)

Het is van belang dat uitkomstinformatie bij de professional en het team van professionals terecht komt, zodat inzicht ontstaat in het eigen handelen en binnen het primaire proces kwaliteitsverbetering tot stand kan komen (Zuurbier & Krabbe-Alkemade 2007). Door het gebruik van uitkomstinformatie wordt het inzicht in de interne bedrijfsvoering en de zorg die wordt geleverd vergroot. Hiermee wordt de zorg planbaar. Eveneens kan flexibeler worden ingespeeld op ontwikkelingen in vraag en aanbod (Leegerstee 2008).

2.2.3 Systemen in relatie tot sturing

In de voorgaande subparagrafen is, vanuit het centrale concept systemen, stil gestaan bij het macro- en het microsysteem. Informatie-uitwisseling oftewel sturing staat centraal tussen de systemen. Het is het raakvlak wat professionals aan patiënten, professionals onderling, microsysteem aan microsysteem en microsysteem aan macrosysteem verbindt (Nelson et al. 2003). Sturing is het volgende theoretisch concept wat wordt besproken.

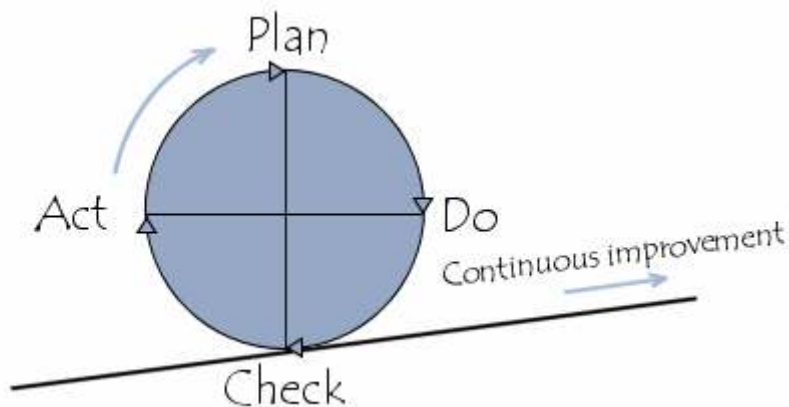
2.3 Sturing

Sturing vindt binnen een organisatie plaats op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau en kent een cyclisch verloop volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus (figuur 6). Deming is de grondlegger van deze sturingscyclus. Er zal kort worden stilgestaan bij de verschillende elementen van de cyclus: Plan, Do, Check en Act (Colsen 1992) :

- Plan

In de planfase worden doelen vastgesteld en wordt bepaald hoe deze gehaald moeten worden. Aan de doelen worden inspanningen en middelen gekoppeld.

- Do
In deze fase wordt uitgevoerd wat in de planfase is vastgesteld.
- Check
In de checkfase wordt nagegaan of de uitvoering is verlopen volgens het vastgestelde plan. Afwijkingen in de uitvoering of discrepanties ten aanzien van de doelen worden vastgesteld; de uitkomsten worden vergeleken met de vastgestelde normen en hieruit worden conclusies getrokken.
- Act
In deze fase wordt gereageerd op afwijken en discrepanties welke zijn vastgesteld in de checkfase. De oorzaken worden achterhaalt en het plan wordt bijgesteld.

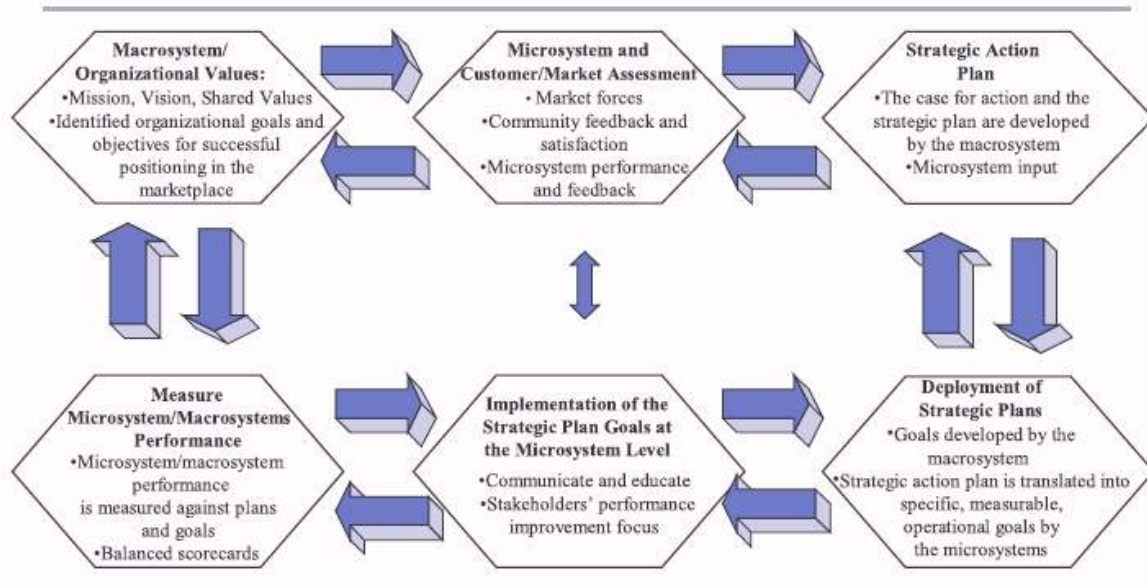


Figuur 6: Plan-Do-Check-Act-cyclus van Deming

Op strategisch niveau (macro) worden kaders geformuleerd en vindt beleidsvoorbereiding plaats. Deze plannen worden doorvertaald naar het tactisch niveau (meso) en uiteindelijk uitgevoerd op het operationele niveau (micro). Op basis van rapportages vanuit de prestaties op het operationele niveau worden de plannen op strategisch niveau bijgesteld (Nieuwenhuis 2008).

De beschreven sturingsystematiek leidt tot de cyclus van planning en control. Geelhoed (2005) benadrukt het belang van de verbinding tussen strategie en de dagelijkse bedrijfsprocessen. Sturing veronderstelt wederzijdse aandacht voor processen en uitkomsten. Op strategisch niveau worden processen uitgerold voor het operationele niveau, echter zonder uitkomsten valt over het succes van de processen geen oordeel te vellen. Dit geldt eveneens andersom; uitkomsten op operationeel niveau hebben weinig waarde als niet vastgesteld kan worden hoe deze resultaten beïnvloed kunnen worden (Havenaar et al. 2008). Feedforward en feedback zijn te benoemen als sturingsmechanismen. In figuur 7 wordt een visuele weergave gegeven van de onderlinge samenhang (Kosnik & Espinosa 2003).

The Microsystem/Macrosystem Strategic Plan Feed-Back System



Figuur 7: The Microsystem/Macrosystem Strategic Plan Feed-Back System (Kosnik & Espinosa 2003)

In de volgende subparagrafen worden de sturingsconcepten management van processen (feedforward) en management van uitkomsten (feedback) afzonderlijk besproken en toegepast op HKZ certificering en DBC registratie. Eveneens worden vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen gelegd tussen HKZ certificering en DBC registratie. Hiermee wordt in de paragrafen 2.3.1 en 2.3.2 deelvraag 3 'Wat zijn vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen ('loops') tussen HKZ certificering en DBC registratie in het kader van kwaliteit?' beantwoord.

2.3.1 Strategisch sturen: management van processen (feedforward)

Door het macrosysteem wordt strategisch gestuurd. Dit houdt in dat de kaders en het beleid welke op macroniveau zijn geformuleerd worden vertaald naar het uitvoeringsniveau. Deze vertaling krijgt vorm door middel van het beschrijven en borgen van processen en de sturing hierop richting het microsysteem. De processen worden geconcretiseerd in procedures en protocollen. Door management van processen vindt informatieoverdracht plaats van macro naar microniveau. De focus ligt hierbij op procesverbetering met als doel de kwaliteit van zorg in de organisatie te verbeteren en te sturen (Havenaar et al. 2008). Wat de organisatie van plan is, moet terugkomen in hetgeen gemeten wordt in de resultaatgebieden (Frowein 1998). Strategisch sturen vindt op deze manier aansluiting bij de planfase van de Plan-Do-Check-Act-cyclus van Deming.

Van belang bij het strategisch sturen is de feedforwardcyclus. Feedforward is het sturingsmechanisme vanuit het macrosysteem richting het microsysteem. Met feedforward wordt ingespeeld op vooraf verkrijgbare informatie om tot het meest optimale resultaat te komen. Vanuit de informatie in de checkfase (feedback) worden de plannen op strategisch

niveau bijgesteld (act/plan). Vervolgens worden deze vertaald naar de uitvoeringsfase (Kosnik & Espinosa 2003). Hiermee is feedforward als instrument kaderstellend en voorschrijvend te noemen.

Het gaat bij management van processen en feedforward niet alleen over strategie en beleid, maar ook over cultuur; over het gedrag van mensen en over het richten van hun handelen (Dorr 2009). Actieve betrokkenheid van het topmanagement is cruciaal. Het macroniveau zal in de praktijk moeten laten zien dat registratie gebruikt wordt bij de sturing. Registratie moet een structureel onderwerp van gesprek zijn tussen het management en de professional en daarmee input voor sturing (Zichtbare Zorg 2008). Managers moeten betrokken zijn bij 'forecasting' (feedforward) en hier vertrouwen in hebben (De Waal 2003).

HKZ certificering in verbinding met DBC registratie

Certificering sluit aan bij management van processen en draagt daarmee bij aan de stuurinformatie op strategisch niveau (Greenfield & Braithwaite 2008). Door middel van certificering wordt de organisatie uitgedaagd de processen centraal te zetten in de aansturing van de organisatie en deze te verbinden met de strategie, het beleid en de cultuur (Dorr 2009). Een certificaat laat zien dat de organisatie gedocumenteerde procedures volgt in het tot stand brengen van producten en diensten (Havenaar et al. 2008). Certificering kan voor een organisatie onder meer leiden tot een verbetering van de kwaliteit, een toename van de productiviteit, een vermindering van de kosten en een betere management control (Singels et al. 2001).

Vanuit het macrosysteem ontstaat door HKZ certificering stuurinformatie over de te volgen processen. De rubrieken en normen van het certificeringschema voor de GGZ zijn kaderstellend voor sturing vanuit het strategisch management. HKZ certificering biedt het kader voor het vaststellen van doelen, inspanningen en middelen ten aanzien van kwaliteit van zorg. Vanuit dit kader beïnvloedt HKZ certificering het handelen van de professionals in het microsysteem, en zo ook de DBC registratie.

Tabel 3 toont de verbinding tussen HKZ certificering en DBC registratie. De tabel is een confrontatiematrix van tabel 1 met tabel 2 en laat zien op welke kenmerken van DBC registratie de normen van het certificeringschema HKZ GGZ kaderstellend zijn vanuit management van processen. De rubrieken en/of normen waarop HKZ certificering de DBC registratie niet raakt, zijn buiten beschouwing gelaten.

HKZ certificering → Management van processen/Feedforward (Plan) → DBC registratie	
1. Afspraken over de zorgverlening - procesbeschrijvingen die de routes weergeven die de cliënt in de organisatie kan doorlopen - protocollen, richtlijnen en werkafspraken ten aanzien van professioneel handelen	- tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken
2. Uitvoering van de zorgverlening - beschrijving van proces van aanmelding tot afsluiting - wachttijd na aanmelding - afspraken maken met cliënt over omvang, vorm en soort behandeling en dit vastleggen in behandelplan - vastgelegde instemming van cliënt met behandelplan - zorg leveren conform behandelplan - zorgcoördinatie en bespreking in cliëntgebonden overleg - evaluatie - afsluiting in overleg met cliënt en zo nodig verwijzen naar andere zorgaanbieder	- tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - tijdsbesteding - tijdsbesteding, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - activiteitenprofiel - tijdsbesteding, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - activiteitenprofiel - activiteitenprofiel - DBC typering, activiteitenprofiel
3. Meten, analyseren en verbeteren	

4. Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem - doelgroepformulering	- algemene kenmerken, DBC typering
5. Medewerkers - systeem van functiebeschrijvingen (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden)	- activiteitenprofiel, functieprofiel
6. Actueel houden en vernieuwen van zorgverlening - inventariseren van ontwikkelingen (doelgroep, werkwijzen, methodieken) - invoeren van nieuw aanbod	- algemene kenmerken, tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken, patiëntkenmerken, zorgaanbieder - algemene kenmerken, tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken, patiëntkenmerken, zorgaanbieder
7. Werkomgeving en materiaal	
8. Inkoop en uitbesteding	
9. Documentatie	

Tabel 3: Verbinding tussen HKZ certificering en DBC registratie

2.3.2 Sturen op uitkomsten (feedback)

In het microsysteem wordt de daadwerkelijke zorg geleverd. Op basis van DBC registratie ontstaat informatie over de verleende zorg aan patiënten. Vanuit deze informatie kunnen analyses gedaan worden waardoor zichtbaar wordt of het juiste werk op de juiste manier wordt gedaan (Nelson et al. 2003). Afwijkingen in de uitvoering en discrepanties ten aanzien van doelen worden op basis van deze vergelijking vastgelegd. Deze uitkomsten kunnen tweeledig gebruikt worden voor terugkoppeling. Enerzijds de terugkoppeling binnen het microsysteem volgens de eerste feedbackcyclus (Walburg 2006). Anderzijds de feedback naar het strategisch management, zodat de uitkomstinformatie input vormt voor sturing vanuit het macrosysteem. De data beïnvloedt de acties van het management (De Waal 2003). Op basis van de prestaties in het microsysteem dienen de plannen op strategisch niveau te worden bijgesteld, zodat de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd (Nelson et al. 2003). Met feedback wordt ingespeeld op het verzamelen van data over wat heeft plaatsgevonden om tot het meest optimale resultaat te komen (Kosnik & Espinosa 2003). Evenals bij management van processen, zijn cultuur en gedrag ook van invloed op management van uitkomsten. De Waal (2003) heeft achttien gedragsfactoren beschreven welke bepalend zijn voor de invoering en het gebruik van prestatie management. Enkele factoren hebben betrekking op management van uitkomsten, zoals in dit onderzoek beschreven. Voor succesvol gebruik van uitkomstinformatie in de strategische sturing is het van belang dat het management betrokken is bij de managementrapportage. Het macroniveau moet zowel de rapportage als de analyse begrijpen en er vertrouwen in hebben.

DBC registratie in verbinding met HKZ certificering

Vanuit het microsysteem ontstaat door DBC registratie uitkomstinformatie over de geleverde zorg. Met deze uitkomstinformatie wordt nagegaan in hoeverre de uitvoering is verlopen volgens het vastgestelde plan. De kenmerken en criteria welke zijn geformuleerd ten aanzien van DBC registratie vormen de check op de uitvoering volgens de rubrieken en normen van het HKZ certificeringsschema voor de GGZ. Met de uitkomstinformatie, welke beschikbaar komt vanuit de DBC registratie, wordt een terugkoppeling gegeven aan het strategisch management of de geleverde zorg al dan niet overeenkomt met de vooraf gestelde kaders

en procesbeschrijvingen. Vanuit dit kader beïnvloedt DBC registratie de sturing door het strategisch management in het macrosysteem, en zo ook de bijstelling van de kaders en processen vanuit de HKZ certificering. Op deze wijze wordt de DBC registratie ingezet als middel om te komen tot verbetering van de kwaliteit van zorg.

Tabel 3 toont de verbinding tussen DBC registratie en HKZ certificering. De tabel is een confrontatiematrix van tabel 2 met tabel 1 en laat zien over welke rubrieken van het certificeringsschema HKZ GGZ de DBC registratie uitkomst informatie, en dus een terugkoppeling, geeft. De confrontatie heeft plaatsgevonden op kenmerken, aangezien de onderliggende criteria hierin niet onderscheidend bleken te zijn.

DBC registratie → Management van uitkomsten/Feedback (Check) → HKZ certificering	
1. Algemene kenmerken - aantal DBC's in dataset	1. beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
2. Tijdsbesteding - doorlooptijd - wachttijd - directe tijd - indirecte tijd - totale tijd - aantal betrokken functies - aandeel groepsactiviteiten	2. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening
3. DBC typering - zorgtype - zorgvraag (inclusief aantal) - diagnose (inclusief aantal) - nevendiagnose - GAF score (start, eind, hoogste, gemiddelde toename) - sluitreden	3. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
4. Activiteitenprofiel - aantal en soort activiteit(en), bijvoorbeeld farmacotherapie, psychotherapie en vaktherapie	4. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening, medewerkers
5. Functieprofiel - aantal en soort discipline(s); tijdsinvestering, bijvoorbeeld psychiater, GZ-psycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige	5. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, medewerkers
6. Algemene behandelkenmerken - dagbesteding - verblijf - verblijf zonder nacht - activerende begeleiding - ondersteunende begeleiding	6. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van de zorgverlening
7. Patiëntkenmerken - geslacht - leeftijdsklasse - gemiddelde leeftijd	7. beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
8. Zorgaanbieder - instellingstype; percentage DBC's - circuit; percentage DBC's	8. afspraken over de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van de zorgverlening

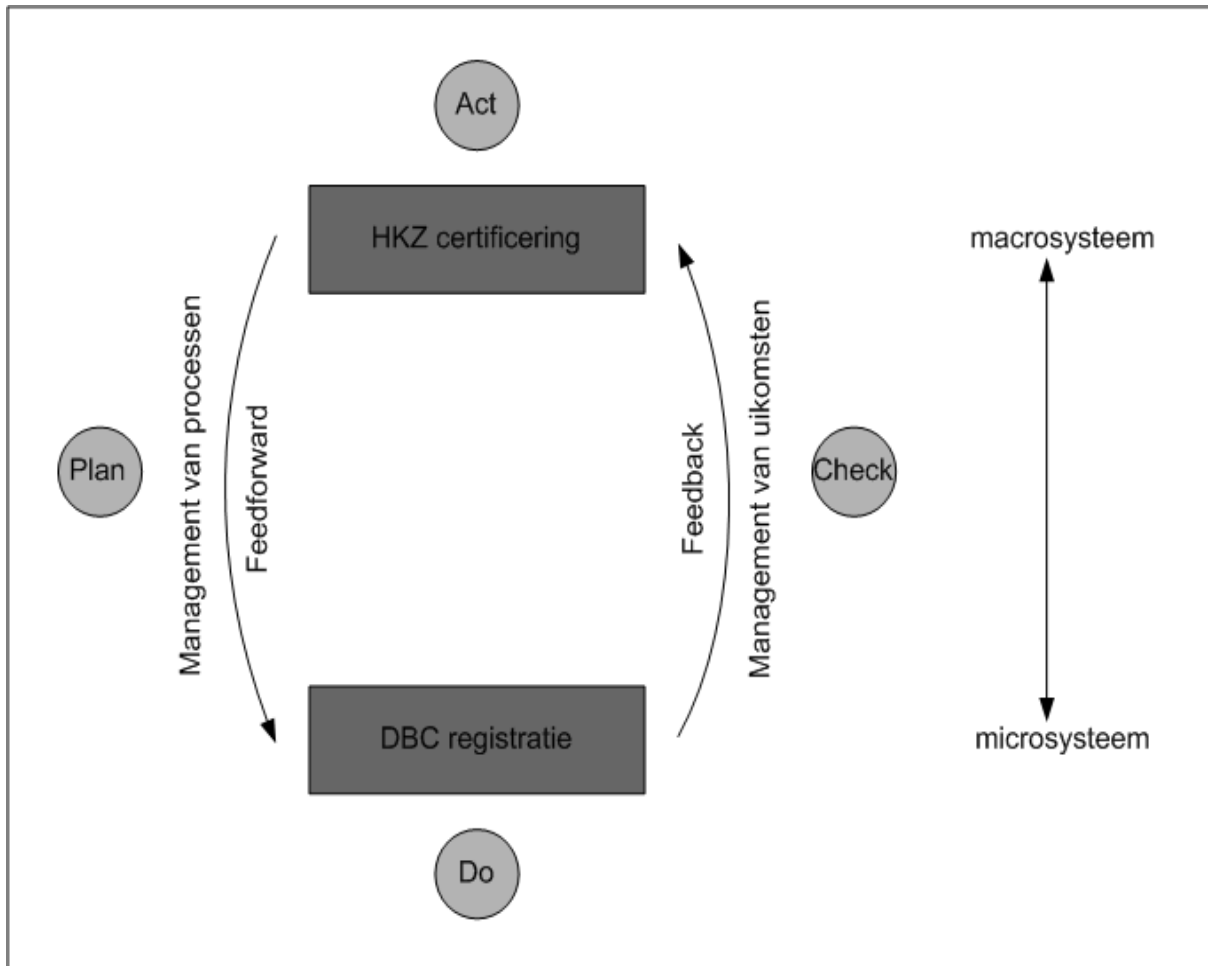
Tabel 4: Verbinding tussen DBC registratie en HKZ certificering

In de subparagrafen 2.3.1 en 2.3.2 is vanuit de theorie deelvraag 3 beantwoord. Vanuit deze verdieping wordt teruggekeerd naar de al beschreven theoretische concepten van onderzoek (macrosysteem, microsysteem en sturing) en hun onderlinge samenhang. Hiertoe wordt in paragraaf 2.4 het conceptueel model van onderzoek gepresenteerd.

2.4 Conceptueel model

In de vorige paragrafen zijn de achterliggende theoretische concepten van dit onderzoek beschreven. Op basis van deze beschrijving wordt gekomen tot een conceptueel model

waarin de concepten macrosysteem, microsysteem en sturing zijn geïntegreerd en toegepast op de onderwerpen van onderzoek: HKZ certificering en DBC registratie. Het conceptueel model wordt gepresenteerd in figuur 8 waarna een korte toelichting op het model wordt gegeven. Deze toelichting is eveneens de samenvatting van het theoretisch kader.



Figuur 8: Conceptueel model

De systeembenadering dient als uitgangspunt om de relatie tussen HKZ certificering en DBC registratie te kenschetsen. HKZ certificering vindt aansluiting op de theorie van het macrosysteem en DBC registratie op de theorie van het microsysteem. Tussen het macro- en microsysteem staat informatie-uitwisseling oftewel sturing centraal. Sturing kent een cyclisch verloop volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus en veronderstelt wederzijdse aandacht voor processen en uitkomsten. HKZ certificering sluit op macroniveau aan op management van processen met feedforward als sturingsmechanisme. De DBC registratie vindt op microniveau de aansluiting op management van uitkomsten met feedback als sturingsmechanisme. In het conceptueel model zijn HKZ certificering en DBC registratie op basis van de theoretische concepten geïntegreerd om te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit.

Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de methoden van onderzoek beschreven welke leiden tot het beantwoorden van de centrale vraagstelling. Het type onderzoek (3.2), de dataverzameling (3.3) en –analyse (3.4) worden beschreven. Eveneens wordt de waarborging van de betrouwbaarheid (3.5) en validiteit (3.6) besproken.

3.2 Type onderzoek

Dit onderzoek is te typeren als een kwalitatief onderzoek. Creswell (2003) beschrijft een kwalitatief onderzoek als een onderzoek wat grotendeels plaatsvindt in de natuurlijke omgeving en waarbij de onderzoeker verschillende methoden van onderzoek gebruikt. De onderzoeker heeft als doel om de aard van een verschijnsel te onderzoeken en laat zich hierbij leiden door uitlatingen, beelden en redeneringen van de onderzochte personen (Swanborn 2006). De keuze voor kwalitatief onderzoek sluit als methode aan bij de doelstelling van dit onderzoek, namelijk het inzicht verkrijgen in de mogelijkheden tot integratie van macro- en microsystemen door het beschrijven van de huidige relatie tussen HKZ certificering en DBC registratie en deze te toetsen aan de theorie.

Het design van het kwalitatieve onderzoek is een casestudy. Swanborn (2000) beschrijft dat het bij een casestudy gaat om de bestudering van een verschijnsel of verschijnselen bij één of enkele gevallen in de natuurlijke omgeving over een bepaalde periode waarbij diverse databronnen worden gebruikt en er aandacht is voor verschillende percepties. De casus in dit onderzoek betreft Dimence, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Overijssel. Binnen deze case wordt onderzocht hoe HKZ certificering en DBC registratie tot integratie kunnen komen ten einde te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit. Hiertoe wordt beschreven wat de rol is van HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen van Dimence en hoe binnen deze organisatie de DBC registratie wordt gebruikt als sturingsinformatie op het strategisch niveau. Vervolgens vindt een toets plaats van empirie aan theorie ten aanzien van de wederzijdse verbindingen ('loops') tussen HKZ certificering en DBC registratie. Op basis van deze toets worden aanbevelingen geformuleerd om beide systemen te integreren.

Voordat wordt over gegaan naar de dataverzameling in paragraaf 3.3 vindt een korte beschrijving plaats van de specifieke case.

3.2.1 Case

Dimence is in 2008 ontstaan uit een fusie van RIAGGz over de IJssel, Zwolse Poort en Adhesie GGZ. Dimence is een GGZ instelling, vertegenwoordigd in de 1^e, 2^e en 3^e lijn van de geestelijke gezondheidszorg, en is met ruim 2300 medewerkers werkzaam in het grootste gedeelte van Overijssel met enkele 'grensoverschrijdingen' (Herkenbaar Beter, 2008). Voor de fusie waren de drie afzonderlijke organisaties allen reeds HKZ gecertificeerd. Sinds maart

2010 beschikt Dimence eigenstandig over het HKZ certificaat. In voorbereiding op deze certificering is het project Certificering gestart. Dit project is uitgevoerd door het team Certificering.

Dimence heeft als organisatie te maken met verschillende financieringsstromen, in het bijzonder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Binnen dit onderzoek is de focus de DBC welke als bekostigingssysteem valt onder de ZVW.

3.3 Dataverzameling

Bij een casestudy is het belangrijk dat de onderzoeker meerdere methoden van dataverzameling gebruikt om het verschijnsel vanuit verschillende invalshoeken te belichten (Boeije 2005). In dit onderzoek is methodetriangulatie ingezet door de combinatie van literatuuronderzoek, documentanalyse en interviews.

3.3.1 Literatuuronderzoek

Literatuuronderzoek is verricht om te komen tot een theoretisch kader wat als uitgangspunt dient voor het empirisch onderzoek. Door middel van een literatuurstudie wordt een theoretische inbedding gegeven aan het onderzoek. Er heeft literatuurstudie plaatsgevonden naar macro- en microsystemen, sturing, certificering, HKZ, DBC en DBC registratie.

Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen. Allereerst de bibliotheek en de databanken van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Op basis van zoekwoorden (onder andere 'system thinking', 'microsysteem', 'macrosysteem', 'microsystems in health care', 'clinical microsystem', 'sturing', 'planning & control', 'strategie', 'quality certification', 'accreditation', 'HKZ', 'DBC', 'procesmanagement', 'management van processen', 'management van uitkomsten', 'feedback', 'feedforward' en 'PDCA') is gezocht naar relevante literatuur in de vorm van boeken en tijdschriftartikelen. Daarnaast is gebruik gemaakt van Internet, in het bijzonder de zoekmachine Google Scholar en de websites van de Stichting HKZ en DBC Onderhoud.

3.3.2 Documentanalyse

Door documentanalyse wordt eenvoudig informatie ingewonnen om een eerste algemeen beeld te verkrijgen van Dimence en de wijze waarop binnen deze organisatie de HKZ certificering en de DBC registratie en hun onderlinge relatie zijn vormgegeven. De onderzoeker heeft ten behoeve van de dataverzameling van de volgende interne documenten gebruik gemaakt:

- Kaderbrief 2010 'Zicht op verandering'
- Nieuwsberichten met betrekking tot HKZ certificering op intranet Dimence
- Handboek Dimence
- Handboek User
- Jaarplan 2010 Concerncontrol
- Handleiding Datawarehouse
- Memo ontwikkelingen Datawarehouse

3.3.3 Interviews

Het afnemen van interviews is een aangewezen methode om informatie te verkrijgen over kennis, houdingen, attitudes of opinies (Baarda & de Goede 2000). Deze methode sluit aan bij de doelstelling van dit onderzoek. De data vanuit de interviews wordt gebruikt om de theorie te toetsen en om tot aanbevelingen te komen.

Om de kennis, opinies en ervaringen zo volledig mogelijk in beeld te brengen is gekozen voor medewerkers die werkzaam zijn binnen verschillende niveaus in de organisatie: primair proces, management en staf. Op deze wijze is informatie verzameld vanuit verschillende perspectieven; het micro- en macroniveau. De geïnterviewden op macroniveau zijn geselecteerd op basis van hun kennis en betrokkenheid op HKZ certificering en/of DBC registratie. Op microniveau zijn de geïnterviewden geselecteerd op basis van hun inhoudelijke professie, dit ten behoeve van een multidisciplinaire representatie vanuit het primaire proces. Eveneens is ten aanzien van het microniveau getracht een beleidsmedewerker DBC registratie te benaderen, zoals geformuleerd in het projectvoorstel onderliggend aan dit onderzoek, echter deze specifieke functie bleek binnen Dimence niet te bestaan. De vervolgstap is geweest een medewerker te benaderen in een functie die hieraan raakt, dit bleek na navraag de teamleider opbrengstverantwoording te zijn. Aangezien deze functie het mesoniveau van de organisatie betreft, zijn de data per deelvraag op basis van een inhoudelijke analyse toebedeeld aan het micro- dan wel het macroniveau.

De onderzoeker heeft de geïnterviewden persoonlijk benaderd door het sturen van een e-mail. In deze e-mail werden het doel en de aard van het onderzoek toegelicht en heeft de onderzoeker een voorstel tot een afspraak gedaan. De interviews duurden gemiddeld één uur en vonden plaats op de werkplek van de geïnterviewde.

Geïnterviewden binnen het macrosysteem:

- lid Raad van Bestuur
- lid Raad van Bestuur
- senior bestuursadviseur
- manager concerncontrol
- stafmedewerker kwaliteit
- teamleider opbrengstverantwoording

Geïnterviewden binnen het microsysteem:

- psychiater
- gz-psycholoog
- systeemtherapeut
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- teamleider opbrengstverantwoording

De interviews waren semigestructureerd van aard, wat betekent dat enkel de onderwerpen vast lagen. Op basis van het theoretisch kader en de deelvragen is door de onderzoeker een topiclijst gemaakt welke als leidraad diende voor de interviews. De topiclijst is een afgeleide van de theorie. De topiclijsten voor het macro- en het microniveau zijn over de grote lijn gelijk en kennen enkel nuanceverschillen (bijlage Topiclijst interview). Het vrij open karakter van de interviews maakte het voor de onderzoeker mogelijk om door te vragen en om in te gaan op relevante zaken die ter tafel kwamen.

De interviews zijn, met toestemming van de geïnterviewden, opgenomen met behulp van een voicerecorder, waarna deze woordelijk en geanonimiseerd zijn uitgewerkt. Het verslag van het interview is door de onderzoeker beschikbaar gesteld aan de geïnterviewde, zodat eventuele aanvulling en bijstelling mogelijk was. Deze zogenaamde membercheck verhoogt de betrouwbaarheid van de dataverzameling (Creswell 2003). Zes van de tien geïnterviewden hebben gebruik gemaakt van de membercheck, drie van hen hebben de onderzoeker op basis hiervan een gecorrigeerde versie toegestuurd.

3.4 Data-analyse

Voor het analyseren van de interviewdata is gebruik gemaakt van de zes stappen van Creswell (Plochg et al. 2007). Deze cyclische benadering is kenmerkend voor kwalitatief onderzoek. De stappen luiden als volgt:

1. Het ordenen van het onderzoeksmateriaal en het gereed maken van het materiaal voor analyse. In deze fase zijn de interviews woordelijk uitgewerkt en zijn de relevante interne documenten verzameld.
2. Het verkrijgen van een globaal beeld van het onderzoeksmateriaal. In deze fase is een inschatting gemaakt van de mate waarin de data informatief is voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De data vanuit de interviews is geordend aan de hand van de topiclijst. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen macro- en microniveau door de relevante data van de geïnterviewden op macroniveau te plaatsen binnen de topiclijst voor het macroniveau en andersom. De ingeschatte niet-relevantie informatie vanuit de interviews is in één tekstdocument geplaatst. Eveneens is een tekstdocument opgesteld met relevante informatie vanuit de interne documenten.
3. De informatie wordt gedetailleerd geanalyseerd en gecodeerd. In deze fase heeft de eerste coderingsronde plaatsgevonden waarin de data is georganiseerd in fragmenten tekst. Vanuit de tekstdocumenten op basis van de topiclijsten op macro- en microniveau zijn per deelvraag de relevante fragmenten in een nieuw tekstdocument weergegeven. Het onderscheid tussen macro- en microniveau is per deelvraag gemaakt.
4. Na de eerste coderingsronde vindt in deze fase een verdiepende analyse plaats. Het interpretatieve karakter van het kwalitatief onderzoek staat in deze stap op de voorgrond. Er is betekenis gegeven aan de verzamelde data door per deelvraag vanuit de fragmenten kernwoorden te formuleren en aan de hand hiervan relevante citaten te selecteren.
5. De wijze van representeren van de gegevens wordt vastgelegd. Door onderzoeker is gekozen voor een passende vorm voor het betekenisvol weergeven van de resultaten door de kernwoorden leidend te laten zijn in de beantwoording van de deelvragen en hierbij gebruik te maken van citaten.
6. In de laatste fase streeft de onderzoeker naar een interpretatie van de analyse als geheel. Door de onderzoeker is de koppeling gelegd tussen de resultaten, de onderzoeksvragen en het theoretisch kader. Door de onderzoeker is hiertoe gebruik gemaakt van tabellen waarbij voor een aantal van deze tabellen is gekozen voor kleurgebruik in de confrontatie tussen theorie en bevindingen. Er is gekozen voor de kleuren groen, oranje en rood (vgl. stoplicht). Het gebruik van deze kleuren kan de indruk wekken dat hiermee 'harde' uitspraken worden gedaan, dit is echter geenszins het geval.

De kleur geeft slechts een indicatie. Het doel van de onderzoeker is dat in één oogopslag een indruk kan worden verkregen van de stand van zaken.

3.5 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval (Baarda & de Goede, 2000). De werkwijzen van de onderzoeker dienen navolgbaar en controleerbaar te zijn ('t Hart et al. 1996). Er wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe betrouwbaarheid. Interne betrouwbaarheid heeft betrekking op de consistentie van de dataverzameling, data-analyse en de koppeling tussen empirie en theorie. Externe betrouwbaarheid heeft betrekking op de repliceerbaarheid van het onderzoek (Maso & Smaling 1998). In dit onderzoek is de interne betrouwbaarheid gewaarborgd door de triangulatie van methoden en het nauwkeurig vastleggen van de methoden van onderzoek. Het vastleggen van de methoden van onderzoek draagt eveneens bij aan de externe betrouwbaarheid. De resultaten zijn uitvoerig beschreven en worden waar nodig worden ondersteund met citaten.

3.6 Validiteit

Validiteit is de mate waarin wordt gemeten wat de onderzoeker beoogd te meten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit heeft betrekking op in hoeverre het redeneren binnen het onderzoek juist is uitgevoerd. Hiermee wordt de mate bedoeld waarin de onderzoeksvariabelen causaal met elkaar samenhangen en er geen alternatieve verklaringen zijn voor de onderzoeksresultaten. In dit onderzoek is de interne validiteit gewaarborgd door triangulatie. De verschillende databronnen waarvan gebruik is gemaakt zijn literatuur, documenten en interviews. Gezien de beperkte onderzoekspopulatie (N=5 op zowel macro- als microniveau) is voorzichtigheid geboden in de interpretatie van de resultaten en conclusies.

Er is sprake van externe validiteit wanneer de onderzoeksresultaten ook naar andere plaatsen, omstandigheden en tijden kunnen worden gegeneraliseerd (Baarda & de Goede 2000). Dit onderzoek betreft een casestudy wat maakt dat generaliseerbaarheid in statistische zin niet aan de orde is (Segers & Hutjes 1999). Wel kan er sprake zijn van inhoudelijke generalisatie wat betekent dat de onderzoeksresultaten op hoofdlijnen generaliseerbaar zijn naar andere cases die vergelijkbaar zijn met de onderzoekscase ('t Hart et al. 1996).

3.6.1 Rol van de onderzoeker

De onderzoeker is zich ervan bewust dat haar achtergrond, kennis en (voor)oordelen haar onvermijdelijk met een bepaalde blik doen kijken naar het onderwerp van onderzoek, zeker gezien het feit dat de onderzoeker zelf werkzaam is binnen Dimence. Ten gunste van de validiteit van het onderzoek heeft de onderzoeker getracht waarderingsvrij te zijn, in de zin van het niet geven van waardeoordelen en de eigen voorkeuren zo min mogelijk te laten meespelen (Boeije 2005).

Hoofdstuk 4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In paragraaf 4.2 wordt gestart met de beschrijving van de rol van HKZ certificering op het strategisch niveau, de sturing vanuit macro- naar microniveau en de uiteindelijke rol van HKZ certificering in het primaire proces. Vervolgens komt in paragraaf 4.3 de DBC registratie aan bod. De paragraaf start met een beschrijving van DBC registratie in het primaire proces, waarna de sturing van micro- naar macroniveau wordt besproken en invloed van de DBC registratie op het strategisch niveau wordt beschreven. In paragraaf 4.4 vindt tenslotte een beschrijving plaats van de (aanbevelingen tot) integratie van HKZ certificering en DBC registratie.

In hoofdstuk 5 worden de deelvragen beantwoord door de bevindingen vanuit dit hoofdstuk te toetsen aan de theorie. Op basis van de uitkomsten van deze toetsing zal de centrale probleemstelling van het onderzoek worden beantwoord.

4.2 HKZ certificering

Dimence is in 2008 ontstaan uit de fusie tussen RIAGGz over de IJssel, Zwolse Poort en Adhesie GGZ. Deze organisaties waren allen HKZ gecertificeerd, echter als gevolg van de fusie tot Dimence moest de organisatie haar certificaat opnieuw behalen (Intranet Dimence 2010). In 2009 werd in samenspraak met de certificerende instelling KEMA Quality een certificatietraject uitgezet wat in hetzelfde jaar leidde tot één handboek en één kwaliteitsmanagementsysteem. Sinds maart 2010 beschikt Dimence eigenstandig over het HKZ certificaat (Intranet Dimence 2010). In de volgende subparagrafen wordt besproken wat de rol is van HKZ certificering op macroniveau (4.2.1), hoe de sturing plaatsvindt vanuit het macro- naar het microniveau (4.2.2) en wat de uiteindelijke rol is van HKZ certificering op microniveau (4.2.3). De paragraaf wordt afgesloten met een korte samenvatting (4.2.4).

4.2.1 HKZ certificering op strategisch niveau

Het macroniveau betreft het strategische niveau van de organisatie. De missie, visie en kernwaarden van Dimence luiden als volgt (www.dimence.nl):

‘Wij zijn er om mensen te helpen die last hebben van psychische en/of psychiatrische problemen of van de beperkingen die deze problemen opleveren. Daarnaast bieden we mogelijkheden ter preventie van psychische problemen. De mens, het individu, staat daarbij centraal. Wij zijn er voor alle mensen, ongeacht leeftijd, sekse, cultuur. We steunen hen bij hun genezing en, indien dit niet mogelijk is, om de best mogelijke kwaliteit van leven te bereiken. Resultaat van de behandeling en tevredenheid van onze cliënt en patiënt staan bij ons voorop. Daarnaast staan we voor betrokkenheid bij onze patiënten, cliënten en hun omgeving. De medewerkers van Dimence werken allemaal vanuit eenzelfde visie. Deze visie wordt verwoord in onze vijf belangrijkste kernwaarden: toegewijd, toegankelijk, resultaatgericht, inspirerend en ambitieus. Toewijding leggen wij uiteraard in de zorg voor

onze patiënten en cliënten. Toegankelijkheid staat voor openheid en letterlijk dichtbij zijn met vestigingen in de regio. Resultaatgerichtheid betekent dat we er alles aan doen om het best haalbare te bereiken voor patiënten en cliënten. Ook inspireren we mensen om zich te ontwikkelen en hebben we de ambitie om zorg te leveren van de hoogste kwaliteit’.

De missie, visie en kernwaarden geven weer waar Dimence voor staat en wat zij wil bereiken. Voor het realiseren van haar doelstellingen en het methodisch te werken aan verbeteringen maakt Dimence gebruik van een kwaliteitsmanagementsysteem wat onder meer gebaseerd is op het HKZ certificeringschema voor de GGZ (Handboek Dimence 2010). De voorzitter van de Raad van Bestuur benoemd in een nieuwsbrief dat het HKZ certificaat een noodzakelijke voorwaarde is voor een organisatie die leidend wil zijn op inhoud van zorg (Nieuwsbrief Project Certificering 2009). Dimence kent aan het HKZ certificaat een tweeledig doel toe (Intranet Dimence 2010):

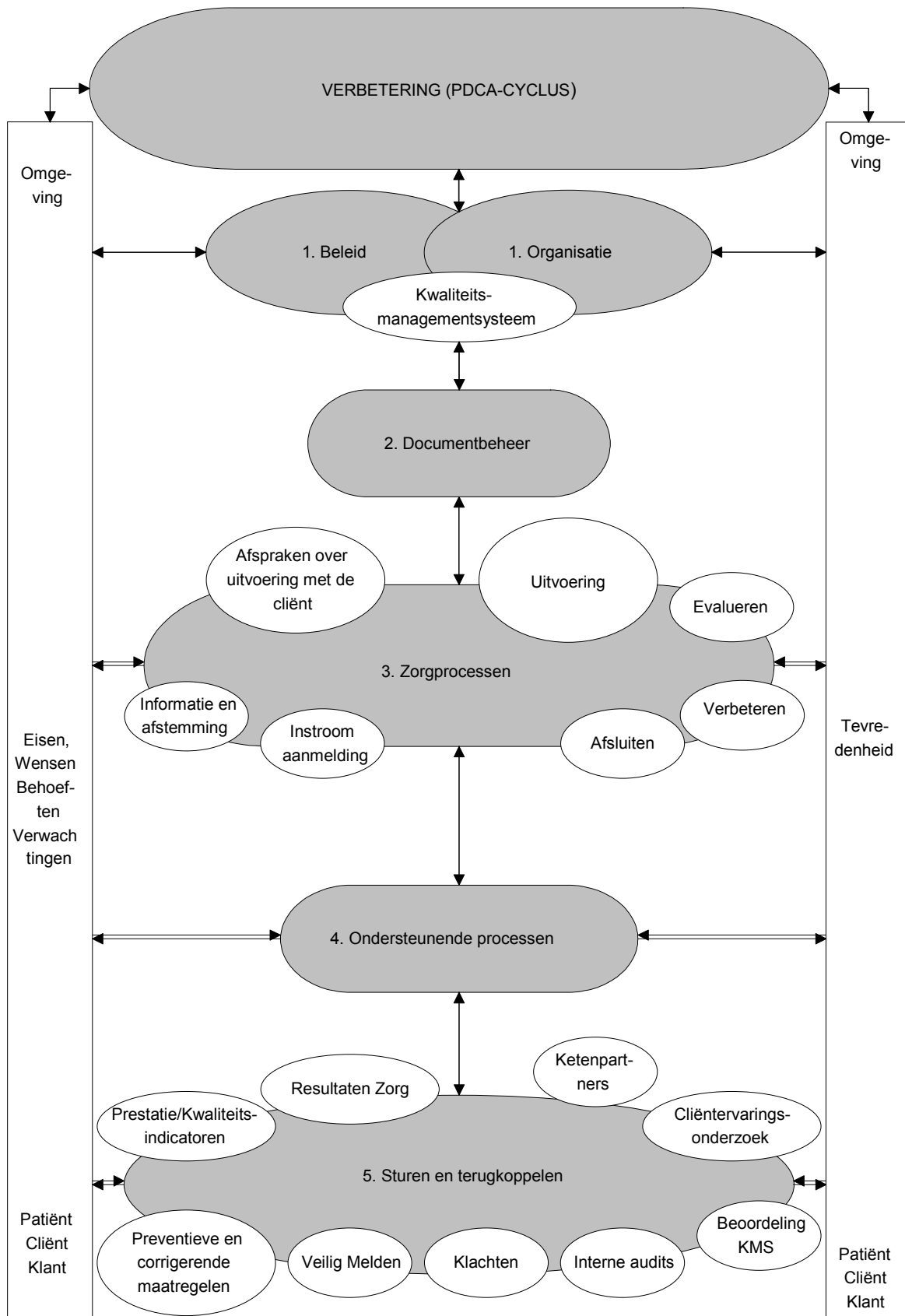
- *‘Het doel van het hebben van een kwaliteitsmanagementsysteem is transparantie in de wijze van werken en (continu) verbeteren. Onze zorg- en dienstverlening kritisch beoordelen en deze in overleg met patiënten, medewerkers en leveranciers bijstellen of continueren. Dus aantonen dat wij naar tevredenheid voldoen aan de eisen/wensen van patiënten en klanten en de mate van waardering hierover ook kunnen kwantificeren.*
- *Om ons te verantwoorden naar onze financiers. Deze is geïnteresseerd in doelmatige zorg tegen een gunstige prijs en wil dit ook aantoonbaar zien. Het maakt ons sterker in de onderhandeling over productieafspraken’.*

Ook vanuit de interviews komt deze tweeledigheid aan de orde: *“Vanuit GGZ Nederland werd gestimuleerd om een HKZ certificaat te behalen. Min of meer een eis, dat is nooit echt hard geworden, maar wel vanuit de zorgverzekeraar, die wilde dat we gecertificeerd gingen worden. Het heeft ons in 2003 ertoe gedwongen een kwaliteitsmanagementsysteem op te zetten. Een kwaliteitsmanagementsysteem is een goed middel om je PDCA cyclus rond de sturing van processen op orde te brengen. Om die PDCA cyclus goed te bewaken en te beïnvloeden, is het een heel goede kwaliteitsverbetering geweest. De normen uit het HKZ normenboek werden geborgd in processen/procedures, werkwijzen, protocollen etc. Deze werden uitgewerkt in documenten en werden vervolgens opgehangen in een handboek wat voor alle medewerkers beschikbaar was en geïmplementeerd is in de organisatie. Het komt de patiëntenzorg ten goede”.*

HKZ certificering is als kwaliteitsmanagementsysteem een middel voor het strategische niveau om haar doelstellingen te behalen en aan te sluiten op de missie, visie en kernwaarden van de organisatie. Het kwaliteitsmanagementsysteem dient hiertoe als kader voor het primaire proces. De opzet van het systeem is gestoeld op de Plan-Do-Check-Act-cyclus en de kernprocessen van Dimence:

- Beleid en organisatie
- Documentbeheer
- Zorgprocessen
- Ondersteunende processen
- Sturen en terugkoppelen

Het model in figuur 9 wordt binnen Dimence gehanteerd en geeft de onderlinge samenhang en volgorde van de processen weer en is de kapstok voor de zorg- en dienstverlening.



Figuur 9: Weergave onderlinge samenhang en volgorde processen zorg- en dienstverlening Dimence (Handboek Dimence 2010)

Het kwaliteitsmanagementsysteem is praktisch uitgewerkt in het digitale handboek Dimence. De hoofdstukindeling van het handboek is gelijk aan de volgorde van de kernprocessen zoals gepresenteerd in figuur 9. Het handboek is te vinden op het intranet Dimence en hiermee voor iedere medewerker te raadplegen (Handboek Dimence 2010).

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor het kwaliteitsmanagementsysteem. Een deel van de (beheer)taken is gedelegeerd aan het Team Certificering. Deze laatste is verantwoordelijk voor de coördinatie van de interne audits en heeft een adviesfunctie naar de Raad van Bestuur ten aanzien van de beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem en de algemene structuur en het beheer van het systeem (Handboek Dimence 2010). Een geïnterviewde: *“Wij zijn in feite de beheerder van het HKZ systeem. Ofwel de opdrachtgever van de HKZ-audits en de hele cyclus. Die bewaken we met elkaar op basis van onze jaarlijkse planning. En wij stellen ons tot doel om inderdaad die activiteiten te verrichten die ervoor zorgen dat we ieder jaar weer gecertificeerd raken. En daarnaast ben je op kleine onderdelen uitvoerder, moet je zelf dingen aanleveren, moet ik zeg maar in contact met mijn portefeuillehouders of de mensen in mijn portefeuille dingen regelen. Maar dat is wat betrekkelijker van belang, want dat wordt vooral door team Certificering uitgevoerd. Dat zijn de echte deskundigen”.*

In deze subparagraaf zijn vanuit HKZ certificering als kwaliteitsmanagementsysteem de kaders beschreven welke als uitgangspunt dienen in de sturing door het macroniveau naar het primaire proces; het microniveau. In de volgende subparagraaf wordt uiteengezet hoe deze sturing plaatsvindt.

4.2.2 Sturing vanuit het macroniveau naar het microniveau

De opzet van het kwaliteitsmanagementsysteem van Dimence, zoals gepresenteerd in de vorige subparagraaf, wordt als uitgangspunt genomen in het beschrijven van de sturing door het macroniveau op kwaliteit van zorg in het primaire proces; het microniveau.

Beleid en organisatie

De beleidscyclus vormt een centraal onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem. Dimence hanteert twee beleidscycli; de meerjarencyclus (drie tot vijf jaar) en de jaarcyclus (een jaar), welke worden geëxpliciteerd in respectievelijk een meerjarenplan en een jaarlijkse kaderbrief. De kaderbrief van de Raad van Bestuur vormt het inhoudelijke beleidskader en de structuur voor de jaarplannen van alle bedrijfsonderdelen. Monitoring van de jaarplannen levert input op voor de volgende kaderbrief (plan); er wordt geëvalueerd (check) en bijgesteld (act). Het leren en verbeteren vindt hiermee plaats op een gestructureerde manier. In tabel 5 wordt de planning voor de beleidscyclus 2010 weergegeven.

Wanneer	Wat	Wie	Input van
Maart – April	- Verzamelen input kaderbrief - Schrijven conceptversie Kaderbrief 2011	Algemene Zaken	- Meerjarenbeleidplan - Ronde directie en hoofden ondersteunende diensten - Cliëntenraad - Ondernemingsraad
Mei	Bespreking conceptversie Kaderbrief	- CO	

	2011	- Raad van Toezicht - Cliëntenraad - Ondernemingsraad	
Juni	- Vaststellen Kaderbrief 2011 - Voorbereiden jaarplannen directies, diensten, Raad van Bestuur	- Raad van Bestuur - Directies - Hoofden ondersteuning	- Concernoverleg - MT's van regio's, divisies, diensten
Juli - September	Schrijven jaarplannen, inclusief voorstel begroting	- Directies - Hoofden ondersteuning - Circuitmanagement	- Circuitmanagement - Teammanagement
Oktober - november	Vaststellen jaarplan en begroting Dimence	Raad van Bestuur	
November - December	Goedkeuren jaarplan en begroting Dimence	Raad van Toezicht	
December - Januari	Vaststellen definitieve jaarplannen en begrotingen alle organisatieonderdelen	Raad van Bestuur	
3 of 4 maal per jaar	Monitoring jaarplannen	- Directies - Hoofden ondersteuning - Raad van Bestuur	- Managementinformatie - Kwartaalrapportage

Tabel 5: Planning voor beleidscyclus 2010 (Kaderbrief 2010)

Dimence heeft gekozen voor organiseren in regio's/divisies en circuits. Dit betekent dat de aansturing van het primaire proces in deze lijn plaatsvindt. Dimence kent vier managementlagen: Raad van Bestuur (1^e echelon), regio- en divisiedirectie en management van ondersteunende diensten (2^e echelon), circuitmanagement en afdelingshoofden (3^e echelon) en teammanagement (4^e echelon) (Kaderbrief 2010).

Ook vanuit de interviews wordt het cyclische werken benadrukt, evenals het belang van elkaar kunnen aanspreken op gemaakte afspraken. Door middel van leren en verbeteren wordt op deze manier gewerkt aan een verhoging van de kwaliteit van zorg. Een geïnterviewde: *“Wat wij proberen is in de beleidscyclus ervoor zorgen dat er in de kaderbrief die aspecten komen die van belang zijn vanuit onze algemene doelstellingen, om dat goed voor het daglicht te brengen. En dat ook in de jaarplannen te laten terugkomen en daarmee dan ook, dat we met elkaar afspreken dat we dat ook terug kunnen brengen in de informatie en dat we dat ook kunnen monitoren en dat we elkaar daar ook op kunnen aanspreken. Dat het ook weer in de verantwoordingszin, dat men zich daar ook van bewust is. Die afspraak hebben we gemaakt en dat we er elkaar op aan kunnen spreken”*. Een andere geïnterviewde: *“HKZ zelf is aardig, maar wat eronder zit, de Demingcyclus, leren en verbeteren, daar gaat het eigenlijk om. Dat is wat je in een organisatie probeert te brengen en dat probeer je ook in het bestuur en beleid te brengen (...) dat de hele beleidscyclus echt zo is van, beginnen met een meerjarenbeleidplan, dan de kadernotitie, je evalueert en stelt het weer bij en je stelt een aantal doelstellingen. Het is gewoon puur de Demingcyclus die eronder ligt. Zo stuur ik de organisatie, in principe op alle niveaus. Het gaat om de verbetercyclus, om het leren en verbeteren, de Demingcyclus die achter HKZ zit. Toevallig noemen we die HKZ. HKZ heeft zo'n beladen term van handboek, procedures en protocollen, dat is de uitwerking ervan. Maar wat je eigenlijk wilt is een organisatie bouwen die leert en die zich steeds verbetert en dit via gestructureerde dingen doet en niet maar ad hoc, dat is wat je doet”*.

Een kritische noot die in een aantal interviews naar voren komt is dat hoofdzakelijk het perspectief van het macroniveau leidend is in de beleidscyclus en hiermee in de sturing. De geïnterviewden geven aan dat het wenselijk is het lijnmanagement en uiteindelijk de medewerkers in het primaire proces meer te betrekken in het geheel, zodat de aansluiting van macro- op microniveau wordt verbeterd. Een geïnterviewde: *“We zijn in belangrijke mate*

ondersteunend aan de Raad van Bestuur, meer het, toch het topdown verhaal. We merken wel, wil je het goed doen, dan moet je de basis daar eigenlijk goed bij betrekken. Als ik nu naar ons Datawarehouse kijk, alle informatie die daar in is opgenomen; de informatie die je vanuit het macroniveau denkt nodig te hebben. We zijn nog niet zover dat we ook het lijnmanagement vragen van wat heb jij nodig”.

Documentbeheer

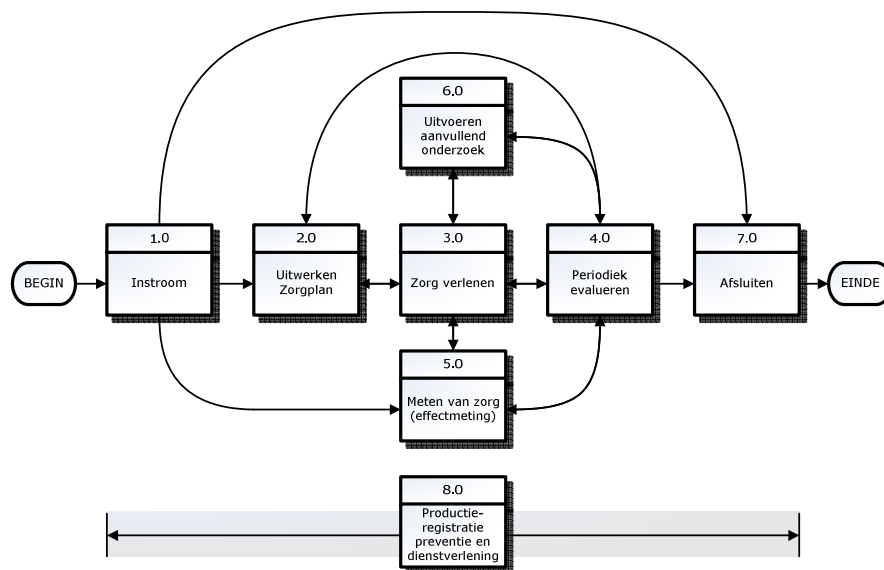
Het documentbeheer betreft de wijze van beheer en onderhoud van het handboek en de documenten. Bij het maken, autoriseren, actueel houden en publiceren van documenten in het handboek Dimence zijn verschillende medewerkers met taken en verantwoordelijkheden belast. De beheertaak ten aanzien van de HKZ normen wordt uitgeoefend door het team Certificering (Handboek Dimence 2010).

Zorgprocessen

Onder de zorgprocessen worden het algemene zorgproces en de daarvan afgeleide protocollen verstaan. In de verschillende processen zijn prestatie-indicatoren benoemd. In figuur 10 wordt het algemene zorgproces van Dimence weergegeven.

Handboek Algemeen Zorgproces

0.0 Hoofdproces



Proceduure: 0.0 Hoofdproces
 Autorisatie: Ernst Klunder
 Inhoudelijk verantw.: Raad van Bestuur
 Datum publicatie: 01-09-2009

Figuur 10: Algemeen zorgproces Dimence (Handboek Dimence 2010)

Het algemene zorgproces vormt het kader voor het handelen in het primaire proces en bestaat uit een de volgende deelprocessen en onderliggende stappen (tabel 6).

Deelprocessen	Onderliggende stappen
Instroom	<ul style="list-style-type: none"> - Aanmelding - Screening - Intake - Onderzoek (psychiatrisch/psychodiagnostisch) - Voorlopige indicatiestelling
Uitwerken zorgplan	<ul style="list-style-type: none"> - Indiciestelling in multidisciplinair overleg - Behandelovereenkomst
Zorg verlenen	<ul style="list-style-type: none"> - Matching - Behandeling
Periodiek evalueren	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluatie met cliënt - Evaluatie multidisciplinair overleg
Metten van zorg (effectmeting)	<ul style="list-style-type: none"> - Voorbereiden en uitvoeren meting - Interpreteren en rapporteren meetresultaten
Afsluiten	<ul style="list-style-type: none"> - Afsluiten behandelprogramma - Afsluiten behandeling - Uitschrijven
Productieregistratie preventie en dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> - Planning en registratie

Tabel 6: Deelprocessen en onderliggende stappen algemeen zorgproces Dimence (Handboek Dimence 2010)

De verschillende stappen binnen een deelproces zijn in de procedure algemeen zorgproces tot op detailniveau uitgewerkt.

In het handboek protocollen staan de procedures en processen beschreven op het gebied van cliënten- en patiëntenzorg. Het gaat hierbij om richtlijnen die in algemene zin voorschrijven wat er moet gebeuren binnen een behandeling volgens de huidige stand van de wetenschap, bijvoorbeeld medicatieprotocollen, consensusrichtlijnen en behandelstrategieën (Handboek Dimence 2010).

Zoals gezegd bieden het algemeen zorgproces en het handboek protocollen de kaders voor het handelen van de professionals in het primair proces; de manier waarop de medewerkers behoren te werken. Een geïnterviewde: *“Het algemeen zorgproces is echt tot op detailniveau uitgewerkt. Het is geïmplementeerd in de organisatie. Dus de medewerker werkt volgens de procedure algemeen zorgproces. We auditen of er volgens het algemeen zorgproces wordt gewerkt, dan heb je daar een heel stuk kwaliteit gegarandeerd voor de patiënt, want daar staan bijvoorbeeld de treknormen in. Onder andere dat een patiënt maximaal maar zo'n lange wachttijd heeft, dat de patiënt een behandelplan moet hebben, dat hij hiermee instemt, dat hij een zorgcoördinator heeft of een aanspreekbare persoon. Op die manier borg je onder andere de kwaliteit in het zorgproces. Dat algemeen zorgproces is dus beschreven en de medewerkers behoren zo te werken”*.

Achteraf wordt getoetst in hoeverre het zorgproces, zoals beschreven in de procedure, daadwerkelijk is gevolgd, dit om te komen tot procesverbetering. Een geïnterviewde: *“Wat wij als AO/IC doen is kijken naar die procedures en zitten daar ook de interne beheersaspecten in. Zijn er momenten waarop je kunt vaststellen dat het proces ook werkt? Dat doen we dan gegevens gericht. We duiken de dossiers in en kijken aan de hand van de dossiers of er bepaalde dingen, bijvoorbeeld een behandelplan, hoe lang bestaat dat behandelplan, is er revisie geweest, is dat één keer per jaar weer aangepast, dat soort aspecten daar controleren wij op. Wij duiken wat dieper. We willen eigenlijk daar wat meer vanaf, maar meer naar de procesbeoordeling. Dat wat HKZ ook in feite doet, maar HKZ zegt dat als de opzet er is, dan vinden we het goed. Wij willen de werking van die opzet gaan toetsen. Dat kun je doen door het proces door te lopen, kijken of alle aspecten erin zitten, zitten er op bepaalde momenten meetmomenten waarop je kunt vaststellen of het proces werkt. Dat zou AO/IC moeten doen. En op het moment dat je zegt hierin gaan dingen fout, dan zou je wat dieper moeten gaan”*.

Ondersteunende processen

Onder ondersteunende processen bevinden zich deelhandboeken van de belangrijkste ondersteunende diensten: Human Resource Management (HRM), Facilitair Bedrijf (FB) en Opleidingen & Onderzoek (O&O) (Handboek Dimence).

Sturen en terugkoppelen

Onder sturen en terugkoppelen worden een aantal instrumenten besproken die opgenomen zijn in het kwaliteitsmanagementsysteem van Dimence en de checks vormen op dit systeem. Vanuit de checks moeten verbeteringen doorgevoerd worden; het realiseren van corrigerende en preventieve maatregelen. De benamingen van de instrumenten zijn overgenomen uit het Handboek Dimence (2010) en luiden als volgt:

Externe en interne audits

De audits worden verricht in het kader van de HKZ en ISO certificering en vinden plaats onder coördinatie van het team Certificering. Met de audits worden op een eenduidige manier de normen en werkwijzen van het kwaliteitsmanagementsysteem van Dimence getoetst. Hiermee kan worden ingespeeld op actuele ontwikkelingen en prioriteiten binnen de organisatie, wordt het kwaliteitsbewustzijn binnen de organisatie bevorderd en vindt monitoring en stimulering van de verbetercyclus plaats. Een geïnterviewde: *“Wat kunnen we leren van de audits die er nu zijn geweest; welke aanbevelingen, verbeterpunten en tekortkomingen zijn er en hoe gaan we ervoor zorgen dat dit volgende keer beter is. Je plan inzetten op basis van je check. En dat is een soort ongoing proces wat zichtbaar is. Daar krijgen wij ook over gerapporteerd en verantwoord. Want bij ons komen natuurlijk alle documenten uiteindelijk bij elkaar”.*

Beoordelen kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitsmanagementsysteem van Dimence wordt gepland beoordeeld op geschiktheid, doeltreffendheid en het inventariseren van kansen voor verbetering. De evaluatie en beoordeling vindt plaats door de Raad van Bestuur op basis van een halfjaarlijks bilateraal overleg met de centrale cliëntenraad, stafmedewerker team Certificering, regio/divisie directies en het hoofd beleidbureau. Tijdens deze overleggen wordt gebruik gemaakt van de formulieren uitkomsten beoordeling kwaliteitsmanagementsysteem en de management-review.

Managementreview

De managementreview is bedoeld om managers terug te laten kijken naar de resultaten van een afgelopen periode en is opgenomen in de beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem.

Patiënttevredenheidonderzoek

Dimence houdt periodiek een patiënttevredenheidonderzoek met behulp van de Cliëntthermometer en de CQ-index. De resultaten van deze metingen worden halfjaarlijks teruggekoppeld naar de resultaatverantwoordelijken.

Medewerkertevredenheidonderzoek

Dimence houdt periodiek een medewerkertevredenheidonderzoek. De resultaten hiervan worden gebruikt om verbeteringen in de organisatie door te voeren. Het eerste Dimence medewerkertevredenheidonderzoek vindt plaats in 2010 en wordt gecoördineerd vanuit de afdeling HRM. De resultaten van dit onderzoek worden naast de resultaten gelegd van eerdere onderzoeken van RIAGGz over de IJssel, Zwolse Poort en Adhesie GGZ (Kaderbrief 2010).

Veilig melden

Veilig melden is ontwikkeld om de veiligheid van medewerkers en patiënten te vergroten en meldingen van onder andere (bijna) incidenten, risico's, calamiteiten, klachten zo snel mogelijk naar boven te halen en er correcties op te laten plaatsvinden. Sinds maart 2010 wordt hiertoe gebruik gemaakt van een digitaal systeem.

Corrigeren en verbeteren

Zoals gezegd wordt de werking van het kwaliteitsmanagementsysteem periodiek beoordeeld op geschiktheid, passendheid en doeltreffendheid met als doel te komen tot een inhoudelijk kwalitatief verbeterde bedrijfsvoering en kwaliteitsmanagementsysteem. Op basis van afwijkingen en checks kunnen er correcties worden gepleegd en verbeteringen worden doorgevoerd. Daarnaast wil Dimence verbeteren door ideeën van medewerkers. Hiervoor is 'slim idee' in het leven geroepen. Medewerkers hebben de mogelijkheid om via intranet hun verbeterpunten van allerlei aard in te dienen. Eveneens hebben medewerkers de mogelijkheid om in documenten van het handboek Dimence hun ideeën/opmerkingen in te dienen via de reageerknop. Een geïnterviewde: *“Maar als het gaat over van hoe kan ik op een goede manier mijn werk doen, dan moet het eigenlijk vanuit de mensen zelf komen. Hoe gaan we werken, hoe kan het beter. We hebben ook het idee van 'slim idee' in de lucht gebracht, zodat mensen komen met ideeën. Ook innovatieprojecten, R&D trajecten. Dus we zetten op dit moment een groot aantal instrumenten in om dit omhoog te krijgen en ook de ideeën naar voren te krijgen. Wat ook heel goed werkt is onderzoek, toegepast onderzoek in de instelling zelf, waarbij je echt onderzoekt van wat werkt nou binnen deze instelling en wat werkt niet”*.

Prestatie-indicatoren

De prestatie-indicatoren hebben als doel om de realisatie van de strategische doelstellingen van Dimence en de daaronder liggende regio's, divisies en diensten te meten. Er wordt onderscheid gemaakt in interne en externe prestatie-indicatoren. De externe indicatoren zijn afkomstig uit de landelijke basisset prestatie-indicatoren. De minimaal verplichte externe indicatoren dienen jaarlijks aangeleverd te worden. De interne indicatoren zijn relevant voor interne sturing en worden jaarlijks vastgelegd in de kaderbrief. De interne indicatoren kunnen deels gelijk zijn aan de indicatoren uit de landelijke set. De dataverzameling ten behoeve van de prestatie-indicatoren vindt op verschillende manieren plaats. De interne indicatoren worden zoveel mogelijk opgenomen in het Datawarehouse als afgeleide van de gegevens uit de bronsystemen en zijn op ieder moment te raadplegen. De overige indicatoren worden op basis van specifieke bewerkingen aan de maandelijkse managementrapportage toegevoegd.

Resultaten van zorg

Om de zorg intern te kunnen verbeteren en extern te kunnen verantwoorden zullen de resultaten van zorg gemeten gaan worden. Voor het bepalen van het resultaat van zorg heeft Dimence gekozen voor de methode Routine Outcome Monitoring (ROM). Bij ROM worden er bij de start van een behandeling, tussentijds en bij afsluiting metingen verricht waarbij de symptomen en het functioneren in kaart worden gebracht. Feedback, waarbij op verschillende niveaus een terugkoppeling van de resultaten plaats kan vinden, staat centraal. De ROM zal gefaseerd en projectmatig worden geïmplementeerd bij alle zorgprogramma's en alle doelgroepen. In 2009 is hiertoe reeds een start gemaakt.

Waardering ketenpartners

Dimence kent een groot en divers aantal ketenpartners. Op dit moment vindt in de reguliere overlegsituaties met de zorgverzekeraar cyclische feedback en afstemming plaats. Medio 2010 zal Dimence een systematiek ontwikkelen om ook andere ketenpartners in de beleidscyclus te betrekken.

4.2.3 HKZ certificering in het primaire proces

In de subparagrafen 4.2.1 en 4.2.2 is besproken wat de rol is van HKZ certificering op het strategische niveau van de organisatie en hoe de sturing plaatsvindt op kwaliteit van zorg vanuit het macro- naar het microniveau. In deze subparagraaf wordt beschreven wat de rol van HKZ certificering is in het primaire proces. Hiertoe zijn de geïnterviewden op microniveau bevraagd op de wijzen waarop zij in hun dagelijkse werk in aanraking komen met HKZ certificering.

De geïnterviewde professionals weten wat HKZ certificering is en kunnen verschillende aspecten van het kwaliteitssysteem herkennen dan wel benoemen. Ze benoemen het handboek Dimence en hieraan onderliggend het zorgproces en protocollenboek, de interne en externe audits, het patiënt- en medewerkertevredenheidonderzoek en het beleid en de jaarplannen. Desondanks geven de professionals aan dat de verschillende aspecten van HKZ certificering nauwelijks van invloed zijn op de uitvoering van hun dagelijkse werk. Een geïnterviewde: *“Het hele HKZ gebeuren staat ver af van ons dagelijkse werk in het primaire proces, het is topdown georganiseerd”*. Het gebruik van het kwaliteitssysteem is geen gemeengoed onder de professionals geven de geïnterviewden aan. De rol van HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen is minimaal. De professionals benoemen dat er een externe prikkel aan HKZ certificering ten grondslag ligt. Ze zijn zich ervan bewust dat het moet, want *“de schoorsteen moet kunnen blijven roken”*. De professionals kennen aan HKZ certificering voornamelijk een controlerende functie toe; de rol van waakhond.

Onderstaand zal aan de hand van de opzet van het kwaliteitsmanagementsysteem bovenstaande nader worden beschreven.

Beleid en organisatie

De jaarplannen worden genoemd door de professionals als het over het beleid van de organisatie gaat. De jaarplannen hebben geringe betekenis voor de professionals. Zij geven aan dat de vertaling van het beleid naar het primaire proces onvoldoende plaatsvindt. Eveneens is de cyclus in het beleid voor de professionals weinig zichtbaar. De jaarplannen

worden aan het begin van het jaar gepresenteerd en veelal blijft het daarbij: *“Er wordt wel iets gezegd tijdens het Nieuwjaarspraatje, maar hoe dat dan wordt gerealiseerd is mij volstrekt onduidelijk”*. Een geïnterviewde: *“(...) om ook zaken terug te gaan koppelen binnen de teamvergaderingen. Ik vind het nu erg ad hoc, weinig gestructureerd. Soms lees je dingen op intranet terug en soms ook niet. Vrij recentelijk is er hier iemand aangenomen, ook nog in dezelfde functie als ik, maar dat hoor je dan eigenlijk op zo’n manier, tussen de regels door. Op een heel laat moment ook, dat ik denk van, als je dit zou kunnen borgen binnen een bepaalde cyclus waarin je dingen aan elkaar terugkoppelt of dat er een soort van bespreking is waarin ook gewoon mededelingen worden gedaan, van dit speelt er of hier zijn ze mee bezig”*.

Documentbeheer

Zoals gezegd kennen de geïnterviewden het handboek Dimence. Ook weten zij dat beheer van de documenten plaatsvindt. Een aantal geïnterviewden kent het team Certificering vanuit de HKZ audits en verwacht dat dit team betrokken is op het documentbeheer. De geïnterviewden zijn niet bekend met de mogelijkheid om zelf te kunnen reageren op documenten in het handboek via de zogenaamde reageerknop.

Zorgprocessen

In het algemeen zorgproces en het protocollenboek zijn de processen op het niveau van de inhoud beschreven en terug te vinden. De professionals zijn hiermee bekend: *“Ik weet dat er boeken bestaan waarin alle procedures netjes beschreven staan en dat je daarin zou kunnen kijken om te bekijken hoe het moet”*. Voor het dagelijkse werk worden beide echter nauwelijks geraadpleegd door de professionals. In uitzonderlijke situaties gebeurt dit meer en kunnen de boeken helpend zijn. Een geïnterviewde: *“Ik moet zeggen dat ik het eigenlijk nooit lees, alleen als er iets dreigt waarvan je denkt ho hier zou je wel eens mee in de problemen kunnen komen. Dan denk ik van er zal wel ergens iets over opgeschreven staan, laten we eens gaan kijken”*. Of: *“In het verleden wel eens rond momenten rondom suïcide, of als er iets van klachtenbehandeling of zo aan zit te komen. Maar dan nog moet ik zeggen dat, ik geloof dat ik het voor suïcidezaken wel eens geraadpleegd heb, maar voor andere dingen eigenlijk...”*. Of: *“Waar wij wel eens mee te maken hebben is bijvoorbeeld het protocol ontslag tegen de wil van de patiënt. Dat je ze eerst een brief stuurt en ze nog de mogelijkheid hebben om protest in te dienen en dat soort dingen. Dat merk je wel dat daar gewoon protocollen voor zijn”*.

Echter ook in deze situaties geeft de meerderheid van de geïnterviewde professionals aan het contact met een collega te prefereren boven het gebruik van het handboek. Het systeem sluit onvoldoende aan op de vraag van de professionals: *“(...) dat is dan toch een groot, log, digitaal ding. Het kost veel tijd om de zaken te vinden die je zoekt”*.

Ondersteunende processen

De geïnterviewden laten zich in de interviews nauwelijks uit over de ondersteunende processen. Enkel het deelhandboek HRM wordt door hen genoemd. De geïnterviewde

professionals raadplegen het handboek voor de regeling bij- en nascholing en downloaden vanuit het handboek de declaratieformulieren voor dienstreizen en studiekosten.

Sturen en terugkoppelen

De professionals kennen de interne en externe audits. Een deel van hen is zelf één of meerdere malen geauditeerd. Zij zien de audits voornamelijk als middel om het HKZ certificaat te verkrijgen. Een geïnterviewde: *“Ik word één keer geaudit voor de interne audit en één keer voor de externe audit en als je het papiertje binnen hebt, dan ben je er voorlopig weer van af. Dat is ongeveer het verhaal”*. Enerzijds wordt door de professionals aangegeven dat *“het goed is dat onafhankelijk wordt gecheckt of we doen wat we ons hebben voorgenomen”*. Anderzijds sluiten de audits onvoldoende aan op de vraag van de professionals. Een geïnterviewde: *“Volgens mij komt dat een beetje, omdat zij hun riedeltje afdraaien. Zij hebben zo’n vragenlijstje waar je aan moet voldoen, maar het gaat helemaal niet op vragen van jou uit. Van kijk eens mee naar, hoe zou dat handiger kunnen of doe ik dit goed. Het is nu iets opgelegds, eens in de zoveel tijd komt het langs. Als het niet mijn vraag is, dan ga ik er dus ook tussendoor zoveel als ik kan”*. Ook leggen de geïnterviewde professionals geen verbinding tussen de audits en de inhoudelijke kwaliteit van zorg. De audits zijn hierin voor hen geen middel. Een geïnterviewde: *“Ze kijken niet naar kwaliteit natuurlijk, ze kijken alleen maar of je het administratief goed gedaan hebt. Of je het hebt afgedekt. Ze kijken in principe niet of je bij de psychose de juiste behandeling geeft, dat zal ze een worst wezen als je het maar netjes hebt gedocumenteerd en geregistreerd”*.

Binnen Dimence wordt relatief weinig terugkoppeling gegeven op de verschillende inhoudelijke kwaliteitsthema’s geven de geïnterviewden aan: *“Het gaat heel erg over de bedrijfseconomische voorwaarden en minder over inhoudelijke voorwaarden. Het zal misschien ook wel een teken van de tijd zijn. Het is met name van als je goede productie draait dan doe je je werk goed, terwijl ik denk van je werk doe je goed, daar kan dan goede productie bij horen, maar kwaliteit is wat anders. Dan moet je gaan meten. Dat moet je toch...ik heb ook nooit echt cliënttevredenheidonderzoeken gezien hier, ik heb ook nooit medewerkertevredenheidonderzoeken gezien hier. Ik heb een kruisje aangekruist op een afsluitformulier van een cliënt, er gaat dan blijkbaar iets weg, maar ik heb er nog nooit wat van teruggehoord. Zo ook bij de ‘mystery patient’, daar lees je dan over op intranet dat die komen, maar ik heb er nog niets over teruggehoord”*.

4.2.4 Samenvatting

HKZ certificering is als kwaliteitsmanagementsysteem een middel voor het strategische niveau om haar doelstellingen te behalen en aan te sluiten op de missie, visie en kernwaarden van de organisatie. Het kwaliteitsmanagementsysteem dient hiertoe als kader voor het primaire proces. De opzet van het systeem is gestoeld op de Plan-Do-Check-Act-cyclus en de kernprocessen van Dimence:

- Beleid en organisatie
- Documentbeheer
- Zorgprocessen
- Ondersteunende processen
- Sturen en terugkoppelen

Deze kernprocessen vormen de leidende draad in de sturing van het macro- naar het microniveau. Ondanks de processturing door het strategisch niveau, is de rol van HKZ certificering in het primaire proces gering. In tabel 7 wordt dit schematisch weergegeven.

Sturing door macroniveau	Rol HKZ certificering op microniveau (N=5)
Kernprocessen	
Beleid en organisatie	Geringe betekenis beleid, cyclus weinig zichtbaar
Documentbeheer	Onvoldoende weten wie beheer uitvoert, nauwelijks bekend met mogelijkheden tot reageren
Zorgprocessen - Instroom - Uitwerken zorgplan - Zorg verlenen - Periodiek evalueren - Meten van zorg (effectmeting) - Afsluiten - Productieregistratie preventie en dienstverlening	Nauwelijks dagelijks gebruik, meer bij uitzonderingen, onvoldoende aansluiting systeem op vraag professionals
Ondersteunende processen	Geringe betekenis, enkel deelhandboek HRM wordt genoemd
Sturen en terugkoppelen - Externe en interne audits - Beoordelen kwaliteitsmanagementsysteem - Managementreview - Patiënttevredenheidonderzoek - Medewerkertevredenheidonderzoek - Veilig melden - Corrigeren en verbeteren - Prestatie-indicatoren - Resultaten van zorg - Waardering ketenpartners	Onvoldoende aansluiten op vraag professionals (controle in plaats van leren en verbeteren), in mindere mate een middel voor inhoudelijke kwaliteitsverbetering, relatief weinig terugkoppeling op kwaliteitsthema's

Tabel 7: Sturing door macroniveau in relatie tot rol HKZ certificering op microniveau

4.3 DBC registratie

Dimence heeft als organisatie te maken met verschillende financieringsstromen, in het bijzonder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Binnen dit onderzoek is de focus de DBC welke als bekostigingssysteem valt onder de ZVW. De gelden vanuit de ZVW bedragen voor Dimence circa zeventig procent van de totale financieringsstroom (www.dimence.nl). In de volgende subparagrafen wordt besproken wat de rol is van DBC registratie in het primaire proces (4.3.1), hoe de informatiestroom plaatsvindt vanuit het micro- naar het macroniveau (4.3.2) en wat de DBC registratie oplevert aan sturingsinformatie voor het strategisch niveau (4.3.3). De paragraaf wordt afgesloten met een korte samenvatting (4.3.4).

4.3.1 DBC registratie in het primaire proces

De data vanuit de interne documenten en interviews laten zien dat alle geïnterviewden op microniveau bekend zijn met DBC registratie. Dit behoort tot hun dagelijkse werkzaamheden. Door de DBC registratie wordt het zorgproces van de patiënt inzichtelijk voor de professionals. De registratie vindt digitaal plaats in het programma User en kent een koppeling met het elektronisch patiëntendossier. De DBC registratie bestaat enerzijds uit het openen, typeren, valideren en autoriseren van een DBC en anderzijds uit de registratie van patiëntcontacten binnen deze DBC's. De registratie van patiëntcontacten vindt plaats door het aanmaken van een contact op naam van de patiënt in de Useragenda van de

professional. De professional selecteert de juiste activiteit, het soort contact en de tijd en koppelt zo nodig nevenpatiënt(en) aan het contact. Na het zogenaamde ‘zandloperen’ is de registratie een feit.

Onderstaand zal aan de hand van de deelprocessen van het algemene zorgproces van Dimence (tabel 6) bovenstaande nader worden beschreven (Handboek Dimence 2010).

Instream

Rapporteren en registreren intake

Het intakeformulier, het DBC trajectscherm (zorgtype, hoofdbehandelaar en AS I tot en met V) en het zorgplan (inclusief de resultaten van de risico-inventarisatie) worden door de behandelaar ingevuld in het dossier van de patiënt. In figuur 11 wordt het DBC trajectscherm ter illustratie weergegeven. Eveneens moet de behandelaar per contact rapportages over de voortgang invoeren en/of verwijzen naar het intakeformulier. Indien de werkelijke duur van het contact afwijkt van de geplande duur, past de behandelaar deze aan en maakt het geplande contact definitief via de agenda.

The screenshot shows a software interface for managing DBC trajectories. The main window is titled 'Traject' and displays patient information: '165906 Testabc, X., 11-09-1967'. On the left, a tree view shows 'DBC (31023) (01-04-2008) initieel' and 'DBC's' with a sub-entry 'DBC: 31023 (25-04-2008)'. The main area is divided into several sections. The top section contains fields for 'Nummer' (102015), 'Startdatum traject' (01-04-2008), 'Einddatum traject', and 'Financieringstype' (DB@YC). Below this is a tabbed interface with tabs for 'Algemeen', 'AS I & AS II & AS III', 'AS IV & AS V', 'Beveiliging', and 'Financiering'. The 'Algemeen' tab is active, showing fields for 'Nummer' (31023), 'Zorgcircuit', 'DBC Soort' (initially selected), 'Zorgtype', 'Hoofdbehandelaar', 'Toegewezen door' (1515), 'Geïnibreerd door' (Koenderink, H.G.), and 'Startdatum' (25-04-2008). At the bottom, there is a list of status messages: 'Gestart 25-04-2008', 'DBC is niet gelyoneerd', 'DBC is niet beëindigd', 'DBC is niet gevalideerd', 'DBC is niet geautoriseerd', and 'Niet geresubneerd'. A yellow button at the bottom right says 'Typeer DBC voor: 24-07-2008'.

Figuur 11: DBC trajectscherm (Handboek User 2010)

Rapporteren en registreren onderzoek

Het onderzoeksverslag wordt, via de vragenlijst van het betreffende onderzoek, ingevuld in het dossier van de patiënt. Daarnaast moet de behandelaar per contact een rapportage over de voortgang invoeren en/of verwijzen naar het onderzoeksverslag. Deelonderzoeken komen hierbij ook voor, bijvoorbeeld een schoolonderzoek of een video-observatie. Indien de werkelijke duur van het contact afwijkt van de geplande duur, past de behandelaar deze aan en maakt het geplande contact definitief via de agenda.

Uitwerken zorgplan

Rapporteren en registreren multidisciplinair overleg

Indien het DBC traject scherm (zorgtype, hoofdbehandelaar en AS I tot en met V) niet tijdens de intake is ingevuld, moet dit tijdens het multidisciplinair overleg worden gedaan. In User moet vervolgens gekozen worden of de hoofddiagnose op AS I of AS II ligt. Na het multidisciplinair overleg typeert de behandelaar de DBC van de patiënt.

Typeren DBC

Het invulveld zoals weergegeven in figuur 12 wordt door de behandelaar gebruikt om de DBC te typeren. In dit veld wordt de diagnose van de patiënt op basis van de DSM IV classificatie ingevoerd.

The screenshot shows a software window titled 'Diagnose' for patient '166888 Testin van de, -, 11-03-1966'. It features a table with columns for 'Datum', 'Diagnose Door', 'Hoofdas', 'DBC', 'AS I 1e diagnose', 'AS II 1e diagnose', and 'AS III 1e diagnose'. The first row shows a date of '07-07-2008', 'Intern' as the diagnosis door, 'Eerste' as the head, and 'V71.09' in the AS III column. Below the table is a form for 'AS 1, 2 en 3' and 'AS 4 en 5'. The form includes fields for 'Datum' (07-07-2008), 'Diagnose door' (Intern), 'Medewerker', 'Hoofdas' (Eerste), and 'DBC'. It also has sections for 'As I', 'As II', and 'As III', each with dropdown menus for '1e diagnose' through '5e diagnose' and 'som. diagn. kort'. The 'As III' section shows 'V71.09' and a note: 'Een diagnose/aandoening op As II'. To the right of the diagnosis fields are 'Toelichting' (comment) boxes.

Figuur 12: Typeren DBC door invoeren DSM IV classificatie (Handboek User 2010)

Verlengen DBC

De behandelaar ontvangt via de secretaresse een periodiek rapport waarop de DBC's staan die de jaargrens naderen. De behandelaar beoordeelt of deze verlengt dan wel afgesloten dienen te worden. Bij verlenging vult de behandelaar de verlengdatum en de GAF score in.

Rapporteren en registreren adviesgesprek

De verslaglegging van het adviesgesprek wordt door de behandelaar gedaan in het patiëntdossier. Uit de rapportage moet blijken dat het zorgplan met de patiënt besproken is en dat tot een behandelovereenkomst met de patiënt is gekomen. Indien de werkelijke duur van het contact afwijkt van de geplande duur, past de behandelaar deze aan en maakt het geplande contact definitief via de agenda.

Zorg verlenen

Rapporteren en registreren van de behandeling

De verslaglegging van de behandeling vindt plaats in het dossier van de patiënt. Hierbij kan de behandelaar per contact voortgangsrapportages invoeren. Alle contacten dienen geregistreerd te worden. Indien de werkelijke duur van het contact afwijkt van de geplande duur, past de behandelaar deze aan en maakt het geplande contact definitief via de agenda. In figuur 13 wordt de registratie van een behandelcontact weergegeven.

Vanaf	28-04-2008 08:00	Aanmaakdatum: 29-04-2008	
Client	163609	Test van, J.	28-04-2008 09:00
Volgnummer	1	behandeling: Behandeling/begeleiding; afdeling: VAB-poli/ambulant; groep:	
Volgnummer behand.	β	Consultatie eerste lijn	
Activiteit	1460	Follow up behandelcontact	
Soort contact	1	face-to-face intern	
Duur (totaal)	60	Duur (Indirecte tijd)	0
Datum t/m	28-04-2008 09:00		
Behandelaar	2510	Testbehandelaar	
Status	Aanwezig		
Tekst			

Figuur 13: Registratie behandelcontact (Handboek User 2010)

Periodiek evalueren

Rapporteren en registreren evaluatie (cliënt)

De behandelaar doet verslaglegging van het evaluatiegesprek, inclusief risico's en eventuele maatregelen, in het dossier van de patiënt. Indien de werkelijke duur van het contact afwijkt van de geplande duur, past de behandelaar deze aan en maakt het geplande contact definitief via de agenda.

Rapporteren en registreren evaluatie (multidisciplinair overleg)

Tijdens het multidisciplinair overleg wordt de behandeling van de patiënt geëvalueerd, de diagnose (DSM IV classificatie) gecontroleerd en eventueel aangepast.

Metten van zorg (effectmeting)

Rapporteren en registreren meting

De verslaglegging van de meting door de behandelaar vindt plaats in het patiëntdossier. Afhankelijk van het soort meting kunnen de volledige meetresultaten worden toegevoegd of kan volstaan worden met de belangrijkste conclusies. De behandelaar geeft bij het contact de werkelijk aan de meting bestede duur aan. Dit kan zowel directe tijd zijn (bij het samen met de cliënt invullen van een onderzoekslijst) als indirecte tijd (voor het interpreteren van de meetresultaten). Daarna maakt de behandelaar het geplande contact of de indirecte tijd definitief via de agenda.

Uitvoeren aanvullend (diagnostisch) onderzoek

Rapporteren en registreren aanvullend onderzoek

De uitvoerder van het onderzoek doet verslaglegging van het onderzoek in het dossier van de patiënt. Afhankelijk van het soort onderzoek kunnen de volledige onderzoeksresultaten worden toegevoegd of kan worden volstaan met de belangrijkste conclusies. De uitvoerder van het onderzoek geeft in de agenda de werkelijk aan het onderzoek bestede duur aan. Dit kan zowel directe tijd zijn (uitvoeren onderzoek) als indirecte tijd (interpreteren van onderzoeksresultaten en schrijven onderzoeksrapport). Daarna maakt de behandelaar het geplande contact of de indirecte tijd definitief via de agenda.

Afsluiten

Rapporteren en registreren eindgesprek

De verslaglegging van het eindgesprek vindt plaats door de behandelaar in het dossier van de patiënt. Indien de werkelijke duur van het contact afwijkt van de geplande duur, past de behandelaar deze aan en maakt het geplande contact definitief via de agenda.

Afsluiten DBC

De secretaresse controleert of er nog geplande, niet geregistreerde, contacten open staan. Indien deze er zijn worden deze door de behandelaar gecontroleerd en geregistreerd. Daarna beëindigt de behandelaar de DBC.

In deze subparagraaf is beschreven wat de rol is van DBC registratie in het primaire proces. DBC registratie behoort tot de dagelijkse werkzaamheden van de professionals. De concrete werkwijze ten aanzien van DBC registratie (registratie DBC traject en registratie van patiëntcontacten) is weergegeven aan de hand van de deelprocessen van het algemeen zorgproces. In de volgende subparagraaf wordt uiteengezet hoe vanuit deze DBC registratie managementinformatie ontstaat welke uiteindelijk tot sturingsinformatie leidt voor het strategisch niveau.

4.3.2 Informatiestroom vanuit het micro- naar het macroniveau

Met de DBC registratie wordt een grote hoeveelheid data gegenereerd. Deze data komt deels terecht in Datawarehouse, het managementinformatiesysteem van Dimence. Het Datawarehouse bevat geïntegreerde stuurinformatie vanuit verschillende bronsystemen op

verschillende aggregatieniveaus voor alle managementlagen van Dimence (Kaderbrief 2010). Daarnaast wordt door de dienst Administratieve Organisatie & Interne Controle op het niveau van de patiënt informatie verzameld ten aanzien van het voldoen aan de treeknormen en de aanwezigheid van een behandelplan, DSM IV classificatie en GAF score in het dossier van de patiënt (Jaarplan Concerncontrol 2010).

In deze subparagraaf wordt aan de hand van Datawarehouse uiteengezet hoe vanuit DBC registratie managementinformatie ontstaat en hoe vervolgens hiermee sturing plaatsvindt.

Datawarehouse: microniveau

Professionals kunnen sinds een aantal maanden via het intranet van Dimence linken naar hun persoonlijke pagina in het Datawarehouse. Zij kunnen daar hun eigen productiviteit inzien met als doel hier, indien nodig, op te anticiperen. Het productiviteitsoverzicht biedt de professional een exacte weergave van de hoeveelheid geregistreeerde tijd. In tabel 8 wordt de in het overzicht getoonde informatie weergegeven.

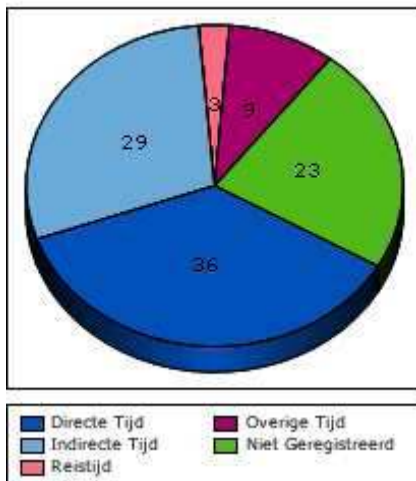
Categorie	Omschrijving
Nettotijd	De tijd die na aftrek van onder andere de vakantiedagen, feestdagen en ziekteverzuim overblijft en verantwoord moet worden in de gekozen periode
Ziekteverzuim	Het aantal minuten ziekteverzuim op de betreffende kostenplaats
Directe tijd (cliëntgebonden)	De geregistreeerde directe tijd in de gekozen periode
Indirecte tijd (cliëntgebonden)	De geregistreeerde indirecte tijd in de gekozen periode
Overige tijd (niet-cliëntgebonden)	De geregistreeerde overige tijd in de gekozen periode
Reistijd	De geregistreeerde reistijd in de gekozen periode
Niet geregistreeerde tijd	De tijd die niet-geregistreeerd is, maar wel geregistreeerd had moeten worden
Totaal percentage	De totaal geregistreeerde tijd gedeeld door de brutotijd
Verstreekte contacten	Het aantal contacten dat op de betreffende kostenplaats heeft plaatsgevonden

Tabel 8: Informatie productiviteitsoverzicht professional (Handleiding Datawarehouse 2009)

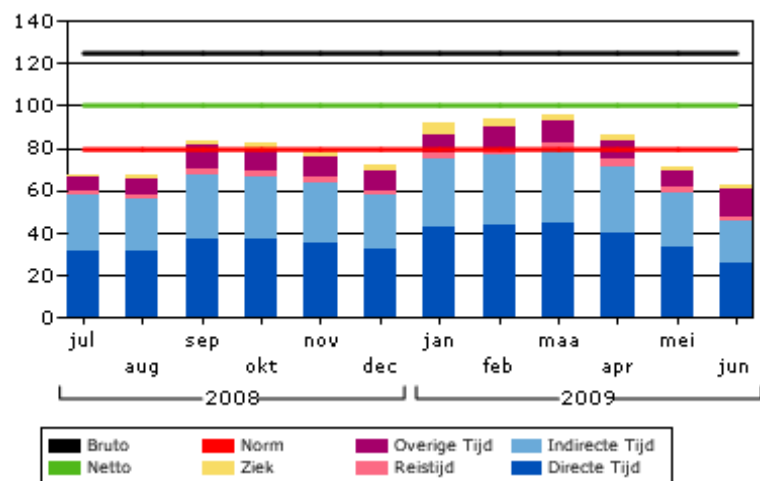
Het rapport bestaat uit drie grafieken, zoals hieronder weergegeven. De eerste grafiek (1) toont voor de voorgaande 12 maanden de verdeling van de nettotijd (opgedeeld in een aantal categorieën). De data in deze grafiek kunnen ook per maand worden weergegeven. De tweede grafiek (2) zet in een jaaroverzicht per maand de werkelijk geregistreeerde tijd af tegen de bruto- en nettotijd en de opgelegde registratienorm van tachtig procent. De geregistreeerde tijd is opgedeeld in een aantal categorieën (tabel 8). In de laatste grafiek (3) wordt in een jaaroverzicht het aantal verstreekte contacten per maand getoond en gecategoriseerd naar soort contact (Handleiding Datawarehouse 2009).

Het productiviteitsoverzicht wordt in dit hoofdstuk besproken, aangezien het een illustratie betreft van het geven van terugkoppeling van uitkomstinformatie aan de professionals in het primaire proces. In hoofdstuk 5 Conclusie wordt hierop teruggegrepen.

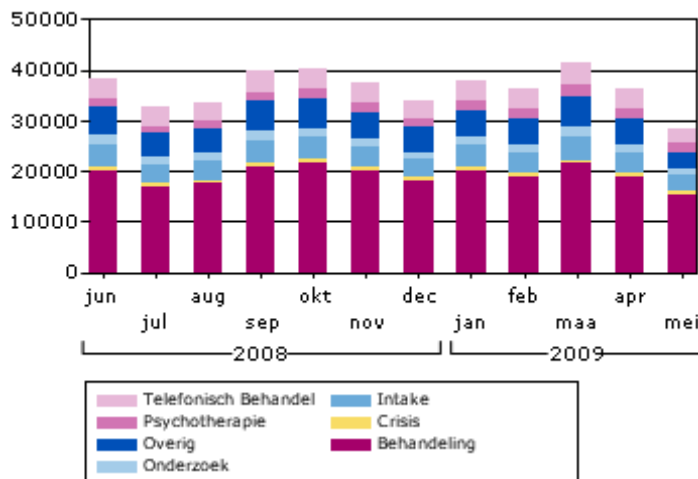
Gem. Verdeling tijd afgelopen 12 mnd.



Geregisteerde tijd t.o.v. te registreren tijd



Verstreckte Contacten



Grafiek 1 tot en met 3: Productiviteitsoverzicht (Handleiding Datawarehouse, 2009)

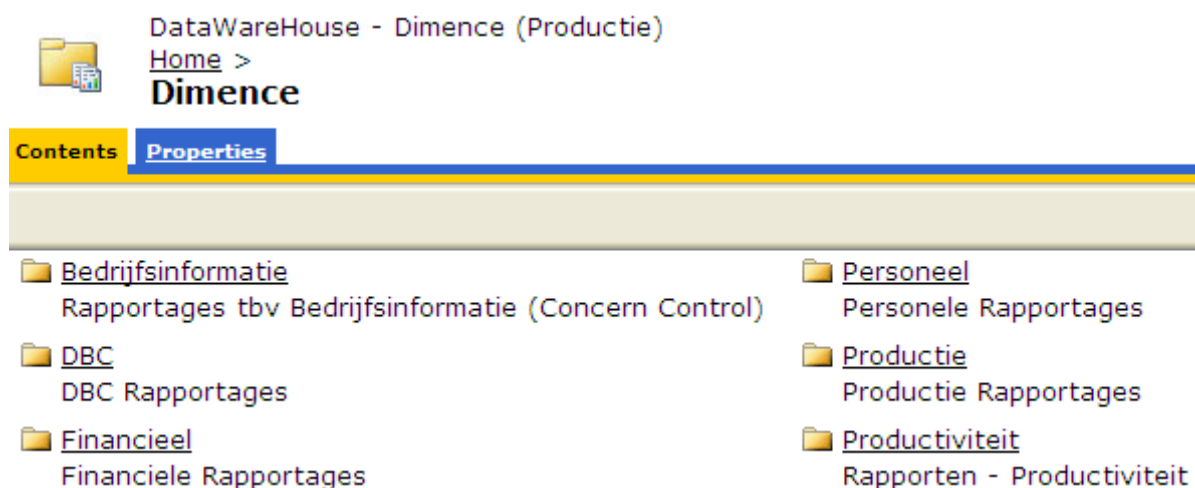
Terugkoppeling naar professionals in primaire proces

De geïnterviewden op macroniveau geven aan dat Dimence heeft gekozen voor een decentrale invoer van gegevens; registratie door de professionals zelf. De behandelaar is verantwoordelijk voor zijn eigen registratie. Door informatie vanuit Datawarehouse terug te geven op gedetailleerd niveau wordt het voor de professional inzichtelijk wat hij heeft gedaan. De professionals bevestigen dat deze terugkoppeling van informatie hen inzicht geeft in hun productie. Een geïnterviewde: *“Ja, zeker nu we weer die productieafspraken hebben gemaakt, dan kun je dat daar natuurlijk heel mooi zelf in bijhouden. En hoe dat dan uiteindelijk op het eind van het jaar...ik ga daar ook geen uren naar zitten te kijken, ik kijk vooral of die kolommetjes richting die streep gaan....het voelt aan de ene kant van ik wil helemaal niet aan die cijfertjes moeten denken, ik wil gewoon mijn werk goed kunnen doen. Aan de andere kant denk ik van oké die afspraken hebben we nou eenmaal, we moeten bepaalde productie halen, dus kun je daar wel heel mooi in zien hoe je zit. 't Is meer, het is ondersteunend, het geeft je inzicht in wat je gedaan hebt. Maar dat is puur op afspraken en het zegt nog niets over de kwaliteit die je levert”.*

De geïnterviewde professionals geven aan terugkoppeling met betrekking tot de kwaliteit van de door hen geleverde zorg te missen. Ze hebben behoefte aan terugkoppeling op basis van kwaliteitsparameters. Een geïnterviewde: *“Kijk ik doe hier braaf mijn kunstje. Ik sta hier redelijk bekend als een vrij trouwe DBCer, die vrij goed registreert en DBC’s typeert, maar ik zie er niets van terug, en dat is niet motiverend. Dus die kwaliteitsinformatiestroom terug mag nog wel komen, dan weet je ook waarvoor je het doet. Dat is nu echt een ‘black hole’...”* Door de geïnterviewden op macroniveau wordt de tekort schietende informatiestroom met betrekking tot kwaliteit erkent. Een geïnterviewde: *“De terugkoppeling naar de professionals is heel beperkt. Op individueel niveau is het maximaal nu het laten zien wat men heeft gedaan, wat er is afgesproken van wat de productiviteit zal zijn en hoe dat eruit is gekomen. Dat is het eigenlijk. Ik kan me voorstellen dat het voor de hulpverlener ook wel heel prettig zou zijn als je ook die informatie kunt verstrekken, iets over de kwantiteit, maar dat je vooral ook wat over de kwaliteit zou kunnen zeggen”*. De focus vanuit het macroniveau ligt op dit moment vooral op een goede basisregistratie door de professionals. Zowel voor de terugkoppeling van informatie naar de professionals als het genereren van stuurinformatie voor het strategisch niveau geldt op dit moment een pas op de plaats. Een geïnterviewde: *“Rond de DBC’s zie je dat daar juist de registratie; de volledigheid, juistheid en tijdigheid van de registratie, daar worstelen we nog enorm mee, daar focussen we ons op. Daar leg je dus heel veel informatie vast en vervolgens gaan we van wat kun je nou met die informatie doen om ook het lijnmanagement weer stuurinformatie te geven. Op dit moment is het echt nog gericht op de basisregistratie, om die goed voor elkaar te krijgen”*.

Datawarehouse: macroniveau

De managementinformatie op macroniveau is opgebouwd uit de rapportages DBC, Financieel, Personeel, Productie en Productiviteit (figuur 14).



Figuur 14: Opbouw managementrapportage Datawarehouse Dimence (Handleiding Datawarehouse 2009)

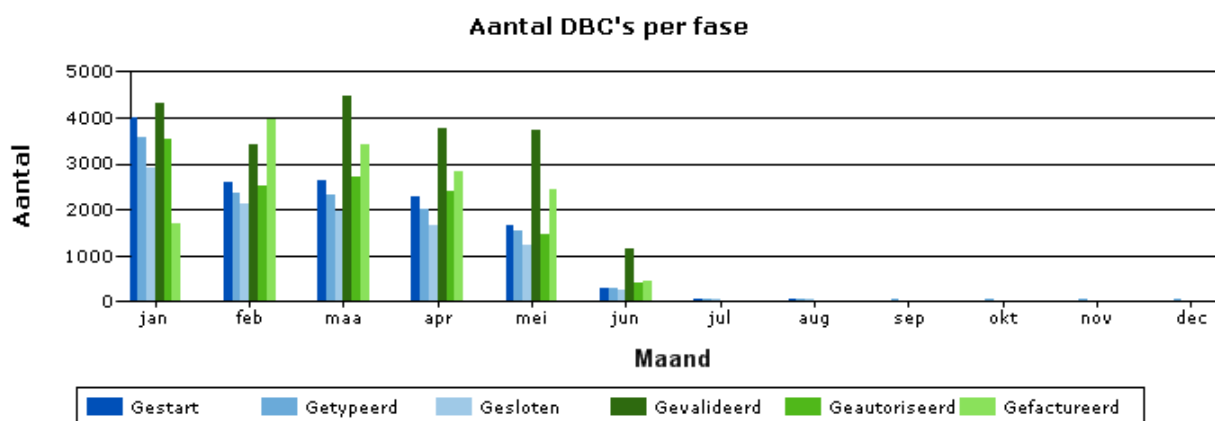
In het kader van dit onderzoek zijn de rapporten DBC en Productiviteit relevant te noemen. Het rapport Productiviteit is vergelijkbaar met het reeds besproken productiviteitsoverzicht onder 'Datawarehouse: microniveau', vandaar dat hier enkel het rapport DBC wordt

besproken. Het rapport DBC bestaat uit de volgende deelrapporten welke afzonderlijk worden beschreven (Handleiding Datawarehouse 2009):

- DBC statistieken
- Doorlooptijd
- Opbrengstvergelijking
- Registratiestatistieken

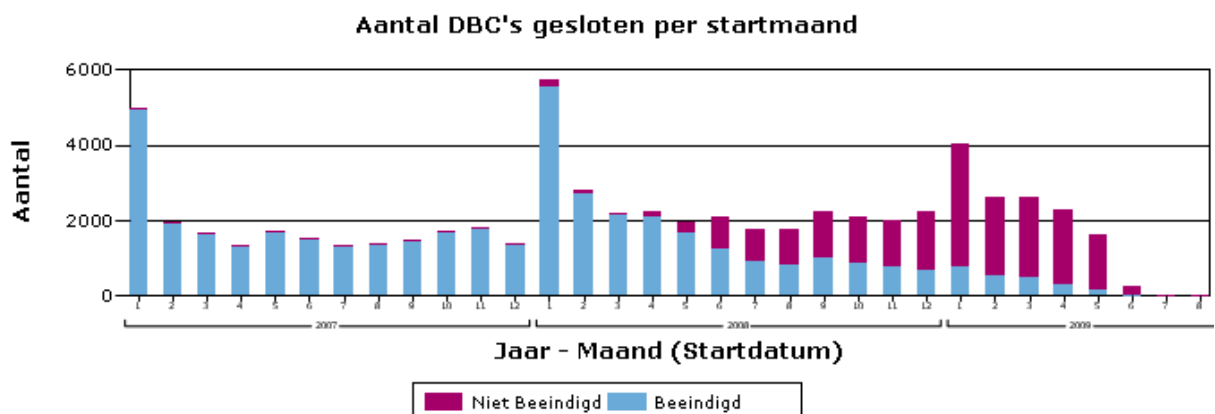
DBC statistieken

Het deelrapport DBC statistieken bestaat uit drie grafieken welke informatie geven over het openen, typeren, sluiten, valideren, autoriseren en factureren van de DBC's. De eerste grafiek (4) geeft over de periode van een jaar per maand de aantallen DBC's per status weer.



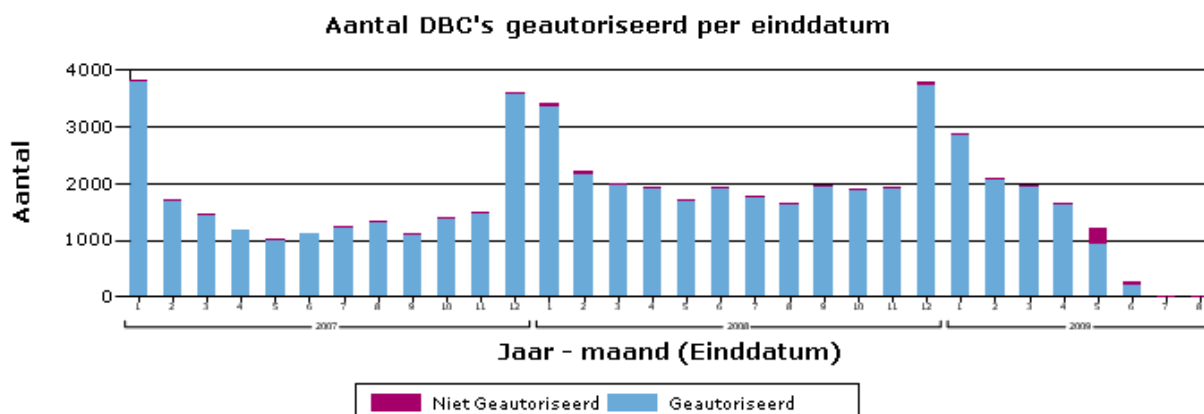
Grafiek 4: Aantal DBC's per status (Handleiding Datawarehouse 2009)

De tweede grafiek (5) toont per startmaand van de DBC het aantal DBC's dat al dan niet beëindigd is. In deze grafiek kan tot op detailniveau worden doorgelinkt naar een overzicht van alle niet gesloten DBC's inclusief behandelaar, zorgverzekeraar, DBC code en patiëntnummer.



Grafiek 5: Aantal gesloten DBC's per startmaand (Handleiding Datawarehouse 2009)

De derde grafiek (6) geeft per eindmaand van de DBC het aantal al dan niet geautoriseerde DBC's weer. Evenals bij de vorige grafiek kan ook hier tot op detailniveau worden doorgelinkt.



Grafiek 6: Aantal geautoriseerde DBC's per einddatum (Handleiding Datawarehouse 2009)

Doorlooptijd

In dit rapport wordt de gemiddelde doorlooptijd van de DBC's weergegeven.

Opbrengstvergelijking

Het rapport opbrengstvergelijking begint met een overzicht waar per productgroepcategorie de volgende informatie wordt getoond:

- Aantal DBC's, verrichtingen en verblijfsdagen dat binnen de productgroepcategorie valt
- Totale duur (in minuten) van de productgroepcategorie
- Kostprijs van de tijd en het verblijf
- Totale kostprijs
- Opbrengst op basis van NZa verrichtingen
- Opbrengst op basis van DBC registratie
- Resultaat = DBC opbrengst – totale kostprijs

Vanuit dit overzicht kan worden doorgelinkt op de productgroepcategorie, zoals weergegeven in tabel 9.

Overzicht gemiddelde opbrengstvergelijking per productgroep

DBCCode	Aantal Verrichtingen	Aantal Verblijf	Duur Totaal	Kostprijs Tijd	Kostprijs Verblijf
14035	10	4	563	946	949
14507	11	6	420	621	1.424
14656	18	7	544	820	1.661
	39	17	1.527	2.387	4.034

Tabel 9: Gemiddelde opbrengstvergelijking per productgroep (Handleiding Datawarehouse 2009)

Ook op het overzicht in tabel 9 kan worden ingezoomd en komt een overzicht beschikbaar wat bestaat uit algemene informatie, activiteitenmix, disciplinemix en de verblijfdagenmix.

Het deel met algemene informatie bevat de volgende data:

- Productgroep
- DBC prijs, de prijs die een DBC in de betreffende productgroep oplevert
- Gemiddelde kostprijs, som van de kostprijs van de disciplinemix en verblijfdagenmix
- Gemiddelde resultaat per DBC, verschil tussen de DBC prijs en de gemiddelde kostprijs

- NZa bedrag, verrichtingen op basis van NZa tarieven
- Aantal DBC's waar de getoonde cijfers betrekking op hebben
- Gemiddelde doorlooptijd in dagen
- Gemiddelde inactiviteit in dagen

De activiteitenmix laat de DBC verrichtingen, het aantal minuten en het percentage dat de verrichting van het totaal inneemt zien (tabel 10). Doorklikken naar de activiteiten in detail is mogelijk.

⊕ Activiteitenmix per DBC	Minuten	Percentage
	0,00	0,00 %
act_2	350,00	68,76 %
act_3.1.2	41,67	8,19 %
act_3.1.3.7	0,67	0,13 %
act_3.4.1	35,67	7,01 %
act_3.4.2	17,33	3,41 %
act_6	45,00	8,84 %
act_7	18,67	3,67 %
act_8.4	0,00	0,00 %
Gemiddeld per DBC	509,00	100,00 %

Tabel 10: Activiteitenmix per DBC (Handleiding Datawarehouse 2009)

De disciplinemix toont de bijdrage van elke behandelaar aan de totale tijd in een DBC evenals een gemiddelde kostprijs per discipline per DBC (tabel 11).

⊕ Behandelarenmix per DBC	Minuten	Percentage	Uurtarief	Kostprijs
Arts (waaronder Agio/Agno)	34,67	6,81 %	98,79	57,08
Arts verslavingszorg	139,67	27,44 %	97,98	228,08
Maatschappelijk werkende	1,67	0,33 %	81,30	2,26
Psychiater	60,00	11,79 %	151,30	151,30
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	1,00	0,20 %	81,55	1,36
Sociaal Pedagogisch Hulpverlener	19,00	3,73 %	77,55	24,56
Sociaal Psych. Verpleegkundige	185,00	36,35 %	77,61	239,30
Vaktherapeut creatief	21,33	4,19 %	100,68	35,80
Vaktherapeut psychomotorisch	20,00	3,93 %	70,33	23,44
Verpleegkundige (art.3)	26,67	5,24 %	73,07	32,48
Gemiddelde per DBC	509,00	100,00 %		795,64

Tabel 11: Disciplinemix per DBC (Handleiding Datawarehouse 2009)

De verblijfdagenmix geeft het soort en aantal verblijfsdagen weer die de DBC's bevatten evenals de kostprijs (tabel 12).

Verblijfdagenmix per DBC	Aantal	Percentage	Tarief	Kostprijs
act_8.4.5 Verblijf verslavingszorg 5	5,67	100,00 %	237,28	1.344,59
Gemiddelde per DBC	5,67	100,00 %		1.344,59
Totaal kostprijs				2.140,23

Tabel 12: Verblijfdagenmix per DBC (Handleiding Datawarehouse 2009)

Registratiestatistieken

De registratiestatistieken geven een weergave van de stand van zaken ten aanzien van de DBC registratie. De opsplitsing wordt gemaakt tussen contacten en DBC's:

Contacten:

- Aantal geplande contacten, systeemcontacten, groepscontacten en verpleegdagen
- Hoeveelheid geplande indirecte tijd
- Aantal geplande multidisciplinaire overleggen

DBC's:

- Aantal niet tijdig getypeerde DBC's
- Aantal DBC's dat langer dan een jaar (365 dagen) open staat
- Aantal crisis DBC's dat langer dan 28 dagen open staat

Terugkoppeling naar lijnmanagement

Door de geïnterviewden wordt aangegeven dat de managementinformatie voor het lijnmanagement op dit moment niet optimaal is. Onlangs is een intern rapport geschreven over een andere organisatie van de managementinformatie, dit op basis van de Balanced Scorecard, om zo de toegankelijkheid van de managementinformatie te verbeteren en het gebruik te stimuleren. Een geïnterviewde: *"We hebben in feite gezegd van, nou de vier gebieden die we onderkennen in de BSC zijn ook de gebieden waarop we informatie verzamelen. Die informatie willen we ook teruggeven aan de verschillende niveaus in het lijnmanagement. Nu is het nog zo dat er een hele bak aan informatie over de lijnmanagers heen wordt gestrooid en dan maar hopen dat zij daaruit de juiste dingen halen"*.

Terugkoppeling naar strategisch niveau

De Raad van Bestuur wordt gezien als het kruispunt waar de verschillende informatiestromen bij elkaar komen. Het strategische niveau geeft aan voldoende terugkoppeling te krijgen vanuit het microniveau via de lijnorganisatie. Een geïnterviewde: *"Wij hebben heel veel toeleveranciers. De lijnorganisatie is natuurlijk een belangrijke toeleverancier. Wij krijgen periodieke rapportages van de directies en de managers van de ondersteunende diensten waarbij ze verantwoording over alle resultaatgebieden afleggen. En daarnaast hebben we vanuit de staf, het concernbureau natuurlijk een aantal teams. Team Certificering is natuurlijk heel actief op het gebied van HKZ. Team Algemene Zaken verzamelt veel gegevens voor ons. Concerncontrol levert veel informatie aan. Dus in feite op alle niveaus krijgen wij vanuit de verschillende invalshoeken aangeleverd. Daarnaast is het ook nog een keer zo dat wij trekkracht ontwikkelen op een aantal grote projecten, dus een project ROM, DBC's/ZZP's, Dwang en Drang en risicomangement. Dat wordt in feite ook door de Raad van Bestuur gestuurd en daar komen dit soort dingen natuurlijk ook weer bij elkaar. Wij zijn in feite het grote kruispunt waar de wegen bij elkaar komen. Je wilt op de een*

of andere manier altijd ook terugrapportage hebben en voortgangbesprekingen en dergelijke. Dus daar komt het bij ons terug, dus zowel via de lijnorganisatie als via de projectorganisatie, dus een matrix”.

Betrokkenheid op en vertrouwen in managementinformatie

Het strategisch niveau van Dimence is actief betrokken bij de managementinformatie en gebruikt deze informatie voor de sturing in de lijnorganisatie. Een geïnterviewde: *“Ik kan zelf in Datawarehouse, dus ik kan bij wijze van spreken kijken wat jij vandaag hebt gedaan. Niet dat ik dat dagelijks doe. We proberen het te volgen, we proberen te begrijpen wat er speelt, wat er gedaan wordt. We leven natuurlijk in tijden dat het financieel allemaal iets minder makkelijk gaat dan heb je al iets meer de neiging om te gaan kijken wat gebeurt er nou precies. Periodiek krijgen we papieren rapportage aangeleverd die we ook helemaal uitkauwen en helder proberen te krijgen van waarom lopen de dingen zoals ze lopen. Dat heeft dan met name het perspectief van productie, financiën maar ook personeel. En wat we nu doen is dat met name opschalen naar het feit dat je straks ook kwaliteitsinformatie kunt gaan beheren, rondom de CQindex, de ROM, risicomangement, dwang & drang, Argus en dat soort zaken, dan krijg je een veel completer beeld. Daarnaast is er het hele ontwikkelingsperspectief dat we een beetje in de picture proberen te krijgen; R&D projecten, specialistische centra. Allerlei initiatieven ter verbetering van de organisatie. Op die manier krijg je een soort van totaalpakketje, waarbij je ziet dat een paar resultaatgebieden beter zijn ingevuld dan anderen. En we leven in tijden van financiële schaarste dus er zit wat meer druk op de centen dan gemiddeld. Terwijl we aan de andere kant ook graag een beetje bij de centen vandaan willen komen. De komende tijd krijgen we waarschijnlijk een aantal inhoudelijke triggers, waardoor dan andere resultaatgebieden wat steviger worden gevuld. We zitten daar wel goed in, we proberen verder te kijken dan alleen de oppervlakte. Op basis van de rapportage gaan we in dialoog met de directies en het management. Dat is ook leuk om te doen”.*

Vanuit het strategisch niveau bestaat er vertrouwen in de managementinformatie, deze laat op organisatieniveau een representatieve weergave van de werkelijkheid zien. Een geïnterviewde: *“Op het niveau van de hele organisatie moet je er op kunnen sturen. Er zitten vast wel een paar imperfecties in, maar de hoofdlijn klopt. Het is niet zo dat we op hele verkeerde personeelsaantallen sturen, of dat de inkomsten en uitgaven heel anders liggen. Die marges zijn redelijk klein. Voor 99.5% is het correct. Wat we proberen te doen is het creëren van randvoorwaarden zodat iedereen systematisch goed gebruik blijft maken van Datawarehouse”.*

4.3.3 DBC registratie als stuurinformatie voor het strategisch niveau

In de subparagrafen 4.3.1 en 4.3.2 is besproken wat de rol is van DBC registratie in het primaire proces en hoe de informatiestroom plaatsvindt vanuit het micro- naar het macroniveau. In deze subparagraaf wordt beschreven wat de DBC registratie biedt aan sturingsinformatie voor het strategisch niveau. Hiertoe zijn de geïnterviewden op macroniveau bevraagd op welke informatie zij vanuit de DBC registratie gebruiken voor sturing en/of welke mogelijkheden zij hiertoe op termijn zien.

De documentanalyse en interviews laten zien dat er vanuit de DBC registratie allerlei gegevens worden verzameld en beschikbaar worden gesteld in het managementinformatie-

systeem Datawarehouse of door het organisatieonderdeel Administratieve Organisatie & Interne Controle (zie subparagraaf 4.3.2). Uit de interviews blijkt dat deze informatie vooral wordt gebruikt door het strategisch niveau voor sturing op financiën en productie en minder voor de sturing op kwaliteit. Een geïnterviewde: *“Er wordt vooral van ons gevraagd dat we proberen met ons huishoudboekje uit te komen. Dus je zit erg op de bedrijfsefficiency en je zit op het factureren, omdat je dan geld binnen krijgt. Of wij nu meer of minder kwaliteit in onze DBC’s stoppen, dat levert op dit moment niets meer of minder op. Kwaliteit is nu voor ons dus met name ervoor zorgen dat alle activiteiten, alle inspanningen die we verrichten goed aan de DBC’s worden toegeschreven”*. Wel wordt, onder meer in de kaderbrief 2010, de wens geuit om in de toekomst te kunnen sturen op kwaliteitsthema’s (Kaderbrief 2010): *‘De maandelijkse managementinformatie is tot op heden erg financieel gericht. Dimence streeft naar verbreding van de managementinformatie met meer zorginhoudelijke kwaliteitsthema’s’*.

De geïnterviewden op strategisch niveau geven aan dat de informatie vanuit de DBC registratie van meerwaarde kan zijn ten aanzien van sturing op kwaliteit. De DBC registratie levert beleidsinformatie op die gebruikt kan worden door het strategisch niveau voor het bereiken van doelstellingen: *“waar willen we naartoe, hoe ontwikkelt de vraag zich en hoe kunnen we daarop inspelen”*. De volgende onderdelen van de managementinformatie vanuit de DBC registratie worden genoemd door de geïnterviewden voor sturing op termijn: activiteitenmix, disciplinemix, verblijfdagenmix, doorlooptijd, wachttijd, ‘no show’, behandelplan, DSM IV classificatie, en GAF score. Een geïnterviewde over de sturing op basis van de activiteitenmix: *“Je kunt kijken naar de activiteitenmix in de DBC. Onze vangrail wordt zo meteen het zorgprogramma. Het zorgprogramma zou op hoofdlijnen moeten vertellen wat je wanneer moet doen om aan de eisen van de multidisciplinaire richtlijn, dat is toch de state of the art volgens de evidence, te kunnen voldoen. En als je daar volgens werkt, zou je in feite een goede kwaliteit van zorg moeten leveren. Waar we naar moeten kijken is, kunnen we ons daar aan houden en kunnen we het op een verantwoorde manier doen en daarmee kwaliteit van zorg leveren. Dat inzicht kun je gewoon krijgen, je weet in feite welke activiteiten er in een DBC zitten. En als er op essentieel niveau continu bepaalde activiteiten ontbreken of als er andere activiteiten worden toegevoegd waarvan je je af kunt vragen wat ze doen, dan heb je een dialoog. Het gaat erom continu met elkaar in gesprek te blijven daarover. Daarnaast wil je voor, tijdens en na het proces meten van is er effect te zien, zie je vermindering van klachten en is dat te objectiveren. En wat je eigenlijk zou willen, dat zou je moeten integreren als het kan, dat je ook rondom de CQ die tevredenheid kan gaan monitoren. Dat zijn toch onze belangrijkste toetsstenen: heeft het effect, je stopt er tijd, geld, energie, mensen, euro’s in, levert het wat op, en bij voorkeur levert het nog meer op dan bij een ander”*.

Voor optimale sturing is het echter zaak een koppeling te leggen tussen de informatie vanuit de DBC registratie en andere informatiestromen geven de geïnterviewden aan. Ter illustratie wordt door een aantal geïnterviewden de relatie gelegd tussen zorgprogramma’s en DBC registratie: *“We zijn nu bezig met de zorgprogramma’s en de bedoeling is dat we zo meteen zo’n zorgprogramma ook eens tegen zo’n DBC aanleggen, van hé wat gaan we doen. We gaan het ideaaltypische zorgprogramma draaien en we plakken die DBC er tegenaan, kan dat dan uit, werkt dat dan, is dat dan effectief. Misschien moet je dan toch nog eens kijken naar zo’n zorgprogramma, omdat je anders glimlachend failliet gaat, omdat je de dingen niet slim genoeg georganiseerd hebt. Je krijgt dan een gezonde dialoog tussen inhoud en vorm,*

de DBC's helpen daarbij". Het zorgprogramma is de 'forecast' en de DBC registratie de realiteit; de vertaling van de gedane werkzaamheden. Door deze met elkaar te confronteren ontstaat sturing. Een geïnterviewde: "(...) de kengetallen vanuit de DBC's rechtvaardigen bepaalde keuzes". Naast de koppeling aan zorgprogramma's wordt de DBC registratie door de geïnterviewden eveneens gekoppeld aan Routine Outcome Monitoring (ROM) en prestatie-indicatoren.

Bovenstaand is beschreven dat de sturing door het strategisch niveau vooral plaatsvindt op basis van financiën en productie. Sturing op kwaliteit is op dit moment ondergeschikt. De geïnterviewden geven aan hiertoe mogelijkheden te zien op basis van de managementinformatie vanuit de DBC registratie. Gezien de minimale sturing op kwaliteit vanuit de DBC registratie, blijkt ook dat de bijstelling van het beleid en de kaders op basis van deze informatie minimaal is.

4.3.4 Samenvatting

DBC registratie behoort tot de dagelijkse werkzaamheden van de professionals. De registratie vindt digitaal plaats in het programma User en kent een koppeling met het elektronisch patiëntendossier. De DBC registratie bestaat enerzijds uit het openen, typeren, valideren en autoriseren van een DBC en anderzijds uit de registratie van patiëntcontacten binnen deze DBC's. De concrete werkwijze ten aanzien van de DBC registratie (registratie DBC traject en registratie van patiëntcontacten) is weergegeven aan de hand van de deelprocessen van het algemeen zorgproces. Op basis van de DBC registratie ontstaat managementinformatie waarvan (deels) een terugkoppeling plaatsvindt naar de professionals in het primaire proces en naar het strategisch niveau. In tabel 13 wordt de managementinformatie op basis van DBC registratie weergegeven en de sturing hierop door het macroniveau. De sturing door het macroniveau vindt vooral plaats op financiën en productie. Sturing op kwaliteit is op dit moment ondergeschikt. De geïnterviewden geven aan hiertoe mogelijkheden te zien op basis van de managementinformatie vanuit de DBC registratie. Zij noemen: activiteitenmix, disciplinemix, verblijfdagenmix, doorlooptijd, wachttijd, 'no show', behandelplan, DSM IV classificatie, en GAF score. Gezien de minimale sturing op kwaliteit vanuit de DBC registratie, blijkt ook dat de bijstelling van het beleid en de kaders op basis van deze informatie minimaal is.

Dataverzameling vanuit DBC registratie microniveau			Macroniveau (N=5): Sturing op financiën en productie, geringe sturing op kwaliteit, . Op termijn willen sturen op:
Datawarehouse (DWH)			
DBC	DBC Statistieken	- Aantal DBC's per fase - Aantal gesloten DBC's per startmaand - Aantal geautoriseerde DBC's per einddatum	
	Doorlooptijd	- Gemiddelde doorlooptijd DBC's	- Doorlooptijd
	Opbrengstvergelijking	- Aantal DBC's, verrichtingen en verblijfsdagen binnen productgroepcategorie - Totale duur (in minuten) van de productgroepcategorie - Kostprijs van tijd en verblijf - Totale kostprijs - Opbrengst NZa verrichtingen - Opbrengst DBC registratie - Resultaat = DBC opbrengst – totale kostprijs Inzoomen op: - Algemene informatie:	

		<ul style="list-style-type: none"> - productgroep - DBC prijs - gemiddelde kostprijs - NZa bedrag - aantal DBC's - doorlooptijd - inactiviteit - Activiteitenmix - Disciplinemix - Verblijfdagenmix 	<p style="text-align: center;">Doorlooptijd</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activiteitenmix - Disciplinemix - Verblijfdagenmix
	Registratiestatistieken	<p>Contacten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aantal geplande contacten, systeemcontacten, groepscontacten en verpleegdagen - Hoeveelheid geplande indirecte tijd - Aantal geplande multidisciplinaire overleggen <p>DBC's:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aantal niet tijdig getypeerde DBC's - Aantal DBC's > 365 dagen open - Aantal crisis DBC's > 28 dagen open 	
Productiviteit		<ul style="list-style-type: none"> - Nettotijd - Ziekteverzuim - Directe tijd (cliëntgebonden) - Indirecte tijd (cliëntgebonden) - Overige tijd (niet-cliëntgebonden) - Reistijd - Niet geregistreerde tijd - Totaal percentage - Verstrekte contacten 	
AO & IC			
		<ul style="list-style-type: none"> - Toetsing op treeknomen - Aanwezigheid behandelplan - DSM IV classificatie - GAF score 	<ul style="list-style-type: none"> - Behandelplan - DSM IV classificatie - GAF score

Tabel 13: Managementinformatie vanuit DBC registratie in relatie tot sturing door macroniveau

4.4 Integratie

In de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk zijn HKZ certificering en DBC registratie afzonderlijk van elkaar besproken. Deze paragraaf richt zich op de integratie van beide concepten. In subparagraaf 4.4.1 wordt gestart met het beschrijven van de integratie van de bovenliggende concepten macro- en microniveau. Vervolgens wordt in subparagraaf 4.4.2 de integratie van HKZ certificering en DBC registratie besproken.

4.4.1 Integratie macroniveau – microniveau

Vanuit de interviews zijn twee thema's naar voren gekomen ten aanzien van de integratie van macro- en microniveau: communicatie en cultuur. Beide thema's worden in deze subparagraaf opeenvolgend besproken.

Communicatie

Communicatie kent de volgende structuur: zender → boodschap → ontvanger. De geïnterviewden op macroniveau geven aan dat vanuit hen vele boodschappen richting het microniveau worden gestuurd en dat niet al deze boodschappen daar (juist) ontvangen worden. Een geïnterviewde: *“Wat we regelmatig merken is dat wij inderdaad allerlei boodschappen uitzenden die bij mensen op de werkvloer en verder in de organisatie terechtkomen op de stapel...van dat lezen wij niet meer (...) communiceren is überhaupt al moeilijk. Communiceren in een sterk veranderende omgeving als waarin wij zitten is*

helemaal ingewikkeld. Dus niet alles van wat wij sturen komt goed aan. Af en toe worden we ook maximaal niet begrepen en af en toe krijgen we allerlei moppers over dingen die we niet zo hebben bedoeld, dat hoort ook een beetje bij je rol. Dat geeft ook niet, maar we proberen wel de essentie van onze boodschappen te blijven vertalen en dat is ook vaak een kwestie van veel herhalen en blijven doorgaan. Het is ook ingewikkeld, tussen droom en daad zitten wetten en praktische bezwaren". Door de geïnterviewden wordt het belang van dialoog tussen de verschillende organisatieniveaus onderstreept, echter met de kanttekening dat iedere partij hierin zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. Een geïnterviewde: "(...) en die dialoog met de organisatie moet sterker worden, dan ontstaat er ook meer begrip, krijgen we meer terug. We vragen ook vaak feedback op dingen. We krijgen dan ook hele kritische berichten terug, dat is ook prima, daar kun je je voordeel mee doen. Als mensen niet meer gaan reageren, dan heb je een groter probleem, gelukkig doen ze dat altijd nog". Een andere geïnterviewde: "Je moet een verschil maken tussen een haalplicht en een brengplicht. Wij brengen veel, we brengen ook veel naar buiten. Je kunt alles vinden op intranet, je kunt ook alles lezen, alles is openbaar in die hele cyclus. Dat wil niet zeggen dat mensen het ook halen, dat mensen het echt gaan lezen. Daarmee doe je een appel op datgene wat mensen zelf willen en een deel van de mensen vindt het interessant en verdiept zich erin, en een ander deel niet. Die haalplicht kun je niet helemaal beïnvloeden, de brengplicht wel. Waar wij ons op focussen is met name de brengplicht, van hebben we voldoende middelen ingezet om de mensen te kunnen bereiken. Dat doen we via intranet, via de mail, via de e-mence, via eventuele individuele dingen, via stukken die we besproken willen hebben in de teams. Dus ik denk dat we dat wel goed voor elkaar hebben". De geïnterviewden op macroniveau geven ten aanzien van communicatie aan dat "de truc is om grote dingen klein te maken en kleine dingen weer naar iets groots te kunnen vertalen. Wat wij moeten doen is van bovenaf, als ik kijk naar het topdown proces, dat wij de dingen behapbaar maken, zodat ze voor het individu weer aantrekkelijk zijn. En omgekeerd dat we uit hetgeen individuen teruggeven weer iets kunnen maken wat ook voor de hele organisatie betekenis kan krijgen. Ik denk dat we daar nog in moeten groeien met elkaar".

Ook in de interviews met de professionals komt communicatie terug als thema. Enerzijds bestaat de behoefte aan meer en andersoortige communicatie vanuit het macroniveau. Een geïnterviewde: "Ik denk zelf dat het management zich heel goed bewust moet zijn van het feit dat heel veel informatie ook relevant is voor de mensen op de werkvloer. Dat ze attent zijn en dat die informatie ook wordt gegeven, in welke vorm dan ook. En dat kan voor een deel op intranet, want we zien elkaar in de teambespreking maar één keer in de maand, dat vind ik ook prima, want van al dat vergaderen, daar wordt het ook niet beter van. Maar er moet wel een medium zijn om die dingen te kunnen communiceren. Ik denk dat het daarmee begint". De professionals geven aan voorgeïnformeerd te willen worden en feedback te willen krijgen. Anderzijds zijn de geïnterviewden ook kritisch op zichzelf. Een aantal van hen geeft aan dat zij zelf weinig actief zijn in de adoptie van de informatie vanuit het macroniveau. Een geïnterviewde: "Ik krijg wel informatie, er is wel een informatiestroom, maar ik ben er te weinig alert op". Of: "(...) bottom-up wordt weinig kritisch gevraagd. Dat zouden we meer kunnen en moeten doen".

Door de geïnterviewden, op zowel macro- als microniveau, worden de volgende aanbevelingen gedaan om de communicatie, en hiermee de integratie van macro- en microniveau, te verbeteren:

- Dialoog aan (blijven) gaan. Het macro- en microniveau moeten elkaar blijven voeden: circulair zijn en betrokkenheid hebben op elkaar.
- Invoering van het 'Medezeggenschap (MZ) plus' traject. Met dit traject wordt de medezeggenschap op de werkvloer beter vorm gegeven, zodat de beleidsvorming ontstaat in het primaire proces en daarmee het draagvlak voor besluitvorming is geborgd. Dimence is onlangs met het 'MZ plus' traject gestart.
- Betrekken van het mesoniveau van de organisatie, zij moeten zich (gaan) opstellen als *"ambassadeurs met durf"*.
- Gebruik maken van de vakgroepen als professioneel dispuut.

Cultuur

In het beschrijven van de cultuur van de organisatie is door de onderzoeker in de interviews onderscheid gemaakt tussen een cultuur van controle en een cultuur van leren en verbeteren. Alle geïnterviewden op microniveau geven aan binnen Dimence een cultuur van controle te ervaren. Een geïnterviewde: *"Natuurlijk is controle leidend nu. Dat is toch wat je op de afdelingen hoort, dat mensen ook behoorlijk met al die frustraties zitten, die de controletoestanden met zich meebrengen"*. Of: *"Dan vind ik het momenteel, als het gaat om de ontwikkeling van kwaliteit van behandeling...van kwaliteit van zorg, die sneeuwt wat onder momenteel op de controle en op de nou ja alles wat met geld en productie en overleven te maken heeft. Ik snap het wel want als organisatie moet je ook overleven en moet je ook geld genereren. Ik snap het wel, maar ik vind dat die andere kant erg onderbelicht is"*.

Het merendeel van de geïnterviewden op macroniveau benoemd dat de cultuur van Dimence in een overgangsfase zit. Als gevolg van de fusie en de aangescherpte externe verantwoording heeft het primaat langere tijd op controle gelegen. De geïnterviewden geven aan dat Dimence nu in een fase komt waarin de focus meer op het leren en verbeteren kan gaan liggen. Een geïnterviewde: *"Mensen ervaren het echt als controle, is nu ook nog zo hè. Ze hebben er ook wel een beetje gelijk in. Je zit in een ontwikkelingsfase als organisatie, maar überhaupt ook als sector, waarbij je probeert die stap te maken. Je zit nu nog heel erg in de beheersende, controlerende fase. Waar je naartoe wilt is de daaropvolgende stap, door te zeggen van oké, dit moet eventjes, maar er moet wel perspectief zijn dat je eruit komt. Als dat perspectief er niet is, dan verlies je ook het draagvlak"*.

Door de geïnterviewden worden de volgende aanbevelingen gedaan om een cultuur van leren en verbeteren, en daarmee de integratie van macro- en microniveau, te stimuleren:

- Continue en frequente feedback tussen de verschillende niveaus. Op basis van deze feedback kan participatie en uiteindelijk het leren plaatsvinden op alle niveaus in de organisatie.
- Innovatie, bijvoorbeeld in de vorm van projecten, geeft het leren en verbeteren een extra impuls.

4.4.2 Integratie HKZ certificering – DBC registratie

Binnen Dimence zijn HKZ certificering en DBC registratie op dit moment niet expliciet geïntegreerd. De geïnterviewden geven echter wel aan dat integratie van waarde kan zijn om tot een verbetercyclus van kwaliteit te komen. De HKZ certificering is kaderstellend en de

DBC registratie vormt de terugkoppeling op deze kaders. Op basis van de terugkoppeling kan lering en bijstelling plaatsvinden. Een geïnterviewde: *“(...) je kunt het heel goed gebruiken voor de Demingcyclus. Je kunt informatie teruggeven. Helemaal als je het op DBC niveau hebt, dan kun je het ook teruggeven aan de hulpverleners en daarmee zit je een beetje in het leren en verbeteren traject. Niet zozeer in het verantwoorden, dat is een hele andere business, maar het leren en verbeteren traject, dat is belangrijk”*. Of: *“(...) plus het feit natuurlijk dat je veel informatie uit de DBC kunt halen, over bijvoorbeeld behandelduur, dat geeft iets van kwaliteit aan. Op basis daarvan kun je de processen aanpassen. Als je het op die manier aanwend dan zal het zijn waarde hebben”*. Hierop aansluitend: *“HKZ richt zich op het beschrijven van proceskwaliteit, DBC registratie geeft de vertaling van processen in activiteiten”*.

Daarnaast kan de DBC registratie als middel dienen om HKZ certificering minder abstract te laten zijn voor de professionals in het primaire proces. Een geïnterviewde: *“Aangezien heel nadrukkelijk terugkomt dat HKZ iets heel abstracts is, dat iedereen het op zich wel heel belangrijk vindt, maar het de mensen onvoldoende raakt. Hoe kan je ervoor zorgen dat het mensen meer gaat raken? Mensen willen zien wat betekent het voor mij. Door de link te maken met de DBC informatie kun je hen deze terugkoppeling op cliëntniveau geven”*. Een voorbeeld hierin is ook de mogelijke link tussen de DBC registratie en de ROM welke een thema vormt binnen de HKZ certificering. Een geïnterviewde: *“Die ROM metingen bijvoorbeeld, dat zijn echt dingen die straks heel makkelijk aan de DBC's gekoppeld kunnen worden. Op cliëntniveau heb je uitkomsten, dat weet je per cliënt. Een DBC is eigenlijk ook een cliënt, dus die kun je makkelijk aan elkaar koppelen. Je hebt natuurlijk hele mooie onderzoekjes die rond cliënttevredenheid gedaan worden, maar daarin wordt nu nog geen link gemaakt met DBC's”*.

De geïnterviewden zijn ook kritisch. HKZ certificering is breed en DBC registratie is smal. De DBC registratie kan worden gezien als één van de middelen in het grote geheel om te komen tot verbetering van kwaliteit van zorg. Een geïnterviewde: *“Of je HKZ en DBC kunt integreren...ik denk dat de DBC een heel specifiek onderdeelje is in het geheel en HKZ is natuurlijk heel veel breder. Ik denk dat het voor dat specifieke onderdeel wel op zou kunnen gaan, maar het is niet afdoende voor het geheel. Het is een middel”*.

Zoals gezegd vindt integratie van HKZ certificering en DBC registratie op dit moment niet expliciet plaats binnen Dimence. Deze expliciete integratie is er wel als het gaat om kosten en productiviteit in relatie tot DBC registratie. Het beleid op kosten en productie vormt het kader en de DBC registratie is de toets hierop. Ter illustratie (Memo ontwikkelingen Datawarehouse 2010): *‘De Raad van Bestuur heeft de ‘10 gouden regels’ gepubliceerd. Hiermee wordt benadrukt dat de optimalisatie van de productieregistratie essentieel is voor de (toekomstige) inkomsten van Dimence. Een aantal van de gouden regels worden gericht ondersteund met rapporten uit het Datawarehouse. Bijvoorbeeld het rapport ‘Productiviteit per Medewerker V3’ biedt ondersteuning bij naleving van gouden regel 2. Gouden regel 2: Iedere behandelaar die tijd schrijft registreert tenminste 80% van zijn netto contracttijd voor patiëntgebonden en declarabele activiteiten, tenzij hier met zijn/haar leidinggevende andere afspraken over zijn gemaakt. Elke behandelaar die tijd schrijft kan in het rapport ‘Productiviteit per Medewerker V3’ zijn/haar eigen productiviteit in zien en dus controleren of hij/zij de gouden regel naleeft’*.

4.4.3 Samenvatting

De integratie van macro- en microniveau is beschreven aan de hand van de thema's communicatie en cultuur. Ten aanzien van de communicatie wordt door het macroniveau aangegeven dat niet alle boodschappen (juist) worden ontvangen door het microniveau. Het macroniveau hecht belang aan dialoog, waarbij elk niveau zijn eigen verantwoordelijkheid heeft; de haal- en brengplicht. Het microniveau heeft enerzijds behoefte aan meer en andersoortige communicatie. Zij hechten belang aan voorgeïnformeerd worden en feedback krijgen. Anderzijds is het microniveau zelfkritisch; zelf weinig actief zijn in de adoptie van informatie. Er zijn door de geïnterviewden een aantal aanbevelingen gedaan om de communicatie te verbeteren. De cultuur wordt door het microniveau ervaren als een cultuur van controle. Het macroniveau beschrijft de verschuiving van een cultuur van controle naar een cultuur van leren en verbeteren. Er zijn door de geïnterviewden aanbevelingen gedaan om deze cultuurverandering verder door te zetten. Zowel een goede communicatie als een cultuur van leren en verbeteren dragen positief bij aan het ontstaan en bestaan van integratie van macro- en microniveau.

Binnen Dimence is op dit moment geen sprake van een expliciete integratie van HKZ certificering en DBC registratie. De mogelijke waarde van deze integratie wordt echter wel erkend en toegelicht. Eveneens blijkt dat er binnen Dimence wel integratie van kosten en productie en DBC registratie plaatsvindt.

Met het beschrijven van de integratie van macro- en microniveau en HKZ certificering en DBC registratie zijn in dit hoofdstuk alle resultaten beschreven welke relevant zijn voor het beantwoorden van de deelvragen en uiteindelijk de centrale vraagstelling. In hoofdstuk 5 Conclusie vindt de confrontatie tussen bevindingen en theorie plaats.

Hoofdstuk 5 Conclusie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de centrale vraagstelling van het onderzoek beantwoord. Deze is in hoofdstuk 1 Inleiding als volgt geformuleerd:

Hoe kunnen HKZ certificering als macroconcept en DBC registratie als microconcept tot integratie komen ten einde te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit?

Om te komen tot beantwoording van de centrale vraagstelling worden in paragraaf 5.2 tot en met 5.5 de onderliggende deelvragen beantwoord door de confrontatie van de resultaten aan het theoretisch kader. Het conceptueel model van onderzoek uit paragraaf 2.4 geldt hierin als uitgangspunt. De in hoofdstuk 1 Inleiding geformuleerde deelvragen luiden als volgt:

1. Wat is de rol van HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen?
2. Wat levert de DBC registratie voor het strategisch niveau op aan sturingsinformatie ten aanzien van kwaliteit?
3. Wat zijn vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen ('loops') tussen HKZ certificering en DBC registratie in het kader van kwaliteit?
4. Hoe worden de bij deelvraag 3 beschreven verbindingen ('loops') ervaren op de werkvloer en door het strategisch management?
5. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om beide systemen te integreren?

5.2 HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen

In hoofdstuk 1 Inleiding is gesteld dat kwaliteitszorg vooral als een taak van het management wordt gezien en door de professionals wordt ervaren als 'ver van het bed' (Verheggen 2005). Vanuit de theoretische verdieping in hoofdstuk 2 Theoretisch kader is de aansluiting gemaakt van HKZ certificering op de theorie van het macrosysteem. Om te komen tot volledige en continue kwaliteitsverbetering is het echter eveneens noodzaak dat het kwaliteitssysteem afdaalt naar het microsysteem, het niveau waar de professionals de patiënten behandelen (Walburg et al. 2006). Het microsysteem is een logische plaats om de verbinding te leggen tussen strategie en het leveren van zorg (Kosnik & Espinosa 2003). Hiermee wordt bijgedragen aan het verminderen van fragmentatie in het zorgsysteem (Nelson et al. 2008). In hoofdstuk 2 Theoretisch kader zijn in tabel 1 de rubrieken en de voor dit onderzoek relevante normen van het certificatieschema voor de GGZ benoemd (Stichting HKZ 2009). Deze dienen als uitgangspunt in het beschrijven van de rol van HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen. In tabel 14 worden de bevindingen uit hoofdstuk 4 Resultaten, paragraaf 4.2, geconfronteerd aan de rubrieken en normen van het certificatieschema HKZ GGZ.

Rol HKZ certificering		
Certificatieschema HKZ GGZ (tabel 1)	Macroniveau Dimence	Microniveau Dimence (N=5)

	(kwaliteitsmanagementsysteem)	
<p>1. Afspraken over de zorgverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procesbeschrijvingen die de routes weergeven die de cliënt in de organisatie kan doorlopen - Procesbeschrijvingen hangen samen met missie, visie en beleid van organisatie - Beschrijven van risicovolle processen - Protocollen, richtlijnen en werkafspraken ten aanzien van professioneel handelen 	<p>Zorgprocessen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algemene zorgproces: <ul style="list-style-type: none"> - instroom - uitwerken zorgplan - zorg verlenen - periodiek evalueren - meten van zorg (effectmeting) - afsluiten - productieregistratie preventie en dienstverlening - Protocollen 	<p>Nauwelijks dagelijks gebruik, meer bij uitzonderingen, onvoldoende aansluiting systeem op vraag professionals</p>
<p>2. Uitvoering van de zorgverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschrijving van proces van aanmelding tot afsluiting - Wachtijd na aanmelding - Afspraken maken met cliënt over omvang, vorm en soort behandeling en dit vastleggen in behandelplan - Vastgelegde instemming van cliënt met behandelplan - Zorg leveren conform behandelplan - Zorgcoördinatie en bespreking in cliëntgebonden overleg - Evaluatie - Afsluiting in overleg met cliënt en zo nodig verwijzen naar andere zorgaanbieder - Bestaan van cliëntdossier conform wet- en regelgeving en conform professionele standaarden 	<p>Zorgprocessen</p> <p>Algemene zorgproces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instroom <ul style="list-style-type: none"> - aanmelding - screening - intake - onderzoek - voorlopige indicatiestelling - Uitwerken zorgplan <ul style="list-style-type: none"> - indicatiestelling in MDO - behandelovereenkomst - Zorg verlenen <ul style="list-style-type: none"> - matching - behandeling - Periodiek evalueren <ul style="list-style-type: none"> - evaluatie met cliënt - evaluatie in MDO - Meten van zorg (effectmeting) <ul style="list-style-type: none"> - voorbereiden en uitvoeren meting - interpreteren en rapporteren meetresultaten - Afsluiten <ul style="list-style-type: none"> - afsluiten behandelprogramma - afsluiten behandeling - uitschrijven - Productieregistratie preventie en dienstverlening <ul style="list-style-type: none"> - planning en registratie 	<p>Nauwelijks dagelijks gebruik, meer bij uitzonderingen, onvoldoende aansluiting systeem op vraag professionals</p>
<p>3. Meten, analyseren en verbeteren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meten van de behaalde resultaten in relatie tot de geformuleerde doelstellingen in rubriek 1 - Analyseren - Verbeteren 	<p>Sturen en terugkoppelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corrigeren en verbeteren - Patiënttevredenheid - Prestatie-indicatoren - Resultaten van zorg - Waardering ketenpartners 	<p>Onvoldoende aansluiten op vraag professionals (controle in plaats van leren en verbeteren), in mindere mate een middel voor inhoudelijke kwaliteitsverbetering, relatief weinig terugkoppeling op kwaliteitsthema's</p>
<p>4. Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meerjarenbeleid inclusief missie, visie, strategie - Doelgroepformulering - Kwaliteitsdoelstellingen gekoppeld aan beleid - Vaststellen organisatie-, communicatie- en besluitvormingsstructuur - Kwaliteitsmanagementsysteem: ontwikkeling, implementatie en continue verbetering - Interne audits - Beoordeling kwaliteitsmanagementsysteem door directie 	<p>Beleid en organisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meerjarencyclus - Jaarcyclus: kaderbrief - Cyclisch werken centraal - Monitoring <p>Sturen en terugkoppelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Externe en interne audits - Beoordelen kwaliteitsmanagementsysteem - Managementreview - Veilig melden 	<p>Geringe betekenis beleid, cyclus weinig zichtbaar</p> <p>Onvoldoende aansluiten op vraag professionals (controle in plaats van leren en verbeteren), in mindere mate een middel voor inhoudelijke kwaliteitsverbetering, relatief weinig terugkoppeling op kwaliteitsthema's</p>
<p>5. Medewerkers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaststellen personeelsbeleid en doelstellingen - Systeem van functiebeschrijvingen (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden) - Inwerkprogramma nieuwe medewerkers - Veiligheid van medewerkers - Meten medewerkertevredenheid - Functioneringsgesprekken 	<p>Ondersteunende processen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deelhandboek HRM <p>Sturen en terugkoppelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medewerkertevredenheid-onderzoek 	<p>Geringe betekenis, enkel deelhandboek HRM wordt genoemd</p> <p>Onvoldoende aansluiten op vraag professionals (controle in plaats van leren en verbeteren), in mindere mate een middel voor inhoudelijke kwaliteitsverbetering, relatief weinig terugkoppeling op kwaliteitsthema's</p>
<p>6. Actueel houden en vernieuwen van</p>		

zorgverlening - Vernieuwen van zorgverlening - Inventariseren van ontwikkelingen (doelgroep, werkwijzen, methodieken) - Verbeteren of innoveren van aanbod - Invoeren van nieuw aanbod		
7. Werkomgeving en materiaal - Eisen aan werkomgeving, materiaal en middelen - o.a. opslag geneesmiddelen, calamiteitenplan	Ondersteunende processen - Deelhandboek FB	Geringe betekenis, enkel deelhandboek HRM wordt genoemd
8. Inkoop en uitbesteding - Kwaliteitseisen voor inkoop en uitbesteding	Ondersteunende processen - Deelhandboek FB	Geringe betekenis, enkel deelhandboek HRM wordt genoemd
9. Documentatie - Gedocumenteerd kwaliteitsmanagementsysteem (kwaliteitshandboek)	Documentbeheer - Beheer en onderhoud van handboek en documenten	Onvoldoende weten wie beheer uitvoert, nauwelijks bekend met mogelijkheden tot reageren

Tabel 14: Rol HKZ certificering

Tabel 14 laat zien dat het kwaliteitsmanagementsysteem van Dimence grotendeels is opgezet vanuit het certificatieschema HKZ GGZ. Enkel aan rubriek 6 wordt door de organisatie geen concrete invulling gegeven in het kwaliteitsmanagementsysteem. Aangezien Dimence als organisatie beschikt over het HKZ certificaat is de genoemde aansluiting logisch te noemen. HKZ certificering is voor Dimence als kwaliteitsmanagementsysteem een middel voor het macroniveau om haar doelstellingen te behalen en aan te sluiten op de missie, visie en kernwaarden van de organisatie. Het kwaliteitsmanagementsysteem dient hiertoe als kader voor het primaire proces.

De professionals in het primaire proces zijn bekend met HKZ certificering en kunnen verschillende aspecten van het kwaliteitssysteem herkennen dan wel benoemen. Ze benoemen het handboek Dimence en hieraan onderliggend het zorgproces en protocolboek, de interne en externe audits, het patiënt- en medewerkertevredenheid-onderzoek en het beleid en de jaarplannen. Desondanks is de rol van HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen minimaal te noemen. Tabel 14 laat zien dat het kwaliteitsmanagementsysteem nauwelijks betekenis heeft voor het microsysteem. Door de externe prikkel die aan HKZ certificering ten grondslag ligt, sluit het systeem onvoldoende aan op de vraag van de professionals en is het gebruik van het kwaliteitsmanagementsysteem in de dagelijkse praktijk gering. De professionals kennen aan HKZ certificering voornamelijk een controlefunctie toe; de rol van waakhond. De eigenlijke rol van HKZ certificering, het werken aan continue kwaliteitsverbetering, wordt door de professionals onvoldoende onderkend.

5.3 DBC registratie als sturingsinformatie voor het strategisch niveau

In hoofdstuk 1 Inleiding is gesteld dat DBC registratie plaatsvindt op het laagste niveau in de organisatie, het primaire proces. De professionals registreren de activiteiten behorende bij de behandeling van de patiënt. Op basis van deze registratie wordt data gegenereerd ten aanzien van zorgproductie, kwaliteit en kosten (www.dbconderhoud.nl). Op het niveau van de organisatie wordt door het management echter niet of nauwelijks gestuurd op kwaliteitsinformatie. Het management laat zich ten aanzien van sturing vaak enkel leiden door financiële rapportages op basis van productiviteit (Walburg et al. 2006).

Vanuit de theoretische verdieping in hoofdstuk 2 Theoretisch kader is de aansluiting gemaakt van DBC registratie op de theorie van het microsysteem. Om te komen tot volledige en

continue kwaliteitsverbetering is het echter eveneens noodzaak dat de uitkomstinformatie vanuit de DBC registratie opwaarts terecht komt bij het macrosysteem, het niveau waar de strategie van de organisatie wordt gevormd en uitgedragen (Kosnik & Espinosa 2003). Hiermee wordt bijgedragen aan het verminderen van fragmentatie in het zorgsysteem.

In hoofdstuk 2 Theoretisch kader zijn in tabel 2 de kenmerken en criteria van de uitkomstinformatie vanuit de DBC registratie benoemd (Zorgverzekeraars Nederland 2009). Deze dienen als uitgangspunt in het beschrijven van de rol van DBC registratie als sturingsinformatie voor het strategisch niveau. In tabel 15 worden de bevindingen uit hoofdstuk 4 Resultaten, paragraaf 4.3, geconfronteerd aan de kenmerken en criteria van de uitkomstinformatie vanuit de DBC registratie, zoals geformuleerd door Zorgverzekeraars Nederland.

Uitkomstinformatie DBC registratie		
DBC ZN (tabel 2)	Microniveau Dimence	Macroniveau Dimence (N=5): Sturing op financiën en productie, geringe sturing op kwaliteit,. Op termijn willen sturen op:
1. Algemene kenmerken - aantal DBC's in dataset - gemiddelde kosten per DBC	DWH: DBC: DBC statistieken DWH: DBC: Opbrengstvergelijking	
2. Tijdsbesteding - doorlooptijd - wachttijd - directe tijd - indirecte tijd - totale tijd - aantal betrokken functies - aandeel groepsactiviteiten	DWH: DBC: Doorlooptijd: - gemiddelde doorlooptijd DBC's DWH: DBC: Opbrengstvergelijking: - algemene informatie: doorlooptijd - activiteitenmix - disciplinemix DWH: DBC: registratiestatistieken: - aantal geplande groepscontacten - hoeveelheid geplande indirecte tijd DWH: Productiviteit: - directe tijd (cliëntgebonden) - indirecte tijd (cliëntgebonden) - overige tijd (niet-cliëntgebonden)	- doorlooptijd - activiteitenmix - disciplinemix
3. DBC typering - zorgtype - zorgvraag (inclusief aantal) - diagnose (inclusief aantal) - nevendiagnose - GAF score (start, eind, hoogste, gemiddelde toename) - Sluitreden	AO & IC: - DSM IV classificatie - GAF score	- DSM IV classificatie - GAF score
4. Activiteitenprofiel - aantal en soort activiteit(en), bijvoorbeeld farmacotherapie, psychotherapie en vaktherapie	DWH: DBC: Opbrengstvergelijking: - activiteitenmix	- activiteitenmix
5. Functieprofiel - aantal en soort discipline(s); tijdsinvestering, bijvoorbeeld psychiater, GZ-psycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige	DWH: DBC: Opbrengstvergelijking: - disciplinemix	- disciplinemix
6. Algemene behandelkenmerken - dagbesteding - verblijf - verblijf zonder nacht - activerende begeleiding - ondersteunende begeleiding	DWH: DBC: Opbrengstvergelijking: - verblijfdagenmix - activiteitenmix DWH: DBC: Registratiestatistieken: - aantal geplande verpleegdagen	- verblijfdagenmix - activiteitenmix
7. Patiëntkenmerken - geslacht - leeftijdsklasse - gemiddelde leeftijd		
8. Zorgaanbieder - instellingstype; percentage DBC's - circuit; percentage DBC's		

Tabel 15: Uitkomstinformatie DBC registratie

Vanuit de DBC registratie in het primaire proces worden allerlei gegevens verzameld en beschikbaar gesteld in het managementinformatiesysteem Datawarehouse of door het organisatieonderdeel Administratieve Organisatie & Interne Controle. Wanneer deze data wordt geconfronteerd met de kenmerken en criteria van de uitkomst informatie vanuit de DBC registratie, zoals weergegeven in tabel 15, dan komen deze grotendeels met elkaar overeen. Dit geldt in het bijzonder voor de kenmerken 1 tot en met 6. Het daadwerkelijke gebruik van DBC registratie in de sturing door het strategisch niveau is desondanks minimaal te noemen. De sturing door het macroniveau vindt vooral plaats op financiën en productie. Sturing op kwaliteit is op dit moment ondergeschikt. De geïnterviewden geven aan hiertoe op termijn wel mogelijkheden te zien op basis van de managementinformatie vanuit de DBC registratie. Zij noemen: activiteitenmix, disciplinemix, verblijfdagenmix, doorlooptijd, wachttijd, 'no show', behandelplan, DSM IV classificatie, en GAF score. De DBC registratie wordt nog onvoldoende benut ten behoeve van hetgeen de organisatie wil en hoe zij dit wil bereiken: de strategie. Wel wordt door het macroniveau nadrukkelijk de wens hiertoe uitgesproken.

5.4 Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering – DBC registratie

In hoofdstuk 2 Theoretisch kader zijn vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen ('loops') tussen het macro- en microsysteem en tussen HKZ certificering en DBC registratie beschreven. Hiermee is deelvraag 3 beantwoord. In deze paragraaf worden de ervaren verbindingen vanuit de praktijk geconfronteerd aan de geformuleerde verbindingen vanuit de theorie. In subparagraaf 5.4.1 wordt gestart met het beschrijven van de wederzijdse verbindingen tussen de bovenliggende concepten macro- en microniveau. Vervolgens worden in subparagraaf 5.4.2 de wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie besproken. De paragraaf eindigt met een korte samenvatting in subparagraaf 5.4.3.

5.4.1 Wederzijdse verbindingen ('loops') macrosysteem – microsysteem

De wederzijdse 'loops' tussen het macro- en microsysteem zijn vanuit de theorie beschreven (2.3.1 en 2.3.2). In tabel 16 wordt de theoretische analyse kort samengevat.

'Loop' macro-micro: strategisch sturen	'Loop' micro-macro: sturen op uitkomsten
Management van processen: - focus op procesverbetering	Management van uitkomsten: - zichtbaar of werk op juiste manier wordt gedaan, of doelstellingen worden bereikt
Feedforward: - inspelen op vooraf verkrijgbare informatie, kaderstellend en voorschrijvend	Feedback: tweeledige terugkoppeling: - binnen microsysteem: eerste feedbackcyclus - naar strategisch management (= input voor sturing)
Plan: - wat de organisatie van plan is moet terugkomen in hetgeen gemeten wordt in de resultaatsgebieden	Check: - bijstellen plannen op strategisch niveau
Gedrag en cultuur: - Actieve betrokkenheid topmanagement - Management moet laten zien dat informatie gebruikt wordt voor sturing - Managers moeten betrokken zijn bij forecasting en moeten vertrouwen hebben in deze forecasting	Gedrag en cultuur: - Management betrokken bij managementrapportage - Managementrapportage begrijpen - Managementrapportage vertrouwen

Tabel 16: Wederzijdse verbindingen ('loops') macrosysteem – microsysteem vanuit theorie

In tabel 17 wordt voor beide ‘loops’ de confrontatie van de bevindingen uit hoofdstuk 4 Resultaten, subparagraaf 4.2.2 en 4.3.2, aan de theorie weergegeven. De opbouw van de tabel is als volgt. De theoretische thema’s uit tabel 16 zijn overgenomen, onder elk van deze thema’s wordt een samenvatting gegeven van de bevindingen uit de praktijk. Op basis van de confrontatie tussen beide is door de onderzoeker een kleur toegekend welke een indicatie geeft van de mate waarin de bevindingen aansluiten op de theorie. Er is gekozen voor de kleuren groen, oranje en rood (vgl. stoplicht), waarbij in tabel 17 de kleur rood op geen van de thema’s van toepassing bleek. Het kleurgebruik kan de indruk wekken dat hiermee ‘harde’ uitspraken worden gedaan, dit is echter geenszins het geval. De kleur geeft slechts een indicatie. Het doel van de onderzoeker is dat in één oogopslag een indruk kan worden verkregen van de stand van zaken.

'Loop' macro-micro: strategisch sturen	'Loop' micro-macro: sturen op uitkomsten
Management van processen: - focus op procesverbetering	Management van uitkomsten: - zichtbaar of werk op juiste manier wordt gedaan, of doelstellingen worden bereikt
HKZ certificering als kwaliteitsmanagementsysteem: - beschrijven en vastleggen van processen - focus op verbeteren van processen: leren en verbeteren	Uitkomstinformatie wordt gegenereerd in Datawarehouse en door het organisatieonderdeel Administratieve Organisatie & Interne Controle. - uitkomstinformatie wordt (deels) gebruikt voor terugkoppeling naar micro- en macrosysteem
Feedforward: - inspelen op vooraf verkrijgbare informatie - kaderstellend en voorschrijvend	Feedback: tweeledige terugkoppeling: - binnen microsysteem: eerste feedbackcyclus - naar strategisch management (= input voor sturing)
Inspelen op vooraf verkrijgbare informatie kan verder geoptimaliseerd worden. Niet alle beschikbare uitkomstinformatie wordt gebruikt voor feedforward. Kwaliteitsmanagementsysteem: - is kaderstellend - schrijft voor hoe te handelen	Eerste feedbackcyclus: - terugkoppeling van productiviteit naar microsysteem - gemis aan terugkoppeling van de kwaliteit van de geleverde zorg, behoefte aan feedback op kwaliteitsparameters Strategisch management: - terugkoppeling wordt als voldoende ervaren
Plan: - wat de organisatie van plan is moet terugkomen in hetgeen gemeten wordt in de resultaatsgebieden	Check: - bijstellen plannen op strategisch niveau
Macrosysteem werkt met Plan-Do-Check-Act-cyclus - in beleidscyclus is zichtbaar dat plan wordt ingezet op basis van check - check komt in zekere mate voort uit plan, bijvoorbeeld de audits - de wederzijdse koppeling tussen plan en check kan nauwer op elkaar aansluiten	Macrosysteem stuurt voornamelijk op financiën en productie, geringe sturing op kwaliteit: - bijstellen plannen naar aanleiding van check vindt vooral plaats waar het gaat om financiën en productie
Gedrag en cultuur: - Actieve betrokkenheid topmanagement - Management moet laten zien dat informatie gebruikt wordt voor sturing - Managers moeten betrokken zijn bij forecasting en moeten vertrouwen hebben in deze forecasting	Gedrag en cultuur: - Management betrokken bij managementrapportage - Managementrapportage begrijpen - Managementrapportage vertrouwen
- Macrosysteem is (eind)verantwoordelijk voor het kwaliteitsmanagementsysteem - Kwaliteitsmanagementsysteem is zichtbaar voor microsysteem. Gebruik van informatie voor sturing is in mindere mate zichtbaar. - Beleidscyclus (incl. meerjarenplan en jaarplan) wordt geformuleerd en uitgedragen door macrosysteem.	- Macrosysteem heeft toegang tot Datawarehouse - Macrosysteem maakt gebruik van Datawarehouse en begrijpt de uitkomstinformatie - Macrosysteem heeft vertrouwen in de informatie: uitkomstinformatie geeft representatief beeld van werkelijkheid

Tabel 17: Wederzijdse verbindingen ('loops') macrosysteem – microsysteem: confrontatie van bevindingen aan theorie

De tabel laat zien dat in zowel de ‘loop’ van macro- naar microniveau als van micro- naar macroniveau mogelijkheden liggen ter verbetering (de oranje gekleurde thema’s). Beide ‘loops’ lijken op dit moment niet optimaal te functioneren. In paragraaf 5.5 worden aanbevelingen tot verbetering gedaan.

5.4.2 Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering – DBC registratie

In hoofdstuk 2 Theoretisch kader zijn de wederzijdse 'loops' tussen HKZ certificering en DBC registratie zichtbaar gemaakt in de tabellen 3 (2.3.1) en 4 (2.3.2). Deze tabellen laten vanuit de theorie het optimale beeld zien van de wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie. In deze subparagraaf worden de tabellen 3 en 4 als uitgangspunt genomen in de confrontatie tussen theorie en bevindingen. Voor de weergave van de bevindingen wordt gebruik gemaakt van de tabellen 14 (5.2) en 15 (5.3).

Deze subparagraaf bestaat uit twee delen:

- Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering (macro) – DBC registratie (micro)
- Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering (micro) – DBC registratie (macro)

Het eerste gedeelte laat de mogelijke wederzijdse verbindingen zien tussen HKZ certificering en DBC registratie op basis van het huidige kwaliteitsmanagementsysteem en managementinformatiesysteem bij een optimale neerwaartse 'loop' van HKZ certificering naar het microniveau en een optimale opwaartse 'loop' van DBC registratie naar het macroniveau. In het tweede gedeelte worden op basis van deelvraag 1 en 2 de huidige wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie binnen Dimence beschreven. In paragraaf 5.5 worden aanbevelingen gedaan om van de huidige naar de optimaal mogelijke verbindingen te komen.

Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering (macro) – DBC registratie (micro)

Zoals gezegd richt dit deel zich op de mogelijke wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie op basis van het huidige kwaliteitsmanagementsysteem en managementinformatiesysteem bij een optimale neerwaartse 'loop' van HKZ certificering naar het microniveau en een optimale opwaartse 'loop' van DBC registratie naar het macroniveau. Hiertoe worden de tweede kolommen van tabel 14 en 15 geconfronteerd aan de tabellen 3 en 4. De tweede kolom van tabel 14 geeft de rol van HKZ certificering op macroniveau weer, die van tabel 15 het genereren van managementinformatie op basis van DBC registratie door het microniveau. Op basis van de confrontatie tussen theorie en bevindingen in de tabellen 14 en 15 is door de onderzoeker een kleur toegekend welke een indicatie geeft van de mate waarin de bevindingen aansluiten op de theorie. Er is gekozen voor de kleuren groen, oranje en rood (vgl. stoplicht). Het gebruik van deze kleuren kan de indruk wekken dat hiermee 'harde' uitspraken worden gedaan, dit is echter geenszins het geval. De kleur geeft slechts een indicatie. Het doel van de onderzoeker is dat in één oogopslag een indruk kan worden verkregen van de stand van zaken.

Tabel 18 is tekstueel gelijk aan tabel 3 en laat zien op welke kenmerken van DBC registratie de normen van het certificeringschema HKZ GGZ kaderstellend zijn vanuit management van processen. De tabel geeft de 'loop' tussen HKZ certificering en DBC registratie weer. De toewijzing van de kleur aan de rubrieken van het HKZ certificeringschema HKZ GGZ heeft plaatsgevonden op basis van de tweede kolom van tabel 14: rol van HKZ certificering op macroniveau. De kleur is toegekend aan een rubriek als geheel, aangezien deze de constante vormen in de tabel. De kleurstelling van de kenmerken van DBC registratie is gebaseerd op de uitkomsten in de tweede kolom van tabel 15: het genereren van managementinformatie op basis van DBC registratie door het microniveau. Aangezien de kenmerken de variabelen vormen in deze tabel, is per kenmerk een kleur toegekend.

HKZ certificering (macro) → Management van processen/Feedforward (Plan) → DBC registratie (micro)	
1. Afspraken over de zorgverlening - procesbeschrijvingen die de routes weergeven die de cliënt in de organisatie kan doorlopen - protocollen, richtlijnen en werkafspraken ten aanzien van professioneel handelen	- tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken
2. Uitvoering van de zorgverlening - beschrijving van proces van aanmelding tot afsluiting - wachttijd na aanmelding - afspraken maken met cliënt over omvang, vorm en soort behandeling en dit vastleggen in behandelplan - vastgelegde instemming van cliënt met behandelplan - zorg leveren conform behandelplan - zorgcoördinatie en bespreking in cliëntgebonden overleg - evaluatie - afsluiting in overleg met cliënt en zo nodig verwijzen naar andere zorgaanbieder	- tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - tijdsbesteding - tijdsbesteding, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - activiteitenprofiel - tijdsbesteding, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - activiteitenprofiel - activiteitenprofiel - DBC typering, activiteitenprofiel
3. Meten, analyseren en verbeteren	
4. Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem - doelgroepformulering	- algemene kenmerken, DBC typering
5. Medewerkers - systeem van functiebeschrijvingen (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden)	- activiteitenprofiel, functieprofiel
6. Actueel houden en vernieuwen van zorgverlening - inventariseren van ontwikkelingen (doelgroep, werkwijzen, methodieken) - invoeren van nieuw aanbod	- algemene kenmerken, tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken, patiëntkenmerken, zorgaanbieder - algemene kenmerken, tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken, patiëntkenmerken, zorgaanbieder
7. Werkomgeving en materiaal	
8. Inkoop en uitbesteding	
9. Documentatie	

Tabel 18: Verbinding ('loop') tussen HKZ certificering (macro) en DBC registratie (micro): confrontatie bevindingen aan theorie

Tabel 18 laat zien dat er op de rubrieken 1 tot en met 5 verbindingen zijn tussen HKZ certificering en DBC registratie. Op de kenmerken 'tijdsbesteding', 'activiteitenprofiel', 'functieprofiel' en 'algemene kenmerken' zijn de rubrieken van het certificeringschema HKZ GGZ kaderstellend te noemen. Ter illustratie: 'wachttijd na aanmelding' (rubriek 2) geeft een norm ten aanzien van de toegestane wachttijd en is hiermee voorschrijvend op het kenmerk 'tijdsbesteding'. Op de kenmerken 'DBC typering', 'algemene behandelkenmerken', 'patiëntkenmerken' en 'zorgaanbieder' zijn de rubrieken slechts in mindere mate kaderstellend te noemen. Aan rubriek 6 wordt door Dimence geen concrete invulling gegeven, terwijl voor deze rubriek deels wel managementinformatie vanuit de DBC registratie beschikbaar is. Voor de rubrieken 7 tot en met 9 wordt geen managementinformatie gegenereerd vanuit de DBC registratie.

Tabel 19 is tekstueel gelijk aan tabel 4 en laat zien over welke rubrieken van het certificeringschema HKZ GGZ de DBC registratie uitkomstinformatie, en dus terugkoppeling, geeft. De tabel geeft de 'loop' tussen DBC registratie en HKZ certificering weer. De toewijzing van de kleur aan de kenmerken van DBC registratie heeft plaatsgevonden op basis van de tweede kolom van tabel 15: het genereren van managementinformatie vanuit DBC registratie door het microniveau. De kleur is toegekend aan een kenmerk als geheel, aangezien deze de constante vormen in de tabel. De kleurstelling van de rubrieken van HKZ certificering is gebaseerd op de uitkomsten in de tweede kolom van tabel 14: de rol van HKZ certificering in het macrosysteem. Aangezien de rubrieken de variabelen vormen in deze tabel, is per rubriek een kleur toegekend.

DBC registratie (micro) → Management van uitkomsten/Feedback (Check) → HKZ certificering (macro)	
1. Algemene kenmerken - aantal DBC's in dataset	1. beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
2. Tijdsbesteding - doorlooptijd - wachttijd - directe tijd - indirecte tijd - totale tijd - aantal betrokken functies - aandeel groepsactiviteiten	2. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening
3. DBC typering - zorgtype - zorgvraag (inclusief aantal) - diagnose (inclusief aantal) - nevendiagnose - GAF score (start, eind, hoogste, gemiddelde toename) - sluitreden	3. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
4. Activiteitenprofiel - aantal en soort activiteit(en), bijvoorbeeld farmacotherapie, psychotherapie en vaktherapie	4. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening, medewerkers
5. Functieprofiel - aantal en soort discipline(s); tijdsinvestering, bijvoorbeeld psychiater, GZ-psycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige	5. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, medewerkers
6. Algemene behandelkenmerken - dagbesteding - verblijf - verblijf zonder nacht - activerende begeleiding - ondersteunende begeleiding	6. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van de zorgverlening
7. Patiëntkenmerken - geslacht - leeftijdsklasse - gemiddelde leeftijd	7. beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
8. Zorgaanbieder - instellingstype; percentage DBC's - circuit; percentage DBC's	8. afspraken over de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van de zorgverlening

Tabel 19: Verbinding ('loop') tussen DBC registratie (micro) en HKZ certificering (macro): confrontatie bevindingen aan theorie

Tabel 19 laat zien dat er op de kenmerken 1, 2, 4 en 5 verbindingen zijn tussen DBC registratie en HKZ certificering. Over de rubrieken 'afspraken over de zorgverlening', 'uitvoering van de zorgverlening', 'beleid en kwaliteitsmanagementsysteem' en 'medewerkers' geeft de DBC registratie uitkomst informatie en dus terugkoppeling. Ter illustratie: het criterium 'wachttijd' (kenmerk 2) geeft terugkoppeling op de norm 'wachttijd na aanmelding' (rubriek 2) en vormt hiermee de check op basis waarvan bijstelling kan plaatsvinden. Voor de kenmerken 3 en 6 zijn de verbindingen tussen DBC registratie en HKZ certificering er in mindere mate. Op de kenmerken 7 en 8 wordt door Dimence geen managementinformatie gegenereerd vanuit de DBC registratie, terwijl deze managementinformatie wel als check zou kunnen dienen op enkele rubrieken van het certificeringschema.

Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering (micro) – DBC registratie (macro)

Voorgaand zijn de mogelijke wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie op basis van het huidige kwaliteitsmanagementsysteem en managementinformatiesysteem bij een optimale neerwaartse 'loop' van HKZ certificering naar het microniveau en een optimale opwaartse 'loop' van DBC registratie naar het macroniveau besproken. In dit deel worden de huidige wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie beschreven door de koppeling te maken met de uitkomsten van

deelvraag 1 en 2. Hiertoe worden de derde kolommen van tabel 14 en 15 (bevindingen) geconfronteerd aan de tabellen 3 en 4 (theorie). De derde kolom van tabel 14 geeft de rol van HKZ certificering op microniveau weer, die van tabel 15 het gebruik van de DBC registratie als sturingsinformatie voor het macroniveau. Op basis van de confrontatie tussen theorie en bevindingen in de tabellen 14 en 15 is door de onderzoeker een kleur toegekend welke een indicatie geeft van de mate waarin de bevindingen aansluiten op de theorie. Er is gekozen voor de kleuren groen, oranje en rood (vgl. stoplicht) waarbij in de tabellen 20 en 21 de kleur groen op geen van de rubrieken en kenmerken van toepassing bleek. Het kleurgebruik kan de indruk wekken dat er 'harde' uitspraken worden gedaan, dit is echter geenszins het geval. De kleur geeft slechts een indicatie. Het doel van de onderzoeker is dat in één oogopslag een indruk kan worden verkregen van de stand van zaken.

Tabel 20 is tekstueel gelijk aan tabel 3 en laat zien op welke kenmerken van DBC registratie de normen van het certificeringschema HKZ GGZ kaderstellend zijn vanuit management van processen. De tabel geeft de 'loop' tussen HKZ certificering en DBC registratie weer. De toewijzing van de kleur aan de rubrieken van het HKZ certificeringschema HKZ GGZ heeft plaatsgevonden op basis van de derde kolom van tabel 14: rol van HKZ certificering op microniveau. De kleur is toegekend aan een rubriek als geheel, aangezien deze de constante vormen in de tabel. De kleurstelling van de kenmerken van DBC registratie is gebaseerd op de uitkomsten in de derde kolom van tabel 15: het gebruik van DBC registratie als sturingsinformatie voor het macroniveau. Aangezien de kenmerken de variabelen vormen in deze tabel, is per kenmerk een kleur toegekend.

HKZ certificering (micro) → Management van processen/Feedforward (Plan) → DBC registratie (macro)	
1. Afspraken over de zorgverlening - procesbeschrijvingen die de routes weergeven die de cliënt in de organisatie kan doorlopen - protocollen, richtlijnen en werkafspraken ten aanzien van professioneel handelen	- tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken
2. Uitvoering van de zorgverlening - beschrijving van proces van aanmelding tot afsluiting - wachttijd na aanmelding - afspraken maken met cliënt over omvang, vorm en soort behandeling en dit vastleggen in behandelplan - vastgelegde instemming van cliënt met behandelplan - zorg leveren conform behandelplan - zorgcoördinatie en bespreking in cliëntgebonden overleg - evaluatie - afsluiting in overleg met cliënt en zo nodig verwijzen naar andere zorgaanbieder	- tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - tijdsbesteding - tijdsbesteding, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - activiteitenprofiel - tijdsbesteding, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken - activiteitenprofiel - activiteitenprofiel - DBC typering, activiteitenprofiel
3. Meten, analyseren en verbeteren	
4. Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem - doelgroepformulering	- algemene kenmerken, DBC typering
5. Medewerkers - systeem van functiebeschrijvingen (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden)	- activiteitenprofiel, functieprofiel
6. Actueel houden en vernieuwen van zorgverlening - inventariseren van ontwikkelingen (doelgroep, werkwijzen, methodieken) - invoeren van nieuw aanbod	- algemene kenmerken, tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken, patiëntkenmerken, zorgaanbieder - algemene kenmerken, tijdsbesteding, DBC typering, activiteitenprofiel, functieprofiel, algemene behandelkenmerken, patiëntkenmerken, zorgaanbieder
7. Werkomgeving en materiaal	
8. Inkoop en uitbesteding	
9. Documentatie	

Tabel 20: Verbinding ('loop') tussen HKZ certificering (micro) en DBC registratie (macro): confrontatie bevindingen aan theorie

Tabel 20 laat zien dat er binnen Dimence in de huidige situatie nauwelijks verbindingen liggen tussen HKZ certificering op microniveau en de sturing op basis van DBC registratie door het macroniveau. De rol van HKZ certificering op microniveau is gering, evenals het gebruik van managementinformatie vanuit de DBC registratie door het macroniveau.

Tabel 21 is tekstueel gelijk aan tabel 4 en laat zien over welke rubrieken van het certificeringsschema HKZ GGZ de DBC registratie uitkomst informatie, en dus terugkoppeling, geeft. De tabel geeft de 'loop' tussen DBC registratie en HKZ certificering weer. De toewijzing van de kleur aan de kenmerken van DBC registratie heeft plaatsgevonden op basis van de derde kolom van tabel 15: het gebruik van DBC registratie als sturingsinformatie voor het macroniveau. De kleur is toegekend aan een kenmerk als geheel, aangezien deze de constante vormen in de tabel. De kleurstelling van de rubrieken van HKZ certificering is gebaseerd op de uitkomsten in de derde kolom van tabel 14: de rol van HKZ certificering in het microsysteem. Aangezien de rubrieken de variabelen vormen in deze tabel, is per rubriek een kleur toegekend.

DBC registratie (macro) → Management van uitkomsten/Feedback (Check) → HKZ certificering (micro)	
1. Algemene kenmerken - aantal DBC's in dataset	1. beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
2. Tijdsbesteding - doorlooptijd - wachttijd - directe tijd - indirecte tijd - totale tijd - aantal betrokken functies - aandeel groepsactiviteiten	2. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening
3. DBC typering - zorgtype - zorgvraag (inclusief aantal) - diagnose (inclusief aantal) - nevendiagnose - GAF score (start, eind, hoogste, gemiddelde toename) - sluitreden	3. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
4. Activiteitenprofiel - aantal en soort activiteit(en), bijvoorbeeld farmacotherapie, psychotherapie en vaktherapie	4. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening, medewerkers
5. Functieprofiel - aantal en soort discipline(s); tijdsinvestering, bijvoorbeeld psychiater, GZ-psycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige	5. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, medewerkers
6. Algemene behandelkenmerken - dagbesteding - verblijf - verblijf zonder nacht - activerende begeleiding - ondersteunende begeleiding	6. afspraken over de zorgverlening, uitvoering van de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van de zorgverlening
7. Patiëntkenmerken - geslacht - leeftijdsklasse - gemiddelde leeftijd	7. beleid en kwaliteitsmanagementsysteem, actueel houden en vernieuwen van zorgverlening
8. Zorgaanbieder - instellingstype; percentage DBC's - circuit; percentage DBC's	8. afspraken over de zorgverlening, actueel houden en vernieuwen van de zorgverlening

Tabel 21: Verbinding ('loop') tussen DBC registratie (macro) en HKZ certificering (micro): confrontatie bevindingen aan theorie

Het beeld vanuit tabel 21 is vergelijkbaar met het beeld vanuit tabel 20. Binnen Dimence liggen in de huidige situatie nauwelijks verbindingen tussen sturing op basis van DBC registratie door het macroniveau en HKZ certificering op microniveau. Het gebruik van

managementinformatie vanuit de DBC registratie door het macroniveau is gering, evenals de rol van HKZ certificering op microniveau.

5.4.3 Samenvatting

In hoofdstuk 2 Theoretisch kader zijn vanuit de theorie de wederzijdse verbindingen ('loops') tussen het macro- en microsysteem en tussen HKZ certificering en DBC registratie beschreven. Hiermee is deelvraag 3 beantwoord. In deze paragraaf zijn de ervaren verbindingen vanuit de praktijk geconfronteerd aan de geformuleerde verbindingen vanuit de theorie. Er is gestart met het beschrijven van de wederzijdse verbindingen tussen de bovenliggende concepten macro- en microniveau. Hieruit is gebleken dat zowel in de 'loop' van macro- naar microniveau als van micro- naar macroniveau mogelijkheden liggen ter verbetering. Beide 'loops' lijken op dit moment niet optimaal te functioneren. In paragraaf 5.5 worden aanbevelingen tot verbetering gedaan.

Vervolgens zijn de wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie in twee gedeelten besproken:

- Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering (macro) – DBC registratie (micro)
- Wederzijdse verbindingen ('loops') HKZ certificering (micro) – DBC registratie (macro)

In het eerste gedeelte zijn de mogelijke wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie op basis van het huidige kwaliteitsmanagementsysteem en managementinformatiesysteem bij een optimale neerwaartse 'loop' van HKZ certificering naar het microniveau en een optimale opwaartse 'loop' van DBC registratie naar het macroniveau weergegeven. In het tweede gedeelte zijn op basis van deelvraag 1 en 2 de huidige wederzijdse verbindingen tussen HKZ certificering en DBC registratie binnen Dimence beschreven. Deze wederzijdse verbindingen zijn echter nauwelijks aanwezig, doordat de rol van HKZ certificering op microniveau gering is, evenals het gebruik van managementinformatie vanuit de DBC registratie door het macroniveau. De wederzijdse 'loops' tussen macro- en microniveau dienen te worden geoptimaliseerd. In paragraaf 5.5 worden aanbevelingen gedaan om van de huidige naar de optimaal mogelijke verbindingen te komen op basis van het huidige kwaliteitsmanagement- en managementinformatiesysteem.

5.5 Aanbevelingen tot integratie van beide systemen

In de paragrafen 5.2 tot en met 5.4 zijn de deelvragen 1 tot en met 4 beantwoord. In deze paragraaf worden op basis van de voorgaande paragrafen en de bevindingen uit paragraaf 4.4 aanbevelingen gedaan om HKZ certificering en DBC registratie te integreren. Hiermee wordt deelvraag 5 beantwoord.

De aanbevelingen 1 en 2 komen voort vanuit de bevindingen in paragraaf 4.4 waarin is gebleken dat de thema's 'communicatie' en 'cultuur' overkoepelend van invloed zijn op de integratie van micro- en macroniveau. Ook aanbeveling 7 wordt gedaan op basis van de bevindingen in de genoemde paragraaf. Aanbevelingen 3 tot en met 6 komen voort vanuit de beantwoording van de deelvragen 1 tot en met 4.

De aanbevelingen die worden gedaan om te komen tot integratie van beide systemen luiden als volgt:

Aanbeveling 1: verbeteren communicatie

Vanuit de bevindingen in subparagraaf 4.4.1 blijkt dat het microniveau enerzijds behoefte heeft aan meer en andersoortige informatie vanuit het macroniveau. De professionals hechten belang aan voorgeïnformeerd worden en feedback krijgen. Het macroniveau wordt geadviseerd op deze behoefte in te spelen en het kwaliteitsmanagementsysteem meer te laten aansluiten op de vraag van de professionals. Anderzijds geven de professionals aan zelf weinig actief te zijn in de adoptie van informatie. Door het macroniveau wordt het belang van dialoog benadrukt, waarbij elk niveau een eigen verantwoordelijkheid heeft: de haal- en brengplicht. Aangezien het concept communicatie geen plek heeft in het theoretisch kader van dit onderzoek, strekt het tot aanbeveling nader onderzoek te verrichten om vanuit de theorie te komen tot concrete aanbevelingen gericht op het verbeteren van communicatie. Vanuit de bevindingen worden door geïnterviewden op macro- en microniveau de volgende aanbevelingen gedaan (4.4.1):

- Dialoog aan (blijven) gaan. Het macro- en microniveau moeten elkaar blijven voeden: circulair zijn en betrokkenheid hebben op elkaar.
- Invoering van het 'Medezeggenschap (MZ) plus' traject. Met dit traject wordt de medezeggenschap op de werkvloer beter vorm gegeven, zodat de beleidsvorming ontstaat in het primaire proces en daarmee het draagvlak voor besluitvorming is geborgd. Dimence is onlangs met het 'MZ plus' traject gestart.
- Betrekken van het mesoniveau van de organisatie, zij moeten zich (gaan) opstellen als *"ambassadeurs met durf"*.
- Gebruik maken van de vakgroepen als professioneel dispuut.

Aanbeveling 2: stimuleren van cultuur van leren en verbeteren

Vanuit de bevindingen in subparagraaf 4.4.1 blijkt dat de cultuur door het microniveau wordt ervaren als een cultuur van controle. De Waal (2003) geeft aan dat een cultuur van controle en verantwoording een belemmerende werking heeft. Het macroniveau beschrijft de verschuiving van een cultuur van controle naar een cultuur van leren en verbeteren. Een cultuur van leren en verbeteren is succesvol (Franco & Bourne 2003). Aangezien het concept cultuur nauwelijks een plek kent in het theoretisch kader van dit onderzoek, strekt het tot aanbeveling nader onderzoek te verrichten om vanuit de theorie te komen tot concrete aanbevelingen gericht op het stimuleren van de overgang van een cultuur van voornamelijk controle naar een cultuur van leren en verbeteren. Vanuit de bevindingen worden door geïnterviewden op macro- en microniveau de volgende aanbevelingen gedaan (4.4.1):

- Continue en frequente feedback tussen de verschillende niveaus. Op basis van deze feedback kan participatie en uiteindelijk het leren plaatsvinden op alle niveaus in de organisatie.
- Innovatie, bijvoorbeeld in de vorm van projecten, geeft het leren en verbeteren een extra impuls.

Aanbeveling 3: optimaliseren feedforward, plan, gedrag & cultuur

In subparagraaf 5.4.1 is gesteld dat in de 'loop' van macro- naar microniveau mogelijkheden liggen voor verbetering ten aanzien van de thema's:

- Feedforward
Het inspelen op vooraf verkrijgbare informatie kan verder worden geoptimaliseerd door het macroniveau. Op dit moment wordt niet alle beschikbare uitkomst informatie gebruikt voor feedforward. Het macroniveau kan de thema's van het managementinformatie-systeem hierin als uitgangspunt nemen. Aandachtspunt is dat de uitkomsten ten aanzien van kwaliteit hierin worden meegenomen en niet enkel uitkomst informatie met betrekking tot financiën en productie leidend is.
- Plan
De wederzijdse koppeling tussen plan en check kan nauwer op elkaar worden afgestemd. Een mogelijkheid hiertoe is om de thema's van de processen en uitkomsten op elkaar te laten aansluiten door het gebruik van dezelfde terminologie.
- Gedrag & cultuur
De zichtbaarheid van het gebruik van managementinformatie voor sturing door het macroniveau kan verder worden geoptimaliseerd. Voor het microniveau is dit gebruik niet altijd zichtbaar. De zichtbaarheid kan worden vergroot door bijvoorbeeld in de beleidscyclus concreet terug te grijpen op uitkomst informatie en de invloed van deze uitkomst informatie op het huidige beleid. De jaarlijkse kaderbrief kan hiertoe een middel zijn.

Aanbeveling 4: optimaliseren management van uitkomsten, feedback, check

In subparagraaf 5.4.1 is gesteld dat in de 'loop' van micro- naar macroniveau mogelijkheden liggen voor verbetering ten aanzien van de thema's:

- Management van uitkomsten
De uitkomst informatie wordt gegenereerd in Datawarehouse en door het organisatie-onderdeel Administratieve Organisatie & Interne Controle. De uitkomst informatie is beschikbaar, maar wordt slechte deels gebruikt voor terugkoppeling en sturing.
- Feedback
Feedback vindt tweeledig plaats. Binnen de eerste feedbackcyclus wordt terugkoppeling gegeven aan het microsysteem. De professionals binnen Dimence krijgen terugkoppeling op hun productiviteit. Zij geven aan terugkoppeling van kwaliteitsinformatie te missen. Het strekt tot aanbeveling dat de professionals ook inzicht krijgen in deze parameters via hun eigen pagina in het Datawarehouse. Hiermee wordt de eerste feedbackcyclus verder geoptimaliseerd en zo ook het algehele functioneren van het microsysteem waardoor kwaliteitsverbetering tot stand kan komen (Zuurbier & Krabbe-Alkemade 2007). Ook de managementinformatie voor het lijnmanagement is op dit moment niet optimaal te noemen. Inmiddels is een intern rapport geschreven gericht op het anders organiseren van de managementinformatie, namelijk op basis van de Balanced Scorecard. Hiermee wordt het gebruik en de toegankelijkheid gestimuleerd. Het is positief dat deze ontwikkeling is ingezet. Het strategisch niveau geeft aan voldoende terugkoppeling te krijgen.
- Check
Door het macroniveau wordt voornamelijk gestuurd op financiën en productie en slechts in geringe mate op kwaliteit. Het bijstellen van plannen naar aanleiding van check vindt vooral plaats waar het gaat om financiën en productie. Het strekt tot aanbeveling hierin ook aandacht te hebben voor de uitkomst informatie ten aanzien van kwaliteit van zorg.

Aanbeveling 5: geven van concrete invulling aan rubriek 6 certificeringschema HKZ GGZ in kwaliteitsmanagementsysteem

In paragraaf 5.2 is gebleken dat aan rubriek 6 van het certificeringschema HKZ GGZ geen concrete invulling wordt gegeven door Dimence in het kwaliteitsmanagementsysteem. Rubriek 6 betreft het actueel houden en vernieuwen van zorgverlening. Wel blijkt vanuit subparagraaf 5.4.2 dat er managementinformatie beschikbaar is welke de check kan vormen en van invloed kan zijn op de plan van de normen van deze rubriek. Het strekt tot aanbeveling dat Dimence op basis van deze bevinding een keuze maakt ten aanzien van het al dan niet concreet invullen van rubriek 6.

Aanbeveling 6: vanuit DBC registratie genereren van managementinformatie op kenmerken 7,8,3 en 6 uitkomst-informatie DBC Zorgverzekeraars Nederland

Vanuit paragraaf 5.3 blijkt dat er binnen Dimence vanuit de DBC registratie in mindere mate managementinformatie wordt gegenereerd op de kenmerken 7,8,3 en 6 van de uitkomst-informatie DBC Zorgverzekeraars Nederland. De kenmerken betreffen: 7 'patiëntkenmerken', 8 'zorgaanbieder', 3 'DBC typering' en 6 'algemene behandelkenmerken'. Uit subparagraaf 5.4.2 is echter gebleken dat deze managementinformatie wel als check zou kunnen dienen op enkele rubrieken van het certificeringschema HKZ GGZ. Het strekt tot aanbeveling dat Dimence op basis van deze bevinding een keuze maakt ten aanzien van het al dan niet genereren van managementinformatie op de genoemde kenmerken.

Aanbeveling 7: expliciet maken van integratie van HKZ certificering en DBC registratie in de structuur van de organisatie (vorm)

Naast de aanbevelingen gericht op het tot integratie komen van HKZ certificering en DBC registratie (inhoud) is het eveneens van belang deze integratie expliciet te maken binnen de structuur van de organisatie (vorm). Vanuit subparagraaf 4.4.2 is gebleken dat er op dit moment binnen Dimence geen expliciete integratie van HKZ certificering en DBC registratie plaatsvindt. Het strekt tot aanbeveling deze expliciet te maken in het kwaliteitsmanagement- en het managementinformatiesysteem, mogelijk op vergelijkbare wijze als de in subparagraaf 4.4.2 genoemde integratie van kosten en productie en DBC registratie.

Met het doen van aanbevelingen in deze paragraaf is ook deelvraag 5 beantwoord. Nu alle deelvragen zijn beantwoord kan in de volgende paragraaf worden overgegaan tot het beantwoorden van de centrale vraagstelling van dit onderzoek.

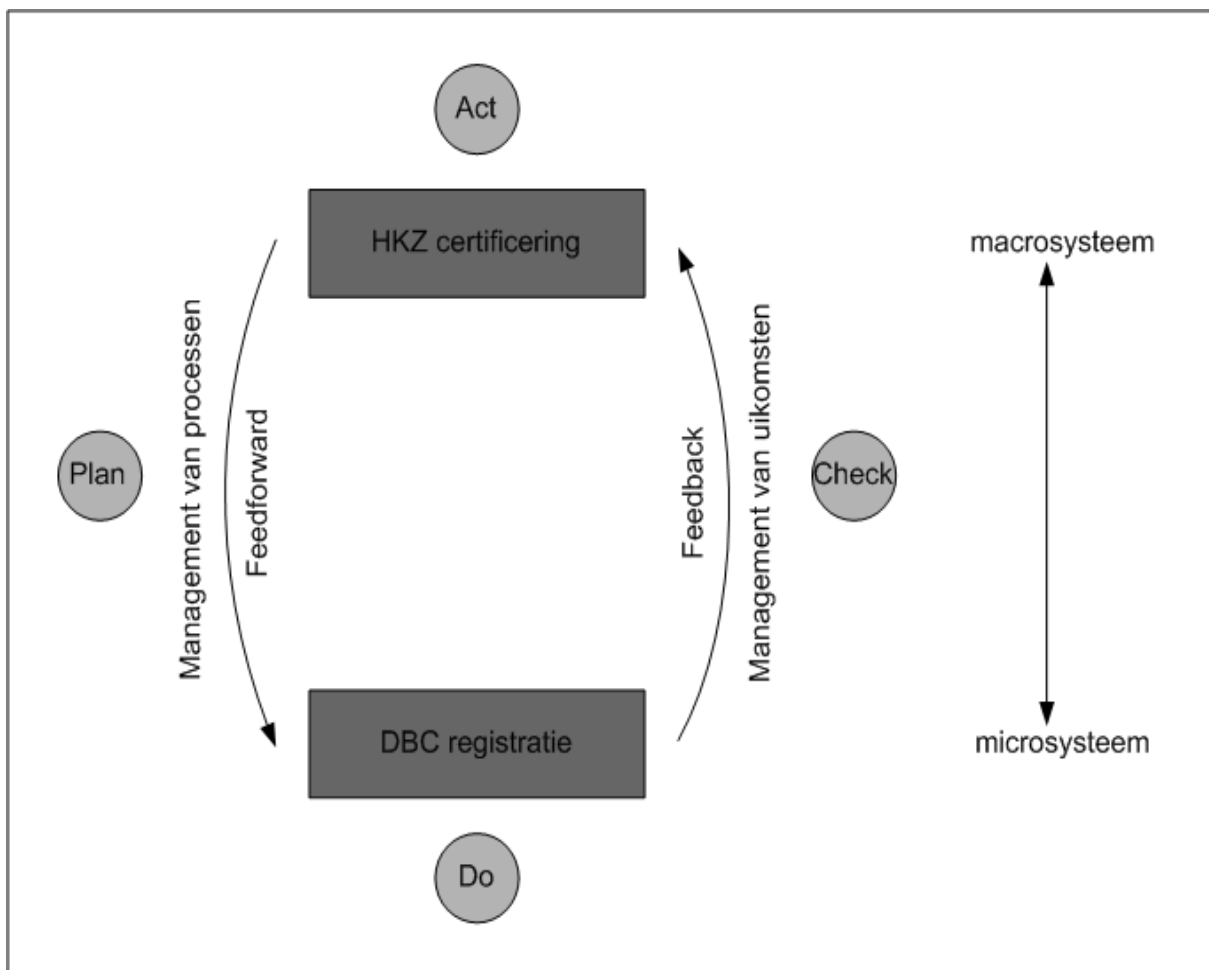
5.6 Centrale vraagstelling

Op basis van de voorgaande paragrafen wordt in deze paragraaf de centrale vraagstelling van dit onderzoek beantwoord. Deze vraagstelling luidt als volgt:

Hoe kunnen HKZ certificering als macroconcept en DBC registratie als microconcept tot integratie komen ten einde te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit?

In hoofdstuk 1 Inleiding is gesteld dat fragmentatie de bottleneck vormt in kwaliteitsverbetering. Er bestaat een gat tussen de potentieel haalbare en daadwerkelijke kwaliteitsverbeteringen, doordat de wederzijdse informatiestromen tussen management en professionals onvoldoende plaatsvinden. Er is geen sprake van integratie.

Het doel van dit onderzoek was om ten behoeve van kwaliteitsverbetering inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden tot integratie van macro- en microsystemen door het beschrijven van de huidige relatie tussen HKZ certificering en DBC registratie en deze te toetsen aan de theorie. Hiertoe is vanuit hoofdstuk 2 Theoretisch kader het volgende conceptueel model van onderzoek gepresenteerd.



Figuur 8: conceptueel model

Vanuit de toetsing van de bevindingen aan het conceptuele model is gebleken dat ook binnen Dimence de genoemde fragmentatie zichtbaar is:

- De rol van HKZ certificering in het microsysteem is minimaal te noemen; de professionals kennen aan HKZ certificering met name een controlefunctie toe. De eigenlijke rol van HKZ certificering, het werken aan continue kwaliteitsverbetering, wordt door de professionals onvoldoende onderkend.
- Het daadwerkelijke gebruik van de uitkomsten vanuit de DBC registratie in de sturing door het macrosysteem is minimaal te noemen; de sturing door het strategisch niveau vindt vooral plaats op financiën en productie.

Om van fragmentatie te komen tot integratie dienen de wederzijdse informatiestromen tussen beide systemen gewaarborgd te zijn. Vanuit de toetsing van de bevindingen op basis van het huidige kwaliteitsmanagementsysteem en managementinformatiesysteem aan het conceptuele model blijken zowel in de 'loop' van macro- naar microniveau (vgl. HKZ certificering naar DBC registratie) als de 'loop' van micro- naar macroniveau (vgl. DBC registratie naar HKZ certificering) mogelijkheden te liggen voor verbetering. Dit geldt voor de thema's: 'feedforward', 'plan', 'gedrag & cultuur', 'management van uitkomsten', 'feedback' en 'check'. Overkoepelend blijken de thema's 'communicatie' en 'cultuur' van invloed te zijn op de integratie van macro- en microniveau.

Ook is de aansluiting van de praktijk op de theoretische integratie van HKZ certificering en DBC registratie niet optimaal te noemen. Rubriek 6 'actueel houden en vernieuwen van zorgverlening' van het certificeringschema HKZ GGZ is niet concreet ingevuld in het kwaliteitsmanagementsysteem en er wordt geen managementinformatie gegenereerd op de kenmerken 7 'patiëntkenmerken' en 8 'zorgaanbieder' en in mindere mate de kenmerken 3 'DBC typering' en 6 'algemene behandelkenmerken' van de uitkomstinformatie DBC Zorgverzekeraars Nederland.

Naast het op het op inhoud tot integratie komen van HKZ certificering en DBC registratie is het eveneens van belang ook in de structuur deze integratie expliciet te maken binnen de organisatie. Op dit moment vindt binnen Dimence geen expliciete integratie van HKZ certificering en DBC registratie plaats in het kwaliteitsmanagementsysteem en het managementinformatiesysteem.

Concreet worden de volgende aanbevelingen gedaan om te komen tot integratie van HKZ certificering als macroconcept en DBC registratie als microconcept ten einde te komen tot een volledige en continue verbetercyclus van kwaliteit:

1. Verbeteren communicatie
2. Stimuleren van cultuur van leren en verbeteren
3. Optimaliseren feedforward, plan, gedrag & cultuur
4. Optimaliseren management van uitkomsten, feedback, check
5. Geven van concrete invulling aan rubriek 6 certificeringschema HKZ GGZ in kwaliteitsmanagementsysteem
6. Vanuit DBC registratie genereren van managementinformatie op kenmerken 7, 8, 3, 6 uitkomstinformatie DBC Zorgverzekeraars Nederland
7. Expliciet maken van integratie van HKZ certificering en DBC registratie in structuur organisatie

De conclusies uit dit onderzoek moeten worden gezien vanuit een aantal beperkingen die dit onderzoek kent. In hoofdstuk 6 Discussie & Aanbevelingen wordt het onderzoek hiertoe afgesloten met een theoretische en methodologische reflectie van waaruit aanbevelingen tot nader onderzoek worden geformuleerd.

Hoofdstuk 6 Discussie & Aanbevelingen

6.1 Inleiding

In hoofdstuk 5 Conclusie heeft de beantwoording van de verschillende deelvragen plaatsgevonden en is uiteindelijk de centrale vraagstelling van dit onderzoek beantwoord. In dit hoofdstuk staat de reflectie op het onderzoek centraal. Hiertoe vindt in paragraaf 6.2 een reflectie plaats op de theorie waarna in paragraaf 6.3 gereflecteerd wordt op de methodologie. Het hoofdstuk sluit af met enkele aanbevelingen voor nader onderzoek.

6.2 Reflectie op theorie

In het theoretisch kader is de keuze gemaakt om HKZ certificering en DBC registratie als onderwerpen van onderzoek te plaatsen binnen de systeembenadering. De systeemtheorie doet recht aan de organisatie en haar onderdelen als dynamisch geheel. De onderlinge samenhang staat hierbij centraal. De keuze voor een theorie bepaalt het kader en blikveld van het onderzoek. Mogelijk was bij de keuze voor een andere organisatietheorie tot (deels) andere uitkomsten en conclusies gekomen.

Het macro- en microsysteem hebben centraal gestaan in dit onderzoek. Het mesosysteem is hierin ten behoeve van de vereenvoudiging van het onderzoeksmodel buiten beschouwing gelaten. Het mesosysteem heeft echter in de praktijk wel een rol in de wederzijdse 'loops' van macro- naar microsysteem. Het strekt tot aanbeveling nader onderzoek te verrichten naar deze rol en hiermee de invloed op de uitkomsten van het onderzoek.

In dit onderzoek is de relatie gelegd tussen de 'loop' van macro- naar microniveau en de rol van HKZ certificering in het microsysteem. Er is gesteld dat met een verbetering van deze 'loop' de rol van HKZ certificering in het microsysteem toe zal nemen. Hiermee is slechts een enkelvoudige relatie gelegd. Vanuit de bevindingen is de waarde die wordt toegekend aan HKZ certificering als meetinstrument van kwaliteit als mogelijk interveniërende variabele te benoemen. De geïnterviewde professionals geven aan HKZ certificering slechts in mindere mate te zien als maat voor kwaliteit van zorg. Het certificaat zegt onvoldoende over de geleverde kwaliteit geven zij aan. Het strekt tot aanbeveling nader onderzoek te verrichten naar de mogelijke invloed van deze variabele op de rol van HKZ certificering in het microsysteem. Ter volledigheid kan worden genoemd dat binnen de Erasmus Universiteit Rotterdam momenteel een onderzoek gaande is naar de meerwaarde van HKZ certificering voor de geleverde kwaliteit van zorg van GGZ instellingen (Tromp & Fabbriotti 2009).

Eveneens is in dit onderzoek de relatie gelegd tussen de 'loop' van micro- naar macroniveau en de sturing op basis van DBC registratie door het macrosysteem. Er is gesteld dat met een verbetering van deze 'loop' de sturing door het macroniveau op basis van DBC registratie toe zal nemen. Ook hiermee is slechts een enkelvoudige relatie gelegd. Vanuit de bevindingen is de kwaliteit van de DBC registratie als mogelijk interveniërende variabele te benoemen. De geïnterviewde professionals ervaren DBC registratie als administratieve last en dit maakt dat zij aangeven niet altijd nauwkeurig te registreren. De professionals zetten hiermee vraagtekens bij de kwaliteit van de DBC registratie. De kwaliteit van de registratie is van belang voor een representatieve weergave van de werkelijkheid en is hiermee van invloed

op de betrouwbaarheid van de uitkomstinformatie. De kwaliteit van de registratie is onder te verdelen in volledigheid, juistheid en tijdigheid van registratie. Onder volledigheid wordt verstaan dat alle activiteiten die rondom een patiënt plaatsvinden worden geregistreerd, het gaat hierbij zowel om directe als indirecte patiëntgebonden tijd. Onder het juist registreren wordt verstaan dat de combinatie van zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling valide is. De tijdigheid heeft betrekking op het tijdig registreren van de activiteiten en het op tijd sluiten van de DBC (Zuurbier & Krabbe-Alkemade 2007). Het strekt tot aanbeveling nader onderzoek te verrichten naar de mogelijke invloed van deze variabele op de sturing op basis van DBC registratie door het macrosysteem.

Vanuit de bevindingen zijn de thema's communicatie, cultuur en gedrag in sterke mate naar voren gekomen als overkoepelend aan de integratie van macro- en microniveau en hiermee de integratie van HKZ certificering en DBC registratie. Deze thema's blijken onderbelicht te zijn geweest in het theoretisch kader en zijn niet opgenomen geweest in het conceptueel model van dit onderzoek. Het strekt tot aanbeveling nader onderzoek naar deze thema's te verrichten.

6.3 Reflectie op methodologie

Voor de toetsing van het onderwerp van onderzoek is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Het voordeel van dit type onderzoek is dat het de mogelijkheid biedt om de aard van een verschijnsel te onderzoeken op basis van uitspraken, beelden en redeneringen van de onderzochte personen (Swanborn 2006). De beperking van kwalitatief onderzoek is echter dat de resultaten niet statistisch representatief zijn. De uitkomsten geven slechts een indicatie van hetgeen er leeft ten aanzien van het onderwerp van onderzoek. Het gebruik van bijvoorbeeld een vragenlijst had de validiteit van dit onderzoek kunnen verhogen.

De keuze voor de casus van onderzoek is willekeurig geweest. De onderzoeker is zelf werkzaam bij Dimence en had hiermee gemakkelijk toegang tot interne documenten en medewerkers om te interviewen. Het is de vraag of de onderzoeksresultaten op hoofdlijn generaliseerbaar zijn naar andere cases die vergelijkbaar zijn met de onderzoekscase.

Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, documentanalyse en interviews. Hiermee is de methodetriangulatie gewaarborgd ten behoeve van de validiteit van dit onderzoek. De geïnterviewde onderzoekspopulatie is echter beperkt geweest (N=5 / N=10) wat betekent dat de resultaten met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd.

6.4 Aanbevelingen

Aangezien de aanbevelingen voor de praktijk reeds zijn gedaan in paragraaf 5.5 wordt hier volstaan met de aanbevelingen voor nader onderzoek. Op basis van de paragrafen 6.2 en 6.3 wordt de aanbeveling gedaan nader onderzoek te verrichten naar de rol van de volgende punten welke de uitkomsten van het onderzoek mogelijk beïnvloeden:

1. Het mesosysteem,
2. HKZ certificering als meetinstrument van kwaliteit
3. De kwaliteit van de DBC registratie
4. De thema's communicatie, cultuur en gedrag

Referenties

Ahaus, C.T.B. 2008. 'De waarde van certificatie en accreditatie: Kern van het debat en nieuwe wegen'. *Kwaliteit in zorg*. 1:4-7.

Austie, L. & H. Woldendorp. 2009. 'De betekenis van HKZ certificering voor de bedrijfsvoering van zorginstellingen'. *Zorgspecial*. 2:17-19.

Baarda, D.B. & M.P.M. Goede de. 2000. *Basisboek Methoden en Technieken*. Tweede herziene druk. Houten: Stenfert Kroese.

Barach, P. & J.K. Johnson. 2006. 'Understanding the complexity of redesigning care around the clinical microsystem'. *Quality and Safety in Health Care*. 15:10-16.

Boeije, H. 2005. *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Colsen, P.J.A. 1992. 'De Kwaliteitscyclus'. In: P.J.A. Colsen et al. (red). *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Tweede druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 1999. *To err is human*. National Academy Press. Summary.

Creswell, J. W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Vol. second edition. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Dijkstra, R. 2008. 'HKZ Keurmerk: waardepapier of papieren tijger?: Kwaliteitskeurmerk is niet zaligmakend'. *Zorg en welzijn*. 7/8:46-48.

Dorr, D.C. 2009. *Presteren met processen: procesmanagement voor dienstverlenende organisaties*. Vijfde herziene druk. Deventer: Kluwer.

Franco, M. & M. Bourne. 2003. 'Factors that play a role in "managing through measures"'. *Management Decision*. Vol. 42 (8):698-710.

Frissen, M.A.G. & A.F. Casparie. 1997. 'De eerste certificatieschema's voor de zorgsector: Het HKZ model'. *Medisch Contact*. Vol. 52 (24):750-751.

Frowein, C. 1998. 'Benchmarking voor informatiedienstverleners: een zinvolle stap op weg naar kwaliteit'. *Informatie Professional*. Vol. 2 (3):21-27.

Geelhoed, J. 2005. *Control deficiencies in the Dutch Health Care Sector*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Greenfield, D. & J. Braithwaite. 2008. 'Health sector accreditation research: a systematic review'. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 20 (3):172-183.

Hart, 't H., J. Dijk van, M. Goede de, W. Jansen & J. Teunissen. 1996. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.

Havenaar, J., P. van Splunteren & J. Wennink. 2008. *Koersen op kwaliteit in de GGz*. Assen: Van Gorcum.

Helderman, J. 2005. 'Gereguleerde concurrentie in de Nederlandse Gezondheidszorg'. In: Meurs, P.L. & T.E.D. van der Grinten. *Gemengd besturen: Besturingsvraagstukken en trends in de gezondheidszorg*. Den Haag: SDU Uitgevers BV.

Janssen Steenberg, K. 2005. *De veelheid van kwaliteitssystemen in de zorg: wie baant zich een weg in dit doolhof?* [Internet]. Q-Consult, 06-09-2005. [aangehaald op 05-02-2010]. Bereikbaar op <http://www.btsg.nl/downloads/kwaliteitssystemen.pdf>

Klompenhouwer, J., & G. Vos-Deckers. 2005. *De DBC-methodiek, Haarlemmerolie of een werkzaam geneesmiddel voor de gezondheidszorg?* Afstudeerscriptie Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kosnik, L.K. & J.A. Espinosa. 2003. 'Microsystems in Health Care: Part 7. The Microsystem as a Platform for Merging Strategic Planning and Operations'. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. Vol. 29 (9):452-459.

Leegerstee, S.M. 2008. *DBC's: oorzaak van verbondenheid of spanning. Een onderzoek naar de invloed van DBC's op de relatie tussen zorgmanagers en medisch specialisten*. Afstudeerscriptie Erasmus Universiteit Rotterdam.

Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

Mohr, J.J., P. Batalden & P. Barach. 2004. 'Integrating patient safety into the clinical microsystem'. *Quality and Safety in Health Care*. 12 (Suppl II): ii34-ii38.

Nelson, E.C., P.B. Batalden, T.P. Huber, J.J. Mohr, M.M. Godfrey, L.A. Headrick & J.H. Wasson. 2002. 'Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from High-Performing Front-Line Clinical Units'. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. Vol. 28 (9):472-493.

Nelson, E.C., P.B. Batalden, K. Homa, M.M. Godfrey, C. Campbell, L.H. Headrick, T.P. Huber, J.J. Mohr & J.H. Wasson. 2003. 'Microsystems in Health Care: Part 2. Creating a Rich Information Environment'. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. Vol. 29 (1):5-15.

Nelson, E.C., M.M. Godfrey, P.B. Batalden, S.A. Berry, A.E. Bothe, K.E. McKinley, C.N. Melin, S.E. Muething, L.G. Moore, J.H. Wasson & T.W. Nolan. 2008. 'Clinical Microsystems,

Part 1. The Building Blocks of Health Systems'. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. Vol. 34 (7):367-378.

Nieuwenhuis, M.A. 2008. *The Art of Management*. [Internet]. 123Management, 02-02-2010. [aangehaald op 10-02-2010]. Bereikbaar op http://123management.nl/0/020_structuur/a231_structuur_01_besturende_processen.html

Plochg, T., R.E. Juttman, N.S. Klazinga & J.P. Mackenbach. 2007. *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Q-Consult. 2008. *Ondernemen in de GGZ: 'Van budgetsturing naar resultaatsturing'*. [Internet]. Q-Consult, 16-07-2008. [aangehaald op 30-01-2010]. Bereikbaar op <http://www.qconsult.nl/upload/File/Q-Consult%20Ondernemen%20in%20de%20GGZ.pdf>

Schut, F.T. 2003. *De zorg is toch geen markt?: Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 9 mei 2003.

Segers, J., & J. Hutjes. 1999. 'De gevalsstudie'. In: Segers, J., *Methoden voor maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorcum.

Singels, J., G. Ruel, H. van de Water. 2001. 'ISO 9000 series – Certification and performance'. *The International Journal of Quality & Reliability Management*. Vol. 18 (1):62-75.

Sluijs, E., A. Keijser & C. Wagner. 2007. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005*. [Internet]. NIVEL, 23-08-2007. [aangehaald op 05-02-2010]. Bereikbaar op <http://www.betervoorkomen.nl/uploaded/FILES/nieuwsbrief%20september%202007/Kwaliteitssystemen-in-zorginstellingen-stand-van-zaken-2005.pdf>

Stichting HKZ. 2009. Certificatieschema Algemeen Organisatiedeel rubrieken 4 t/m 9, versie 2009.

Stichting HKZ. 2009. Certificatieschema Instellingen voor Geestelijke gezondheidszorg, versie 2009.

Swanborn, P.G. 2000. *Case-study's: Wat, wanneer en hoe?* Tweede druk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Swanborn, P. G. 2006. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vierde geheel herziene druk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Tromp, J.M. & I.N. Fabbricotti. 2009. *De meerwaarde van certificering in de GGZ. Onderzoeksproject*. [Internet]. Zichtbare Zorg, 01-04-2009. [aangehaald op 5-02-2010]. Bereikbaar op <http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/GGZ/Studiedag%20maart%202009/HKZ-gecertificeerd.pdf>

Verheggen, F. 2005. 'Kwaliteitszorg en integrerend kwaliteitsmanagement in zorginstellingen'. *ZM Magazine*. 3:2-7.

Vissers, J. & G. de Vries. 2005. *Sleutelen aan zorgprocessen: Een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering*. Oratiereeks Erasmus Universiteit Rotterdam, 1 april 2005.

Waal, de A.A. 2003. 'The role of behavioral factors in the successful implementation and use of performance management systems'. *Management Decision*. Vol. 41 (8):688-697.

Walburg, J., H. Bevan, J. Wilderspin & K. Lemmens. 2006. *Performance Management in Health Care: Improving patient outcomes: an integrated approach*. Oxfordshire: Routledge.

Zichtbare Zorg. 2008. *Voorkomen is beter dan genezen. Betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie in de zorg: achtergrondstudie naar risico's en oplossingsrichtingen*. [Internet]. Zichtbare Zorg, september 2008. [aangehaald op 27-03-2010]. Bereikbaar op [https://zichtbarezorg.dmdelivery.com/mailings/FILES/htmlcontent/Programma%20Zichtbare%20Zorg/Rapport%20betrouwbaarheid%20kwaliteitsinformatie%20\(pdf\).pdf](https://zichtbarezorg.dmdelivery.com/mailings/FILES/htmlcontent/Programma%20Zichtbare%20Zorg/Rapport%20betrouwbaarheid%20kwaliteitsinformatie%20(pdf).pdf)

Zorgverzekeraars Nederland. 2009. *Inkoopgids DBC GGZ 2010: Kwaliteits- en profielinformatie voor zorgverzekeraars*. [Internet]. Zorgverzekeraars Nederland, 09-10-2009. [aangehaald op 27-03-2010]. Bereikbaar op http://www.zn.nl/Images/Inkoopgids%20DBC%20GGZ%20compleet_tcm6-68146.pdf

Zuurbier, J., M. de Groot & R. Spanjers. 2003. *Handboek financiële bedrijfsvoering in de zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Zuurbier, J. & Y. Krabbe-Alkemade. 2007. *Onderhandelen over DBC's*. Tweede geheel herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Internet

www.dbconderhoud.nl

www.dimence.nl

www.hkz.nl

Interne documenten

Intranet Dimence. 2010.

Jaarplan Concerncontrol. 2010.

Handboek Dimence. 2010.

Handboek User. 2010.

Handleiding Datawarehouse. 2009.

Herkenbaar Beter. Fusiedocument versie 3.0 definitief. 2008.

Kaderbrief 'Zicht op verandering'. 2010.

Memo ontwikkelingen Datawarehouse. 2010.

Bijlage Topiclijst interview

Introductie

- Bedanken voor de medewerking aan het interview
- Voorstellen
- Onderwerp interview introduceren, uitleg doel en achtergrond van onderzoek
- Tijdsduur interview bespreken (ongeveer een uur)
- Vertrouwelijkheid en anonimiteit bespreken
- Uitleg voicerecorder, toestemming vragen
- Uitleg uitwerking interview
- Zijn er nog onduidelijkheden of vragen?
- Recorder aan!

Persoonlijke gegevens

- Naam
- Functie binnen de organisatie
- Hoe lang werkzaam bij organisatie en sinds wanneer in deze functie?

Toelichting

A: geïnterviewden microniveau

B: geïnterviewden macroniveau

HKZ

1. Bent u bekend met HKZ?
(zo niet, dan korte uitleg aan de hand van figuur)
2. Wat vindt u van HKZ certificering?
(nodig voor kwaliteit?/overbodig?)
3. A. Op welke manier komt u in uw dagelijkse werk met HKZ in aanraking?
(o.a. cliëntprocessen, behandelplan, jaarplan, functiehuis, handboek, nieuw aanbod)
(vindbaarheid?, patiënt?, professionals?, zorgproces?, uitkomsten?)
B. Wat is de rol van HKZ certificering in de uitvoerende werkprocessen?
(voldoende bewustzijn daar?, invloed op handelen professional?)
4. A. Hoe vindt communicatie en informatieoverdracht naar u plaats over kwaliteit van zorg vanuit de Raad van Bestuur en het management?
(voorschrijvend/kaderstellend?, welke informatie?, voldoende informatie?, doelen verbinden met missie/visie/strategie?, terugkoppeling over hoe u het doet en of u de juiste dingen doet?, kwaliteit onderwerp van gesprek?, gedrag en cultuur?, betrokkenheid topmanagement?)
B. Hoe wordt door u gestuurd op kwaliteit in de uitvoerende werkprocessen?
(voorschrijvend/kaderstellend?, communicatie?, informatieoverdracht?, welke informatie?, vooruitblikken o.b.v. vooraf verkrijgbare informatie?, doelen verbinden met missie/visie/strategie?, kwaliteit onderwerp van gesprek?, gedrag en cultuur?, betrokkenheid topmanagement?)

DBC

5. Bent u bekend met DBC registratie?
(zo niet, dan korte uitleg)
6. A. Welke informatie komt beschikbaar uit DBC registratie?
(kwaliteit?, kosten?, productie?)
B. Welke informatie komt beschikbaar uit DBC registratie? In hoeverre is dit informatie waar u mee stuurt?
(kwaliteit?, kosten?, productie?)
7. Wat gebeurt er met de informatie die beschikbaar komt vanuit DBC registratie binnen de organisatie?
(wat doet Raad van Bestuur hiermee?, sturing?, aanpassing beleid/strategie? terugkoppeling naar professional over hoe werk gedaan wordt?, betrokkenheid van Raad van Bestuur op managementrapportage (begrijpen?/vertrouwen?), uitkomst informatie?)
8. Wat vindt u van het gebruik van DBC informatie in de organisatie?
9. Wat vindt u de (meer)waarde van de DBC in het kader van kwaliteitsverbetering?

Integratie

10. Op welke punten raken HKZ en DBC registratie elkaar?
(concreet)
11. Hoe kan de afstemming ten aanzien van kwaliteit tussen Raad van Bestuur en professionals en andersom worden verbeterd?
(toelichting aan de hand van de hypothesen: HKZ vooral op macroniveau, DBC registratie vooral op microniveau, hoe kunnen informatiestromen verbeterd worden?)
12. Waar moet het zwaartepunt liggen in de balans tussen Raad van Bestuur en professionals in het kader van kwaliteit(sverbetering)?
13. Hoe kan de cultuur ten aanzien van kwaliteit(sverbetering) binnen de organisatie worden omschreven?
(controle?, leren?)

Afsluiting

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