



November 2014

Kwaliteit in beleid

*Een evaluatie van de implementatie van het
kwaliteitsbeleid van de MC Groep tussen 2009-2013*



Cigdem Demirci

STUDENTNUMMER: 4171934

Begeleider: Dr. P. J. Zwaan

Tweede lezer: Dr. J.K. Helderma

Master Bestuurskunde

Faculteit der Managementwetenschappen

Radboud Universiteit te Nijmegen

In opdracht van MC Zuiderzee, onderdeel MC Groep.

Voorwoord

Voor u ligt de masterscriptie die ik heb geschreven naar aanleiding van het afstudeeronderzoek dat ik heb uitgevoerd ter afronding van de master Bestuurskunde. Deze scriptie, die als onderwerp de implementatie van het kwaliteitsbeleid van MC Groep heeft, betekent voor mij het einde van mijn masterstudie.

Het schrijven van deze scriptie was een grote opgave. Het afstudeertraject duurde ook langer dan verwacht, maar het resultaat mag er zijn. Het uitvoeren van dit onderzoek heeft mij veel inzicht geboden in beleidsimplementatie en -uitvoering in de publieke sector. Al met al is dit onderzoek en mijn stage bij de MC Groep voor mij een leerzame ervaring geweest.

Het schrijven van deze scriptie was niet gelukt zonder de hulp van een aantal mensen. Hen wil ik hierbij dan ook bedanken voor de steun en motivatie tijdens het uitvoeren van het onderzoek en het begeleiden tijdens mijn stageperiode.

Mijn speciale dank gaat uit naar Dr. Pieter Zwaan voor zijn professionele en flexibele begeleiding en zijn steun vanuit de Radboud Universiteit Nijmegen en Drs. Corina Ros voor haar begeleiding bij de MC Groep. Tevens ben ik mijn dank verschuldigd aan de mensen die hun expertise met mij gedeeld hebben en daarmee het onderzoek van noodzakelijke inzichten hebben voorzien tijdens de interviews.

Als laatste wil ik mijn ouders en broers alsmede mijn schoonzusje bedanken voor hun geduld en steun tijdens het onderzoeksproces.

Tot slot wens ik u veel leesplezier!

Cigdem Demirci

Lelystad, november 2014

Samenvatting

De MC Groep heeft tot op de dag van vandaag het streven om te bouwen aan een goed kwaliteitssysteem binnen het ziekenhuis. Dit streven gaat gepaard met het werken aan de kwaliteitsdoelen die voortvloeien uit het integraal kwaliteitsplan van het ziekenhuis. In dit kader heeft het ziekenhuis de afgelopen jaren verschillende acties gezet op de kwaliteitsdoelen die genoemd zijn in het kwaliteitsplan. De MC Groep is na vier jaar toe aan een nieuw kwaliteitsbeleid met nieuwe beleidsdoelen die een grotere bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de kwaliteit van het ziekenhuis. Daarbij wil het ziekenhuis weten welke beleidsdoelen positief en welke beleidsdoelen negatief hebben bijgedragen aan de kwaliteitsverbetering zodoende in de toekomst betere beleidsdoelen te kunnen formuleren.

In dit onderzoek is gezocht naar een mogelijke verklaring voor de gebrekkige of succesvolle implementatie van de verschillende kwaliteitsdoelen. Dit is gedaan middels een geneste casestudy waarbij drie verschillende kwaliteitsdoelen zijn onderzocht en vergeleken. Documentenanalyse en met name interviews hebben gezorgd voor een duidelijk beeld van de situatie binnen de MC Groep.

De vraag die in die onderzoek centraal staat is:

Welke factoren verklaren het al dan niet behalen van de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep tussen 2009- 2013 en welke aanbevelingen kunnen gegeven worden voor het nieuwe kwaliteitsbeleid en de implementatie daarvan?

Om een gedegen antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1. Waaruit bestaat het kwaliteitsbeleid? Welke doelen en welke instrumenten worden daarin genoemd?*
- 2. In hoeverre zijn de doelen van het beleid bereikt?*
- 3. Hoe is dit te verklaren?; welke factoren zijn daarbij van belang?; en welke rol hebben de instrumenten uit het kwaliteitsbeleid hierin gespeeld?*
- 4. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan?*

Uit de vergelijkende analyse blijkt dat de volgende factoren van invloed zijn op het al dan niet behalen van de doelstellingen uit het kwaliteitsbeleid van de MC Groep:

- Het beleid is in het algemeen onduidelijk waardoor de uitvoerders niet weten wat er van hen wordt verwacht in het hele implementatieproces.
- Er is gebrek aan geld en middelen waardoor de doelstellingen te ambitieus ervaren werden door de uitvoerders.
- De uitvoerders stonden vaak zelf niet achter het beleid dat gevoerd moest worden, maar deden dit slechts omdat de organisatie dit van hen verwachtte. Door gebrek aan verplichting en controle-sanctie is de motivatie van de uitvoerders laag geweest om te werken aan een succesvolle implementatie van alle kwaliteitsdoelen.
- De laatste en belangrijke factor die het mislukken van de implementatie van kwaliteitsdoelen kan verklaren is de factor *tijd*.

Deze bevindingen hebben uiteindelijk adviezen opgeleverd voor het formuleren van nieuwe kwaliteitsdoelen. De concrete aanbevelingen en vervolgstappen die naar aanleiding van dit onderzoek genomen dienen te worden zijn in de conclusie beschreven. Deze adviezen kunnen door de MC Groep gebruikt worden om het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis te herschrijven.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Deel 1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Doelstelling	7
1.4 Voorbeschouwing theoretisch kader	8
1.5 Voorbeschouwing methodologisch kader	8
1.6 Relevantie	9
1.7 Leeswijzer	10
Deel 2 Beleidskader.....	12
2.1 Situatieschets MC Groep	12
2.2 Wet- en Regelgeving	15
2.3 Kwaliteitsbeleid MC Groep.....	21
Deel 3 Theoretisch kader.....	23
3.1 Betekenis van beleid.....	23
3.2 Beleidsimplementatie - en evaluatie	24
3.3 Implementatietheorieën	28
3.3.1 Benaderingen van beleidsuitvoering	29
3.3.2 Integratie top-down en bottom-up	29
3.3.3 Naar een implementatietheorie.....	34
3.4 Conceptueel model	40
Deel 4 Methoden en operationalisatie.....	41
4.1 Onderzoeksstrategie	41
4.2 Dataverzameling	43
4.3 Betrouwbaarheid en validiteit	45
4.4 Operationalisatie.....	46
4.5 Conclusie	52
Deel 5 Analyse	53
5.1 Implementatie van het Management Development (MD) Programma.....	53
5.1.1 Beschrijving.....	53
5.1.2 Mate van conformiteit	54
5.1.3 Kenmerken van beleid en beleidstheorie	55
5.1.4 Kenmerken van beleidsuitvoerders	59
5.1.5 Omgevingsinvloeden.....	62

5.2 Individueel functioneren medisch specialisten.....	64
5.2.1 Beschrijving.....	64
5.2.2 Mate van conformiteit	64
5.2.3 Kenmerken van beleid en beleidstheorie	64
5.2.4 Kenmerken van beleidsuitvoerders	67
5.2.5 Omgevingsinvloeden	70
5.3 Prestatie-indicatoren	72
5.3.1 Beschrijving	72
5.3.2 Mate van conformiteit	72
5.3.3 Kenmerken van beleid en beleidstheorie	72
5.3.4 Kenmerken van beleidsuitvoerders	75
5.3.5 Omgevingsinvloeden	78
Deel 6 Vergelijking deelcases	80
Deel 7 Conclusies van het onderzoek.....	84
7.1 Reflectie op het onderzoek	89
Deel 8 Aanbevelingen aan de opdrachtgever	91
Deel 9 Bronnenlijst.....	94
Deel 10 Bijlagen.....	97
Bijlage 1: Vragenlijst Prestatie-indicatoren.....	98
Bijlage 2 Taakstelling betrokken afdelingen.....	100
Bijlage 3 Workshops in het kader van het Management development programma	102

Deel 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De MC Groep is al jaren bezig met het opbouwen van een kwaliteitssysteem, maar constateert dat dit niet op een gestructureerde wijze gebeurt (Integraal Kwaliteitsplan MC Groep, 2009). Er ontbreekt volgens het ziekenhuis het plan waarin alle elementen van kwaliteit worden benoemd en verantwoordelijken en hun taken en bevoegdheden worden vastgesteld. Er is onvoldoende sprake van een verbetercultuur binnen de MC Groep. De MC groep heeft afgelopen jaren veel veranderingen doorgevoerd in het ziekenhuis. Deze veranderingen beslaan zowel uitvoerende processen als de nieuwe rollen en functies die het ziekenhuis heeft gekregen (meer hierover is te lezen in deel 2, het beleidskader). De kwaliteitswet zorginstellingen verplicht de zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Een belangrijke constatering ten aanzien van de veranderingen in het ziekenhuis is dat op veel onderdelen in het ziekenhuis aan kwaliteit wordt gewerkt maar dat de onderdelen als los zand aan elkaar hangen. Er ontbreekt een duidelijke structuur en om deze structuur aan te kunnen brengen in de organisatie neemt de MC Groep het INK-model als leidraad en worden er thema's opgesteld waaraan het ziekenhuis de komende jaren prioriteit aan geeft.

Om deze bestaande problemen in de MC Groep op te lossen is er een plan van aanpak gemaakt en zijn de stappen opgenomen in een kwaliteitsbeleid (2008) om de organisatie in de vervolgjaren, stapsgewijs van een structureel verankerd kwaliteitssysteem ten behoeve van de patiënt, te voorzien. In dit kwaliteitsbeleid worden de doelstellingen, methoden en middelen om kwaliteit in producten en processen te realiseren, zichtbaar gemaakt.

Eind 2013 is volgens de MC Groep de implementatie van het kwaliteitsbeleid grotendeels voltooid en is het volgens het ziekenhuis tijd om dit beleid te herzien. In deze scriptie analyseer ik de doelmatigheid en doeltreffendheid van het gevoerde beleid. Daarmee vormt dit onderzoek een ex-ante evaluatie van de implementatie van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen door de MC Groep worden gebruikt bij het opstellen van het nieuwe kwaliteitsbeleid. Tevens kunnen de uitkomsten van dit onderzoek een handvat bieden bij vervolgonderzoeken naar beleidsimplementatie in de zorgsector omdat er in dit onderzoek zowel vanuit praktijk als vanuit een theoretisch kader is gekeken naar beleidsimplementatie.

1.2 Probleemstelling

Eerder is gewezen op het feit dat de MC Groep al een aantal jaren doelgericht bezig is met het opbouwen van een kwaliteitssysteem maar dat dit nog niet op een adequate wijze gebeurt. Daarnaast is er binnen het ziekenhuis onvoldoende sprake van een verbetercultuur (Integraal Kwaliteitsplan, 2009). Het kwaliteitsbeleid dat een onderdeel is van het kwaliteitsplan, is aan herziening toe. Bij het herschrijven van het kwaliteitsbeleid wil de MC Groep weten of de eerder geformuleerde doelstellingen haalbaar waren en waar in de toekomst rekening mee gehouden dient te worden.

De richting die het ziekenhuis met het kwaliteitsbeleid per maart-april 2014 op wil is deels bekend, de exacte invulling van dit beleid ligt echter nog open. Dat betekent dat er wel ideeën en gedachten zijn over hoe het nieuwe beleid vormgegeven moet worden maar de werkelijkheid nog niet voorhanden is. Hiertoe is een evaluatie van het gevoerde beleid in de afgelopen jaren noodzakelijk. De implementatie van het kwaliteitsbeleid en de invloed van de factoren op dat beleid dienen geanalyseerd te worden.

1.3 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is nagaan in hoeverre de gestelde doelstellingen van het kwaliteitsbeleid zijn gehaald en welke factoren dit verklaren, teneinde verbeterpunten te kunnen formuleren voor het nieuwe kwaliteitsplan van de MC Groep en de implementatie daarvan.

De genoemde probleem- en doelstelling leiden uiteindelijk tot de volgende centrale vraagstelling, met bijbehorende deelvragen, die ervoor dient te zorgen dat de doelstelling van deze scriptie bereikt zal worden.

De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt:

- ***Welke factoren verklaren het al dan niet behalen van de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep tussen 2009- 2013 en welke aanbevelingen kunnen gegeven worden voor het nieuwe kwaliteitsbeleid en de implementatie daarvan?***

Aan de hand van de volgende deelvragen zal getracht worden de hoofdvraag te beantwoorden:

- 1. Waaruit bestaat het kwaliteitsbeleid? Welke doelen en welke instrumenten worden daarin genoemd?*
- 2. In hoeverre zijn de doelen van het beleid bereikt?*
- 3. Hoe is dit te verklaren?; welke factoren zijn daarbij van belang?; en welke rol hebben de instrumenten uit het kwaliteitsbeleid hierin gespeeld?*
- 4. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan?*

1.4 Voorbeschouwing theoretisch kader

Om de hoofdvraag van het onderzoek te beantwoorden en de doelstelling te bereiken is een bijdrage uit de literatuur noodzakelijk. Allereerst zal er ingegaan worden op het begrip beleid. Vervolgens komen beleidsevaluatie- en daaraan voorafgaande, de beleidsimplementatie aan bod. Ook is het belangrijk om stil te staan bij wat er onder kwaliteit wordt verstaan. Er zal gekeken worden naar verschillende implementatietheorieën en benaderingen van beleidsimplementatie.

Met behulp van de theorie die geschikt geacht wordt om het onderzoek mee te vervolgen zal een conceptueel kader gevormd worden.

1.5 Voorbeschouwing methodologisch kader

Om tot beantwoording van de deelvragen te komen zal gebruik worden gemaakt van kwalitatief onderzoek. Er wordt gebruik gemaakt van de enkelvoudige casestudy. Hierbij wordt één geval bestudeerd. Deze keuze komt tot stand doordat het onderwerp uniek is: de evaluatie van de implementatie van het kwaliteitsbeleid van MC Groep.

Van Thiel stelt: “De bevindingen in een enkelvoudige casestudyonderzoek gelden in principe alleen voor de onderzochte casus, maar zouden ook als representatief voor andere situaties uit dat domein kunnen worden gezien- die echter niet onderzocht zijn” (2010:101).

Echter de aanbevelingen van dit onderzoek worden slechts gericht op de onderzochte eenheid, de MC Groep. De methodiek van het onderzoek bestaat uit een tweetal onderzoeksmethoden: De eerste methode betreft de inhoudsanalyse van documenten (deskresearch). Het gaat hier om de bestudering van de inhoud van reeds bestaand materiaal (van Thiel, 2010:123-124). De tweede methode is het houden van interviews (field research). In dit onderzoek gaat het om een semigestructureerd interview waarbij een vooraf opgestelde vragenlijst of topiclist flexibel wordt afgenomen bij een of meerdere respondenten (van Thiel, 2010:108-109).

1.6 Relevantie

“De overheid zet zich in voor een gezond Nederland” is de inleiding op de website van de rijksoverheid (Rijksoverheid.nl). Daarmee krijgt deze scriptie een tweeledige relevantie, namelijk een maatschappelijke en een wetenschappelijke relevantie. De Kwaliteitswet zorginstellingen waarborgt de kwaliteit van de zorg. Regelmatig volgen er nieuwsberichten over medische blunders. Het Nederlandse Elsevier publiceerde in 2008 een vergelijking tussen de Nederlandse ziekenhuizen. De laagste score is destijds toebedeeld aan de MC Groep (voorheen IJsselmeer Ziekenhuizen te Lelystad). Dit ziekenhuis haalde een eindscore van -10. De publicatie van Elsevier in 2012 heeft aangetoond dat de MC Groep inmiddels behoort tot de vier beste ziekenhuizen in Nederland. Dit gegeven maakt duidelijk dat goed bestuur van zorginstellingen bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. De bestuurlijke overname van de IJsselmeer ziekenhuizen door de MC Groep heeft het ziekenhuis sterk doen inzetten op kwaliteit en veiligheid. Een kwaliteitssysteem, dat elk ziekenhuis in Nederland ingebed hoort te hebben in de organisatie, begint met het kwaliteitsbeleid. Elk individu wil zorg dat kwalitatief goed is. Om daaraan gehoor te geven hoort het kwaliteitsbeleid te dienen als leidraad voor de organisatie als het gaat om de kwaliteit van zorg en helpt daarmee ook de managers en medewerkers keuzes te maken (Rubrech et al., 2010). Of het nu gaat om de financiële problemen van instellingen of problemen met de uitvoering van de zorg, zorgbestuurders zijn ervoor verantwoordelijk dat het goed gaat in een ziekenhuis. Hierbij is het belangrijk te kijken naar hoe een kwaliteitssysteem ingericht en bestuurd kan worden binnen een ziekenhuis. Kwaliteitssysteem is echter een zeer breed begrip en er zijn dan ook verschillende definities te onderscheiden in de theorie en de praktijk. ISO, de International Organization for Standardization, beschreef in haar ISO 8402 een kwaliteitssysteem als een aantal aspecten die kwaliteit ten uitvoer brengt Hieronder worden organisatiestructuur, verantwoordelijkheden, processen, procedures en voorzieningen verstaan (International Organization for Standardization, 1986). Zowel de literatuur als de praktijk onderscheiden diverse kwaliteit(management)systemen. Systemen gaan daarbij uit van verschillende uitgangspunten.

Daarnaast streven systemen verschillende doelen na en heeft ieder systeem voor- en nadelen. Met andere woorden, verschillende systemen zijn geschikt voor verschillende situaties, afhankelijk van de organisatie. Voor dit onderzoek zijn ook de verschillende kwaliteitssystemen naast elkaar gehouden en vergeleken.

Vervolgens is er vanuit het kwaliteitssysteem dat de MC Groep heeft gekozen verder onderzoek uitgevoerd omdat dit systeem dusdanig geïntegreerd is in het ziekenhuis dat het kwaliteitsbeleid ook hierop is geschreven.

Naast een maatschappelijk relevantie, bezit dit onderzoek tevens een wetenschappelijke relevantie. Voor de wetenschap is dit onderzoek relevant omdat het een bijdrage kan leveren aan theorieën omtrent beleidsimplementatie en problemen die zich op dat gebied voordoen. Er wordt ingezoomd op de actoren en factoren die van invloed zijn op de implementatie en daarmee krijgt het onderzoek een diepgaand wetenschappelijke analyse. De wetenschappelijke meerwaarde van dit onderzoek is dan ook dat dit onderzoek tracht bij te dragen aan het bieden van maatschappelijke en wetenschappelijke verklaringen voor het al dan niet effectief en efficiënt uitvoeren van het kwaliteitsbeleid in de MC Groep.

1.7 Leeswijzer

In het volgende deel, het beleidskader, wordt ingegaan op de onderzoekseenheid MC Groep (2.1). Er wordt kort stilgestaan bij de wet- en regelgeving omtrent het algemeen kwaliteitsbeleid (2.2) en volgt er tot slot een overzicht van de thema's en doelstellingen uit het kwaliteitsbeleid van de MC Groep (2.3). In deel 3, het theoretisch kader, wordt ingezoomd op beleid (3.1), waarna beleidsimplementatie en -evaluatie worden beschreven (3.2) en waarin theorieën van beleidsimplementatie worden besproken (3.3). Het theoretisch kader bevat tevens verschillende benaderingen van beleid (3.3.1), het ambiguïteit-conflict model van Matland en de (3.3.2) en de inzichten aan de hand waarvan het onderzoek verder uitgevoerd zal worden (3.3.3). Tot slot volgt het conceptueel model dat voor dit onderzoek van belang is (3.4). Deel 4 bestaat uit de methoden & operationalisatie van het onderzoek. Als eerst wordt de onderzoeksstrategie weergegeven (4.1) waarna de onderzoeksmethoden volgen (4.2). Vervolgens wordt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek gepresenteerd (4.3). De operationalisatie van de variabelen uit het conceptueel model worden weergegeven (4.4). tot slot volgt er een samenvatting van deel 4 (4.5).

In deel 5 komt de analyse van het onderzoek per kwaliteitsdoel naar voren aan de hand van het operationalisatieschema. In deel 6 wordt een mate aan de conformiteit van beleidsimplementatie toegekend (6.1) en wordt er een vergelijking van de kwaliteitsdoelen gepresenteerd (6.2). Dit deel wordt afgesloten met een samenvatting waarin de implementatie een waarde krijgt als zijnde succesvol of gebrekkig (6.3).

Deel 7 bevat de conclusies van het onderzoek waarin antwoord wordt gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag van het onderzoek.

Tevens is in dit hoofdstuk een reflectie op het onderzoek toegevoegd. De aanbevelingen van het onderzoek worden weergegeven in deel 8. Een lijst van de gebruikte bronnen tijdens het onderzoek is te vinden in deel 9 en afsluitend volgen de bijlagen in deel 10.

Deel 2 Beleidskader

Dit deel gaat kort in op de wet- en regelgeving van waaruit het kwaliteitsbeleid vloeit. Vervolgens volgt een situatieschets van de MC Groep en tot slot wordt er ingegaan op het kwaliteitsbeleid van de MC Groep.

2.1 Situatieschets MC Groep

In de afgelopen jaren kunnen drie perioden onderscheiden worden in de geschiedenis van de MC Groep (voorheen IJsselmeerziekenhuizen). De eerste periode wordt gekenmerkt door het starten met kwaliteitszorg en het aanvragen van de NIAZ accreditatie. Vervolgens is er een periode van sluiting van de operatiekamers met een crisis om verantwoorde zorg te leveren en weer te werken aan het openen van de operatiekamers. Na de bestuurlijke overname door de MC| groep is een serieuze start gemaakt om de kwaliteit van de organisatie en het zorgproces te verbeteren. Kwaliteit zou een centrale rol krijgen in de besturing van de organisatie. In onderstaande paragrafen wordt een korte beschrijving van elke periode gegeven.

Na een grootscheepse saneringsronde in 2007 leek de organisatie IJsselmeer ziekenhuizen (MC Groep) begin 2008 gezond en klaar te zijn voor de toekomst. In de loop van het eerste kwartaal van 2008 bleek dat de financiële resultaten achterbleven bij de prognoses en een significant tekort zou gaan ontstaan. Als gevolg van de tegenvallende resultaten en het uitwerken van een saneringsplan kwamen de relaties tussen alle betrokken partijen bij het ziekenhuis (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, IGZ et cetera.) onder druk te staan, wat heeft geresulteerd in het verliezen van vertrouwen in elkaar. Gedurende deze periode onderzocht het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) simultaan het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis en oordeelde in de zomer van 2008 dat de borging hiervan en een zichtbare verbetercultuur in de organisatie onvoldoende ontwikkeld waren om een accreditatie af te geven. In de loop van 2008 werden de operatiekamers op last van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) buiten gebruik gesteld. Het ziekenhuis voldeed niet aan de minimale eisen voor het leveren van verantwoorde zorg. IGZ stelde tevens verscherpt toezicht in vanaf oktober 2008. Als gevolg van deze ontwikkelingen en het oplopen van het financiële tekort tot circa EUR 8 miljoen is de Raad van Bestuur eind september teruggetreden. Een periode van interim Raden van Bestuur en Toezicht brak aan om een plan van aanpak voor de redding van het ziekenhuis te ontwikkelen en uit te voeren. In oktober voerde de Commissie Lodewick een onderzoek uit in opdracht van het Ministerie van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport (“VWS”). Het advies luidde dat er behoefte was aan het voortbestaan van het ziekenhuis, bij voorkeur via een warme doorstart en de aansturing van het ziekenhuis over te dragen aan een, bij voorkeur private, andere partij. Een biedingsproces werd gestart en uiteindelijk is na een zorgvuldig selectieproces, met een constructieve rol van publieke en private stakeholders, gekozen voor MC|Groep om de bestuurlijke zeggenschap van de stichting IJsselmeerziekenhuizen over te nemen. De definitieve overdracht heeft na toekenning van de aangevraagde balanssteun door de NZa (Nederlandse zorgautoriteit) midden februari 2009 plaatsgevonden.

De warme doorstart was gebaseerd op een business plan dat is onderschreven door de stakeholders waaronder de zorgverzekeraars en goedgekeurd was door de NZa.

De MC Groep had hierin de continuïteit van zorg centraal staan in de noodzakelijke acties om het ziekenhuis beleidsmatig en financieel gezond te maken en de kwaliteit van de zorgverlening in de regio op het gewenste niveau te brengen. MC Groep streefde hierbij naar het autonoom en zelfstandig voortbestaan van de bestaande locaties. De financiering van de warme doorstart voor 5 jaar ter grootte van ruim EUR 50m was gewaarborgd door de MC Groep, centrale en lokale overheden, de balanssteun en de inverdiencapaciteit van het ziekenhuis. Daarnaast hadden de banken de aflossingen van de leningen destijds met een periode van 2 jaar uitgesteld. Deze inkomsten zouden worden besteed aan de uitgaven voor de reorganisatie en de aflossingen van verplichtingen aan de zorgverzekeraars.

Als onderdeel van de warme doorstart had het ziekenhuis organisatorische en corporate governance veranderingen doorgevoerd die moesten bijdragen aan het verbeteren van de aansturing van en verantwoording over de dagelijkse bedrijfsvoering. De belangrijkste veranderingen waren:

- Een nieuwe en tot 3 leden uitgebreide Raad van Bestuur met gescheiden taken en verantwoordelijkheden.
- Een nieuwe en tot 6 leden uitgebreide Raad van Toezicht, waarvan één door het Ministerie van VWS is benoemd.
- Het verdwijnen van een management laag zodat afdelingen direct rapporteren en verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur (een platte organisatie met korte lijnen).
- Wijziging in het clusteren en aansturen van afdelingen.

- Een resultaatverantwoordelijke duaal management structuur met een zakelijk en een medisch leider.
- Alle medisch specialisten in het ziekenhuis hadden een additionele bepaling bij het document Medische Staf ondertekend op het gebied van kwaliteit, service, productiviteit en loyaliteit. Deze bepaling heeft als doel een wezenlijke kwaliteitsverbetering door te voeren. Onderdeel van deze paragraaf is dat een conflictbepaling zal gelden die het mogelijk maakt om de toelatingsovereenkomst of arbeidsovereenkomst van specialisten per direct te beëindigen indien onafhankelijke deskundigen hebben vastgesteld dat een specialist in strijd met de kwaliteit- en serviceparagraaf functioneert.

Kwaliteitsverbetering is een van belangrijkste onderwerpen voor de Raden van Bestuur en Toezicht. Een onderdeel van de verbetering lag ten tijde van het schrijven van het kwaliteitsplan in het verder implementeren van een zichtbaar integraal kwaliteitsmanagement systeem. Dit is conform advies van Commissie Lodewick een van de voorwaarden voor een warme doorstart. MC Groep wilde kwaliteitsverbetering professioneel, transparant en zorgvuldig insteken met als doel dat kwaliteit onderdeel van de ziekenhuiscultuur werd.

Het kwaliteitsplan dat is geschreven in 2009 vormt onderdeel van het totale bedrijfsplan van het ziekenhuis. Het doel van dit plan van aanpak was het opbouwen van een zichtbaar kwaliteitssysteem, zodat duidelijk zou worden wat de kwaliteit van zorg is en dat deze kwaliteit ook verantwoord en goed is. Daarnaast dient de kwaliteit continu te worden geëvalueerd en verbeterd. Belangrijk hierbij is de plan-do-check-act cyclus: het maken van plannen en benoemen van resultaten, het uitvoeren van activiteiten, het evalueren van de resultaten en het bijstellen van de plannen.

Als eerste stap vond een inventarisatie plaats om kort gezegd goed te definiëren waar het ziekenhuis op dat moment stond, waar het wilde zijn en wat er moest gebeuren om te komen waar het ziekenhuis wilde zijn. Daartoe vonden gesprekken plaats met het medisch stafbestuur, zakelijk leiders en medische managers. Tevens vond toetsing plaats of het nieuwe kwaliteitsmanagement systeem voldeed aan de eisen en normen van verschillende stakeholders waaronder de IGZ. Vervolgens was het de bedoeling dat het plan gefaseerd geïmplementeerd werd door het uitvoeren van projecten.

Voor de verdere uitwerking en dagelijkse implementatie van het kwaliteitsmanagement systeem is een kwaliteitsmanager aangetrokken met de benodigde bevoegdheden, middelen en ondersteuning van de Raad van Bestuur. Het kwaliteitsmanagement systeem gaat gepaard met het verantwoordelijk stellen van medisch specialisten en medewerkers in alle gelederen in de organisatie. De voortgang van het plan van aanpak zou bewaakt worden door de Raden van Bestuur en Toezicht. Afgesproken werd destijds dat na de afronding van de implementatiefase het systeem op verschillende momenten getoetst en geëvalueerd zou worden.

2.2 Wet- en Regelgeving

Tijdens de Leidschendamconferentie in 1989 en 1990 is vanuit de zorgspelers actie ondernomen om de kwaliteitswet te veranderen (Schellekens et al., 2001). Het idee van de overheid van kwaliteitsregulering werkte niet goed. Waar de overheid dacht de kwaliteit van zorg zelf te kunnen regelen door gedetailleerde eisen te stellen aan de kwaliteit van zorg, bleek dat dit systeem demotiverend werd bevonden onder de professionals. Dit kwam door het feit dat erkenningseisen waar zorgaanbieders zich aan moesten houden alleen golden voor de zorginstellingen die gefinancierd werden uit de publieke middelen. Dat betekende dat er vanuit de overheid geen controle volgde op de privéklinieken (Casparie et al., 2001). Ook had de overheid de mogelijkheden niet om in te grijpen bij kwalitatief onderpresterende zorginstellingen. Met de constatering dat dit systeem niet werkte heeft de overheid een eerste aanzet gegeven tot de Kwaliteitswet Zorginstellingen die destijds in voorbereiding was. In 1994 is het wetsontwerp ingediend bij de Tweede Kamer en is na een aantal wijzigingen de wet op 1 april 1996 in werking getreden (Kamerstukken II: 93-94). Met deze invoering is de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing op alle zorginstellingen, ongeacht de financiering (Boot en Knapen, 2005). De achterliggende gedachte van de wet is om een goed kader aan te bieden aan de zorgaanbieders waarmee zij zelf invulling kunnen geven aan hun verantwoordelijkheden ten behoeve van het realiseren van de doelstellingen van de wet.

De kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) bestrijkt samen met de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) het hele veld van de gezondheidszorg. De twee wetten zijn gericht op de kwaliteit van zorg. De twee wetten verschillen van elkaar in die zin dat de kwaliteitswet zorginstellingen algemene eisen stelt die een zorginstelling zelf nader dient uit te werken en in te vullen.

De belangrijkste eis van de KWZ is opgenomen in art. 2. en houdt in dat de zorginstelling verantwoorde zorg levert aan de patiënt, cliënt en bewoner.

Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die effectief, efficiënt en patiënt-, cliënt-, en bewonersgericht wordt verleend door de zorginstelling (De Jong et al, 1998). De KWZ verplicht de zorginstellingen in feite een systematische kwaliteitszorg in te bedden in een kwaliteitssysteem.

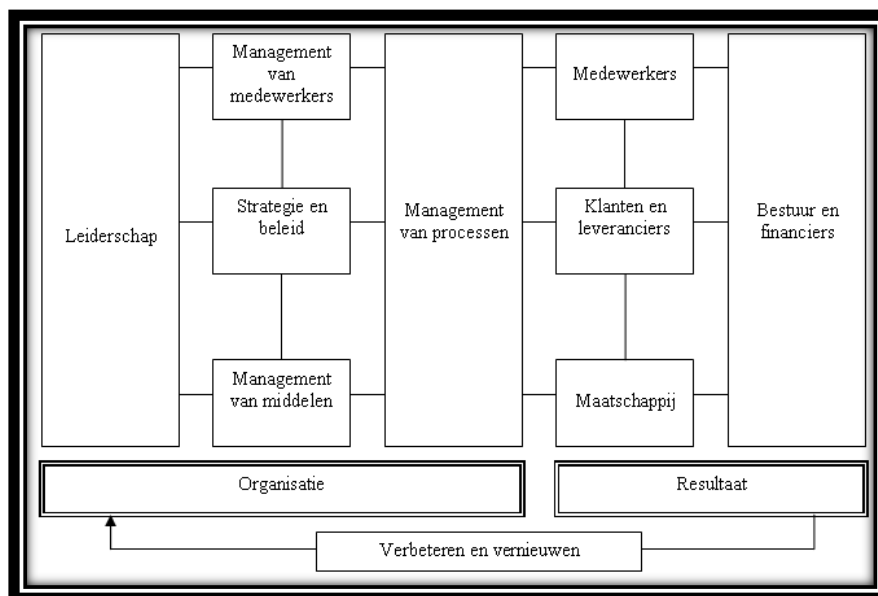
De zorgaanbieder is op grond van art.3 Kwaliteitswet Zorginstellingen tevens verantwoordelijk om de zorginstelling zodanig vorm te geven dat verantwoorde zorg verleend kan worden. Dit houdt in dat de zorginstellingen de personeelsbezetting, organisatiestructuur en de verdeling van verantwoordelijkheden in de instelling goed op orde moet hebben. De kern van artikel 3 Kwaliteitswet Zorginstellingen is om verantwoorde zorg te bemoedigen. Om verantwoorde zorg te kunnen leveren zoals is opgenomen in artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen dienen zorginstellingen kwaliteitssystemen in te bedden in hun organisatie. Het implementeren van een kwaliteitssysteem is geen snel proces en vergt jaren inspanning. Zowel de literatuur als de praktijk onderscheiden diverse kwaliteitssystemen. Systemen gaan daarbij uit van verschillende uitgangspunten. Daarnaast streven systemen verschillende doelen na en heeft ieder systeem voor- en nadelen. Met andere woorden, verschillende systemen zijn geschikt voor verschillende situaties. De hoofdmethoden van een kwaliteitssysteem zijn meten, verbeteren en borgen (Clarijs, 2013). De bekendste kwaliteitssystemen zijn de TQM, ISO, SQMF, BSA en het INK. Hieronder wordt kort ingegaan op het INK-model waarop het besturingsmodel van de MC groep is afgestemd.

Instituut Nederlandse Kwaliteit

Het *INK (Instituut Nederlandse Kwaliteit)* kwaliteitssysteem sluit nauw aan bij het *EFQM model* (European Foundation for Quality Management). Het INK heeft haar model namelijk afgeleid met een afstemming op de Nederlandse markt. Daarom zal in deze studie ook de focus op dit model worden gericht. Aan de basis van dit model staat het principe van 'zelfdiagnose'. Organisaties kunnen immers, middels het model, een diagnose stellen van de feitelijke situatie inzake kwaliteitsbeheersing. Het model van het INK kan in negen aandachtsgebieden onderverdeeld worden die onderling samenhangend zijn. In het model is zowel het presteren van een bedrijfsonderdeel evenals dat van de gehele organisatie terug te zien (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999:317). Onderstaande figuur (1) beeldt het INK model af.

Het model noemt daarbij een viertal resultaatgebieden.

Het eerste gebied is de waardering door klanten, dat gaat over de mate waarin de organisatie voldoet aan behoeften en verwachtingen van de externe klant. De tweede is de waardering door personeel. Het derde gebied is de waardering door maatschappij. Bij deze twee gebieden gaat het ook om de mate waaraan aan behoeften en verwachtingen van deze twee groepen wordt voldaan. Tot slot zijn er nog de ondernemingsresultaten (eindresultaten), oftewel de mate waarin de organisatie in staat is haar doelstellingen te bereiken (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999:318- 319).



Figuur 1: INK-Model

Naast het viertal resultaatgebieden onderscheidt het model tevens een vijftal organisatiegebieden. Het eerste gebied is leiderschap en gaat over de manier waarop managers door hun gedrag en beleid voortdurend aansturen op verbeteringen op kwaliteitsgebied. Het tweede gebied, beleid en strategie, kijkt naar de mate waarin kwaliteit tot uitdrukking komt in visie, missie en waarden van de organisatie. Daarnaast wordt hier ook gekeken naar de manier waarop daaraan in beleid en strategie invulling wordt gegeven. Personeelsmanagement is het derde organisatiegebied en gaat over de manier waarop de organisatie met haar werknemers omgaat. Het vierde gebied, management van middelen, gaat over de mate waarin de organisatie de beschikbare middelen effectief inzet. Tot slot is er het gebied management van processen waarin de manier waarop de organisatie haar processen identificeert, beheerst en verbetert centraal staat (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999:320-321).

Zowel de resultaat- en de organisatiegebieden worden middels matrices beoordeeld. De resultaatgebieden worden beoordeeld op basis van maatstaven bestaande uit de waardering vs. de meetpunten waarop gescoord kan worden.

De organisatiegebieden worden beoordeeld door het type ontwikkelingsfase tegen vooraf bepaalde deelaspecten per aandachtsgebied af te zetten. Vervolgens zet het INK model deze matrices om tot een totaalbeeld in de vorm van een profielschets (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999:318-323).

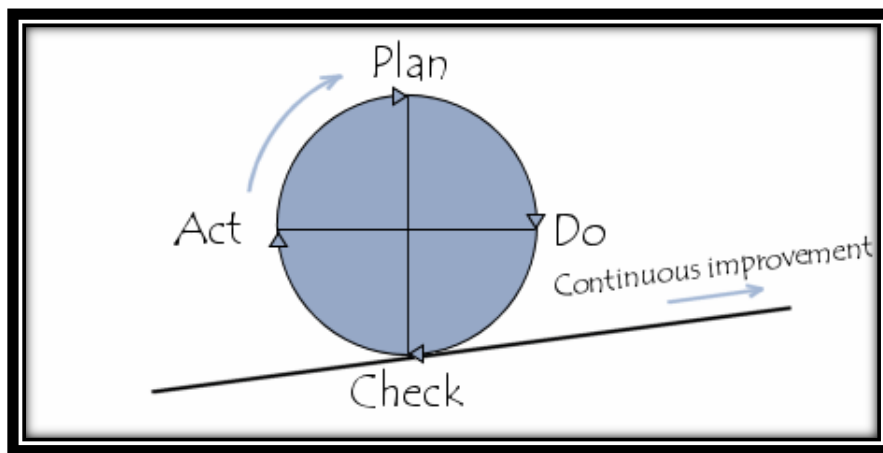
Bij het INK model wordt tevens een aantal kanttekeningen geplaatst. Een eerste punt is de ontbrekende mogelijkheid tot convergentie. Het model is niet of nauwelijks aanpasbaar aan aspecten van een organisatie. Wel heeft het INK een aantal handleidingen uitgebracht voor de aanpassing aan bepaalde branches zoals bijvoorbeeld ondernemingen en non-profitorganisaties en gidsen voor verschillende branches (INK, 2013). Een ander kritiekpunt betreft de onvolledigheid van het model. Het model besteedt relatief weinig aandacht aan veranderingen binnen een organisatie, het wordt hier uitsluitend als een beheersbaar en projectmatig proces gezien. Ook het aspect cultuur blijft, wellicht als gevolg hiervan, onderbelicht (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999:325- 326).

Verder behoeft het noodzaak om hier ook te kijken naar de principes van kwaliteitsmanagement. Deze principes gaan in op de klantgerichtheid, procesbeheer, continue verbetering, en de actieve mensen binnen een organisatie. Het is belangrijk om bij deze principes stil te staan omdat de MC Groep bij de uitvoering van het kwaliteitsbeleid deze principes ook in acht neemt.

Zo is het eerste principe, de klantgerichtheid van belang als een organisatie aan de behoeften van de klant wil voldoen. Daarbij moet er kennis zijn van de behoeften en verwachtingen onder klanten. Van belang is dat de organisatie daarbij a. voortdurend streeft naar verbetering van de klanttevredenheid, b. doelgerichte communicatie met de klant bevordert, en c. de klanttevredenheid meet en op basis daarvan maatregelen treft. De MC Groep heeft de ambitie om zorg van verantwoorde en goede kwaliteit te leveren die voldoet aan de gestelde normen, eisen en belevens van interne en externe stakeholders. De patiënt (klant) staat hierin centraal (Integraal Kwaliteitsplan MC Groep, 2008:28). Dit is een van de belangrijkste principes in het kwaliteitsmanagement omdat klanttevredenheid gezien wordt als een voorwaarde voor succes (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999:82).

Een tweede principe, de in dit onderzoek het belangrijkste principe, is dat van *procesbeheer*. Kwaliteitsmanagement berust op een visie dat kwaliteit tot stand komt middels een proces. Dit proces wordt in de literatuur betiteld door een bepaalde input die tot een bepaalde output leidt. Wat er tussen de input en output gebeurt is het proces van transformatie. Hier kan onderscheid gemaakt worden tussen beheersing van input, doorvoer en output. (Jorissen, 2002: 44-45).

In figuur 2 is de cyclus van projectbeheersing weergegeven.



Figuur 2: Demingcyclus

De cyclus bestaat afgebeeld uit vier opeenvolgende stappen. De eerste stap, *plan*, gaat over de zorgvuldige planning van activiteiten die ondernomen worden. Hier worden o.a. kwaliteitsdoelstellingen, productvereisten en methoden vastgelegd. In de tweede fase, *do*, wordt het plan uitgevoerd. Dit kan gezien worden als een soort van proefproject. Hierop volgt de derde fase, *check*, waarin het project wordt geëvalueerd. Door prestatie-indicatoren worden effecten van de acties gemeten. In de laatste fase, *Act*, worden de verbeteringen en vernieuwingen ingevoerd. Vervolgens worden nieuwe kwaliteitsdoelstellingen e.d. geformuleerd waardoor men weer bij de eerste fase aankomt (Wentink, 1999:127-128).

Continue verbetering is het derde principe en sluit nauw aan bij dit model. Het gaat om het continu verbeteren van de kwaliteit die een organisatie wenst aan te bieden. Dit heeft betrekking op zowel de producten en diensten maar ook de interne processen (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999, p. 83).

Vanuit die gedachte dat elke activiteit voor verbetering vatbaar is en er voor ieder probleem een betere oplossing is gaat de bovenstaande cyclus (figuur 2) tevens op voor dit principe. Integrale verbetering is daarbij belangrijk om toe te passen en processen te verbeteren. De MC Groep werkt vanuit aan gedachten om door het beleid en de processen volgende de plan-do-check-act cyclus uit te voeren zodat er grip op kwaliteit gekregen wordt (Integraal Kwaliteitsplan MC Groep, 2008:36). Naast het continu verbeteren is het borgen van kwaliteit ook een belangrijk aspect van kwaliteitsmanagement (Jorissen, 2002:55-58).

Niet geheel onbelangrijk zijn tot slot de principes die gewijd zijn aan de mensen die werkzaam zijn binnen de organisatie. Hierbij zijn termen als teamwork, participatie en leiderschap van grote waarde. Bij teamwork en participatie wordt het verwijderen van hiërarchische grenzen tussen afdelingen in de organisatie belangrijk geacht. Medewerkers dienen samen te werken en proberen te participeren in de besluitvorming van de organisatie en daarmee een bijdrage te leveren aan de verbetering. Het idee dat “*de mens prima in staat is zichzelf te managen mits hij daarvoor voldoende is uitgerust (kennis, vaardigheden, informatie enz.)*” wordt hierdoor ondersteund (van der Bij, Broekhuis, en Gieskes, 1999:82-83). Leiderschap daarentegen pleit echter voor een heldere organisatiestructuur met daarbij horende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het principe van leiderschap vereist een langetermijnvisie als ook een gewenste stuwkracht richting het juiste resultaat. Leiderschap is met name belangrijk in de beleidsontwikkelingsfase.

Ten tijde van het schrijven van het kwaliteitsbeleid heeft de MC Groep besloten te kiezen voor de aandachtsgebieden *leiderschap en processen* zoals deze zijn weergegeven in het INK model. Leiderschap in de organisatie is belangrijk omdat verantwoordelijkheidsstelling en aansturingbepaling de basis vormen van kwaliteitsborging.

Processen verdient de tweede focus omdat het ontwerpen, beheersen, verbeteren en vernieuwen de kern van de dagelijkse geleverde zorg en dus doelmatigheid, kwaliteit en veiligheid, raakt.

2.3 Kwaliteitsbeleid MC Groep

Het kwaliteitsbeleid van De MC Groep is geschreven in oktober 2009 door beleidsmedewerkers van het ziekenhuis in samenwerking met de managers en externe deskundigen. Het destijds geschreven integraal kwaliteitsplan is een plan van aanpak voor het opbouwen van een kwaliteitssysteem binnen de MC groep.

De MC Groep had twee belangrijke hoofddoelstellingen met betrekking tot kwaliteit de komende jaren:

1. Het ziekenhuis wil structuur aanbrengen in de kwaliteitsorganisatie door 'kwaliteit' te beschouwen als de feitelijke kernactiviteit van de organisatie. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit ligt in de lijnorganisatie. De zakelijk leider van een vakgroep en het hoofd van een afdeling zijn gezamenlijk verantwoordelijk (dual management) voor de resultaten van de door hun geleverde zorg.
2. Naast het aanbrengen van structuur wil het ziekenhuis bewerkstelligen dat een verbetercultuur gemeengoed wordt. Het doorlopen van verbetertrajecten moet de standaard worden van de organisatie.

De bovenstaande doelstellingen hebben zich vertaald in vijf thema's die geïmplementeerd dienen te zijn de periode 2009-2013.

1. MD- programma (Management Development Programma)
Doel: opzetten en uitvoeren van een continue MD-programma voor zakelijk leiders en leidinggevendenden over Kwaliteit, Veiligheid, Beleid en Arbo onderwerpen.
2. Veiligheidsmanagement systeem (VMS)
Doel: VMS verder vormgeven. VIM Uitrollen, veiligheidsthema's oppakken, uitvoeren cultuur enquête en nulmeting, opzetten complicatieregistratie voor alle vakgroepen, bespreken complicaties en ondernemen verbeteracties.
3. Individueel functioneren medisch specialisten
Doel: scholen van specialisten en voeren toetsingsgesprekken
4. Prestatie-indicatoren
Doel: Aanpak uitwerken en uitvoeren om meer indicatoren te meten, meer te voldoen aan normen en continu verbeteren onderliggende processen.

5. Proces en documentbeheersysteem MAVIM

Doel: benoemen content manager, verbeteren technische mogelijkheden en aanvullen ontbrekende informatie

De analyse van het onderzoek bestaat uit de analyse van deze vijf thema's die tevens de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid zijn. Zij zullen in dit onderzoek volgens het operationalisatieschema worden gemeten en geanalyseerd.

Deel 3 Theoretisch kader

In dit deel wordt een overzicht gegeven van theorieën over beleidsimplementatie en wordt een link gelegd tussen implementatie en evaluatie van beleid. Tevens zal er met behulp van een aantal implementatietheorieën een kader gevormd worden aan de hand waarvan in dit onderzoek de implementatie van het kwaliteitsbeleid geëvalueerd zal worden en waarmee uiteindelijk de hoofdvraag: *“welke factoren verklaren het al dan niet behalen van de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep tussen 2009- 2013 en welke aanbevelingen kunnen gegeven worden voor het nieuwe kwaliteitsbeleid en de implementatie daarvan”* beantwoord zal worden. Ten slotte zal in dit deel ook het model voor de evaluatie geoperationaliseerd worden.

3.1 Betekenis van beleid

In politiek en het openbaar bestuur wordt beleid gezien als een sleutelwoord. Het woord wordt ongetwijfeld veelvuldig gebruikt in het publieke domein. Vaak heeft iedereen wel een gevoel bij wat er onder beleid wordt verstaan, maar een exacte omschrijving is in dit onderzoek noodzakelijk.

In de literatuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen beleid dat simpelweg wordt gezien als activiteiten van de overheid en beleid als een proces waarin gaandeweg keuzes worden gemaakt. Kleijn omschrijft beleid als volgt: *“onder beleid verstaan we het aangeven van de richting en middelen waarmee het management de gestelde organisatiedoelen wil gaan realiseren”* (2005: 11). Hoogerwerf en Herweijer geven een definitie van beleid: *“beleid of beleidsinhoud wordt hier omschreven als het streven naar het bereiken van bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en bepaalde tijdskeuzen”* (2003: 20). Socioloog Becker omschrijft beleid als *“georganiseerde sociale beheersing”* (geciteerd in Hupe, 2007:10). Al met al kan er geconcludeerd worden dat beleid volgens sommige auteurs een handelen, volgens anderen een plan en volgens weer anderen zowel een plan als handelen wordt genoemd (2003:20).

Het is belangrijk dat er in dit onderzoek één definitie van beleid gehanteerd wordt om het woord beleid consequent te kunnen gebruiken. Gezien de centrale vraag van het onderzoek wordt er in dit onderzoek het gedachtegoed van Hoogerwerf en Herweijer over beleid aangehouden.

Hoogerwerf en Herweijer omschrijven beleid als “*het streven naar het bereiken van bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en bepaalde tijdskeuzen*”(1998:23). Zij zien beleid dan ook als iets dat zowel activiteiten als denkbeelden bevat. Beleidsdenken is volgens Hoogerwerf en Herweijer (2003) denken in termen van doeleinden en middelen, ook wel finaal denken genoemd. Omdat in dit onderzoek sprake is van het in kaart brengen van de implementatie van processen met doeleinden en middelen is deze definitie het meest van toepassing op de vraagstelling van dit onderzoek. Beleid wordt in deze context als het ware gezien als een plan (het kwaliteitsbeleid) en als het handelen (processen die doorlopen worden om het kwaliteitsbeleid uit te voeren) in een situatie. Omdat het kwaliteitsbeleid een zeker tijdsplan kent waarin de implementatie ervan moet geschieden, vormt dit eveneens een argument tot keuze voor deze definitie.

3.2 Beleidsimplementatie en –evaluatie

Een definitie van implementatie die van ZonMw is en die ook leidend is in dit onderzoek is: “een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen (...) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg” (Geciteerd in Ravensbergen et al., 2003:17).

Grol (2011) stelt daarbij dat deze definitie verschillende elementen bevat en ontleedt deze definitie als volgt:

- a. Procesmatige en planmatige invoering: hier gaat het om de voorbereiding van de invoering van de verbetering in de klinische praktijk waarbij strategieën worden gebruikt om veranderingen door te krijgen dat wordt gebaseerd op analyse van problemen of doelgroep. Meestal is er sprake van een incrementele aanpak waarin op basis van opgedane ervaringen de volgende stappen worden gezet en de aanpak van de implementatie wordt aangepast en verbeterd.
- b. Vernieuwingen en/of verbeteringen: betreft het invoeren van werkwijzen, technieken of organisatievormen die nieuw, anders of gewoonweg beter zijn dan wat gebruikelijker is in een bepaalde situatie.
- c. structurele plaats: implementatie moet tot blijvende verandering leiden.
- d. in het beroepsmatig handelen, het functioneren van de organisatie(s) of structuur van de gezondheidszorg.

Het moge duidelijk zijn dat implementatie van nieuwe werkwijzen en verbeteringen in de praktijk zowel worden gedreven door het verschijnen van nieuwe wetenschappelijke inzichten als door het feit dat het huidige beleid in praktijk niet goed functioneert.

Hoogerwerf en Herweijer omschrijven evaluatie als: “het beoordelen van de voorstelling of waarneming van een bepaald verschijnsel aan de hand van bepaalde criteria” (1998: 131-132). Beleidsevaluatie is een evaluatie van de inhoud, processen of effecten van een beleid. Evaluatieonderzoek is vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw in Nederland vaak verricht. Eind jaren negentig is evaluatieonderzoek een van de meest populaire vormen van wetenschappelijk onderzoek geworden (Swanborn, 1999).

Bij beleidsevaluatie is er volgens Swanborn (1999) sprake van een duidelijk geformuleerde probleemstelling, een doordacht ontwerp voor een onderzoek, een systematische dataverzameling en –analyse, een rapportage waaruit blijkt op welke punten de probleemstelling wel en op welke punten niet is opgelost.

Het directe doel van evaluatieonderzoek is verzamelen, analyseren en rapporteren.

Dit is gericht op het vaststellen van het slagen of falen van een interventie¹ (Swanborn, 1999).

Beleidsevaluatie kent vele vormen. Deze kunnen variëren van kritische beschouwingen in de pers tot diepgaand wetenschappelijk onderzoek. Evaluatie hoeft echter niet noodzakelijkerwijs na de beleidsuitvoering te komen. Het kan gezien worden als een aspect of een deelproces van andere deelprocessen van het beleidsproces. Volgens Hoogerwerf en Herweijer berusten evaluaties op drie zaken: “ de keuze van het onderwerp, de waarneming van dat onderwerp en de criteria aan de hand waarvan dit waargenomen onderwerp wordt beoordeeld” (1998: 178). Hierdoor laat evaluatieonderzoek zich verdelen in verschillende typen. Het onderwerp van de evaluatie kan onderverdeeld worden naar het beleidsterrein waarop de evaluatie betrekking heeft.

Steeds vaker zijn er clusters te onderscheiden van evaluatieonderzoek waarbinnen onderzoekers goed op de hoogte zijn van studies in die cluster, maar minder van studies op andere terreinen.

¹ Interventie: samenhangend stelsel van activiteiten en/of maatregelen dat door de uitvoerder ondernomen wordt, teneinde een bestaande situatie te veranderen in de richting van de gewenste situatie. Een bewuste poging dus tot beïnvloeding van de werkelijkheid door een actor, in de richting van expliciet gestelde doeleinden.

Dat betekent dat goede beleidsevaluatie, behalve kennis van beleidsprocessen, ook vakinhoudelijke deskundigheid behoeft op betreffende beleidsterreinen (Hoogerwerf en Herweijer, 1998).

Een tweede onderscheid dat gemaakt kan worden naar onderwerp, heeft te maken met de tijdsdimensie. Er zijn twee soorten evaluaties, te weten: ex ante- evaluaties en ex post- evaluaties. Het onderscheid tussen beide vormen is betrekkelijk. Bij de eerste vorm worden inhoud, processen of effecten van beleid vooraf beoordeeld en bij de tweede vorm gaat het om een beoordeling van beleid dat al in werking is of is geweest. Een derde onderscheid naar onderwerp is het onderscheid naar inhoud, proces of effecten van het beleid. Deze drie onderdelen kunnen afzonderlijk worden geëvalueerd. Meeste beleidsevaluaties stellen de effecten van het beleid centraal. Dit wordt ook wel productevaluatie genoemd. Wanneer men zich beperkt tot het evalueren van het proces, is dat meestal omdat men niet in staat is gegevens over de effecten te verkrijgen, bijvoorbeeld wanneer het beleid nog maar kort in werking is getreden. In dit onderzoek staat zoals eerder vermeld de ex-post evaluatie centraal van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep. Er wordt namelijk gekeken naar de uitkomsten van beleid evenals de processen die daarmee gepaard gaan. Een laatste onderscheid op het onderwerp is de zogenaamde summative evaluation. Wanneer de evaluatie zich beperkt tot het vaststellen van de beleidseffecten, kan deze informatie binnen het beleidsproces redenen opleveren voor de voortzetting of beëindiging van het beleid. In dit onderzoek wordt echter niet gekeken naar de effecten van het beleid zo zeer, maar in hoeverre die doelstellingen van het beleid gehaald zijn. Een tegenpool van deze evaluatie is de formative evaluation waarbij het wel de bedoeling is dat de verzamelde informatie wordt gebruikt om de beleidsvoering en eventueel inhoud van het beleid bij te stellen (Hoogerwerf en Herweijer, 1998). Dit onderzoek zal dan ook aan de hand van de formative evaluation, de verzamelde informatie en analyse van het onderzoek, openbaar stellen zodat beleidsontwikkelaars en beleidsuitvoerders inzicht krijgen in de resultaten van het gevoerde beleid.

Bij evaluatieonderzoek naar beleidseffecten is het zelden mogelijk het onderwerp van het onderzoek te manipuleren om een zo sterk mogelijke onderzoeksopzet te krijgen. Zo zal het bijvoorbeeld zelden voorkomen dat men het beleid op willekeurig gekozen plaatsen wel en op andere niet invoert om een vergelijking van ontwikkeling met en zonder beleid mogelijk te maken.

Een zuiver experiment is meestal niet mogelijk en daarom kan een onderzoeker het zich niet veroorloven bij een gegeven evaluatieonderwerp en evaluatievragen op voorhand bepaalde soorten gegeven of methoden uit te sluiten.

Hoogerwerf en Herweijer omschrijven de beste methode van evaluatieonderzoek dan ook als volgt: “*de methode van het zo goed mogelijk benutten van geboden kansen*” (1998:184). Hierbij is het belangrijk dat methoden uit verschillende benaderingen worden gecombineerd zodat er een verrijking ontstaat van het beeld van de situatie. Het combineren van verschillende methoden ter bestudering van dezelfde evaluatievraag kan de zwakke punten van de afzonderlijke methoden ter bestudering van dezelfde evaluatievraag ondervangen. In deel 4, methoden en operationalisatie, wordt uitgebreid ingegaan op de methoden en technieken die in dit onderzoek zijn gebruikt.

Het voornaamste doel bij evaluaties is leren. Dat brengt een probleem met zich mee, namelijk dat er nieuwe informatie tot stand moet worden gebracht in evaluatieonderzoek. Wanneer er met die informatie wat gedaan wordt, kan men er pas van leren. Of dit ook daadwerkelijk gebruikt wil worden door beleidsmakers blijft nog altijd de vraag. Vaak worden er meta-evaluaties gedaan om te kijken of evaluatie onderzoek daadwerkelijk wordt benut. Het kan wel eens gebeuren dat resultaten van een onderzoek ergens blijven hangen en niet worden gebruikt. Tevens is het om te kunnen leren van evaluaties variëteit nodig. Men moet openstaan voor meerdere aanpakken om leren over beleid niet te schaden. Het leerproces van beleidsontwerpers en beleidsbepalers moet daarom ondersteuning krijgen door evaluatieonderzoek (Hoogerwerf en Herweijer, 1998).

Evaluatiestudies bieden handvaten aan om bestaand beleid te analyseren en te verbeteren. Omdat in dit onderzoek gekeken wordt naar uitkomsten en processen is het noodzakelijk dat er inzichten verkregen worden uit verschillende implementatietheorieën.

3.3 Implementatietheorieën

In hun boek 'Implementing public policy' geven Hill en Hupe een definitie voor implementatie onderzoek: "what happens between policy expectations and (perceived) policy results' (2009:2). Er bestaat de noodzaak om uit te leggen wat er gebeurt en de noodzaak om te beïnvloeden wat er gebeurt. Hill en Hupe hebben in hun boek vooral gekeken naar de inspanningen om uit te leggen wat er gebeurt en geven de volgende definitie van implementatie waarbij ze een gedachtegoed aanhalen van Webster en Roger: "Implementation, to us, means just what Webster and Roger say it does: to carry out, accomplish, fulfill, produce, complete" (2009:3). Vervolgens sluiten ze aan bij de definitie van Mazmanian en Sabatier: "Implementation is the carrying out of a basic policy design, usually incorporated in a statute but which can also take the form of important executive decisions or court decisions." (Hill en Hupe, 2009:7).

Onderzoek naar beleidsimplementatie heeft sinds 1970 een belangrijke plaats gekregen onder sociale wetenschappers toen Presman en Wildavsky dit onderwerp van aandacht maakten. Het voornaamste doel van onderzoek in die tijd was om een concrete beleidsimplementatie theorie te vinden (Paudel, 2009). Presman en Wildavsky hebben een studie gedaan naar de situatie die zich in Oakland heeft voorgedaan. Zij schetsen in hun boek 'How great expectations in Washington are dashed in Oakland' hoe non-implementatie van beleid verloopt. De lessen uit het boek dienen een nieuw moraal in zicht te brengen. Het uitvoeringsproces wordt gekenmerkt door een serie schakels tussen beleid en uitvoering. Hierbij zijn verschillende actoren betrokken en is het soms niet uit te sluiten dat er onenigheid ontstaat over beleid en uitvoering. De uitvoering verloopt succesvol wanneer alle actoren het grotendeels met elkaar eens zijn (Pressman en Wildavsky, 1984:107-108).

De eerste generatie implementatieonderzoek was een systematische inspanning in de jaren '80 om de factoren te analyseren die beleid faciliteerden of belemmerden (Sabatier en Mazmanian, in Paudel 2009:38). De tweede generatie implementatiestudies legde een focus op het beschrijven en analyseren van de relatie tussen beleid en praktijk. Deze studies hebben belangrijke resultaten opgeleverd voor beleid, praktijk en analyses. Deze generatie leerde ook het belang van de termijnen: op welk punt in de geschiedenis implementatie plaatsvindt en over welke tijdsperiode (Van Horn, in Paudel 2009: 39). Het top-down perspectief veronderstelt dat beleidsdoelen gespecificeerd worden door beleidsmakers en implementatie succesvol uitgevoerd kan worden door zekere mechanismen op te zetten (Paudel:39).

Het top-down perspectief heeft de neiging om generaliseerbare beleidsadviezen aan te wenden. Bij het herzien van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep zal ook stilgestaan worden bij de uitvoering van het beleid middels het top-down of bottom-up perspectief. Dit om aan te kunnen geven in hoeverre deze benaderingen bijdragen aan het al dan niet succesvol implementeren van beleidsdoelstellingen. Volgens Matland (1995:146) besteedt het bottom-up perspectief aandacht aan de formele en informele relaties tussen beleidssubsystemen die belast zijn met het maken en uitvoeren van beleid (Howlett en Ramesh, in Paudel 2009:41). De eerste en tweede generatie van implementatieonderzoek heeft zich vervolgens uitgebreid met de derde generatie: integratie van de twee scholen topdown en bottom-up.

3.3.1 Benaderingen van beleidsuitvoering

Studenten van implementatiestudies houden voet bij stuk dat problemen geconstateerd moeten worden wanneer beleid wordt gemaakt. Er zullen betere beleidsresultaten ontstaan wanneer beleidsmakers kunnen nadenken of hun beslissingen kunnen worden geïmplementeerd voordat zij gekoppeld worden aan acties. Volgens Elmore (1980) zijn er twee duidelijk te onderscheiden benaderingen van implementatie: forward mapping en backward mapping. Forward mapping is de strategie waarbij gedacht wordt aan hoe een beleidsmaker het implementatieproces kan beïnvloeden. Forward mapping versterkt de mythe dat implementatie wordt bediend vanaf het hoogste niveau (Top-Down perspectief) en dat organisatorische eenheden in het implementatieproces gelinkt zijn in hiërarchische relaties.

Backward mapping is de benadering waarin gedrag op het laagste niveau kan worden veranderd met beschrijving van een reeks van activiteiten die voor verandering kan zorgen waarbij deze procedure herhaald wordt tot het centrale niveau wordt bereikt. Bij het gebruik van backward mapping kunnen beleidsmakers meer geschikte instrumenten vinden dan die aanvankelijk zijn gekozen. Dit proces besteedt aandacht aan de interpretaties van beleidsproblemen en de mogelijke oplossingen van de micro uitvoerders en doelgroepen. Deze benadering heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het bottom-up perspectief. Wanneer forward en backward mapping op een zelfde probleem worden toegepast leveren ze verschillende resultaten op.

Elmore (1985) adviseert om beide modellen te gebruiken bij beleidsimplementatie omdat beide modellen waardevolle inzichten leveren voor beleidsmakers.

Elmore claimt dat beleidsontwikkelaars na moeten gaan welke instrumenten en bronnen zij tot hun beschikking hebben (forward mapping) alsook de structuur van de doelgroep en het vermogen van de streetlevel bureaucraten om de problematische situatie van de doelgroep te beïnvloeden (Peters en Pierre, 1995).

Volgens Matland is de discussie die Elmore teweeg bracht bruikbaar, echter hij stelt dat het bij de theorie van Elmore ontbreekt aan de verklarende kracht van theorie.

Omdat in dit onderzoek gekeken zal worden naar uitkomsten en processen is deze theorie van Elmore die de verklarende kracht mist, in dit onderzoek niet voldoende om het onderzoek goed uit te kunnen voeren. Volgens Matland worden er geen specifieke onderlinge verbanden verondersteld en meer specifiek, er zijn geen hypothesen die getoetst kunnen worden.

Matland (1995) komt daarom met een meer uiteengezette theorie van de bottom-up en top-down benadering.

3.3.2 Integratie top-down en bottom-up

Aanhangers van de top-down theorie zien beleidsontwikkelaars als de centrale actoren en richten zich op factoren die beïnvloed kunnen worden op centraal niveau. Top down modellen zien implementatie als de mate waarin de acties van de uitvoerders (street-level bureaucrats) overeenkomen met de doelen die zijn gesteld in de autoritaire besluitvorming.

De bottom-up benadering besteedt aandacht aan de formele en informele relaties die bestaan uit de subsystemen die belast zijn met het maken en implementeren van beleid (Paudel, 2009). Aanhangers van deze theorie zien de uitvoerders (service deliverers) als de centrale actoren en stellen dat beleid wordt gemaakt op uitvoeringsniveau. Zij stellen dat de doelen, strategieën, activiteiten en contracten van de betrokken actoren in het implementatieproces begrepen moeten worden om zodoende implementatie te kunnen begrijpen.

De invloed van beleid op de acties van de street-level bureaucraten² (zij worden centraal gesteld in het politieke proces) moet worden geëvalueerd om daarmee de beleidseffecten te kunnen begrijpen. Top-down aanhangers richten de focus op het geven van een richtinggevend advies (Matland, 1995).

Hoewel beide benaderingen (top-down en bottom-up) aandacht besteden aan het implementatieproces, bestaat er toch een conflict tussen deze twee benaderingen.

Er bestaat kritiek op deze benaderingen zoals bijvoorbeeld dat top-down aanhangers de

² Street level bureaucraten worden hier gezien als de centrale actoren in het politieke proces. Zij worden gezien als degenen die het publiek het beste begrijpen omdat zij daarmee in direct contact staan (Matland, 1995).

vooraangaande acties en onderhandelingen in een beleidsproces niet in ogenschouw nemen. De kritiek die wordt gegeven op het bottom-up model bevat een normatieve als een methodologische kant. De normatieve kritiek die wordt gegeven is dat van democratische legitimiteit. Beleid zou alleen gevoerd mogen worden door actoren die hun macht ontleen aan het feit dat zij door soevereine kiezers zijn aangewezen om hen te vertegenwoordigen. De methodologische kant benadrukt het niveau van de lokale autonomie. De methodologie is gebaseerd op waarnemingen en daarom worden indirecte effecten en de effecten waar actoren zich niet bewust van zijn niet geregistreerd (Matland, 1995).

Omdat beide benaderingen kritiek bevatten heeft Matland een model gepresenteerd dat beide benaderingen combineert: het ambiguïteit-conflict model. Matland geeft vier implementatieparadigma's weer. Deze zijn afgebeeld in figuur 3 en per paradigma kort toegelicht.

		<u>Conflict</u>	
		Low	High
<u>Ambiguity</u>	Low	1. <u>Administrative implementation</u> Resources	2. Political Implementation Power
	High	3. <u>Experimental Impelmentation</u> Contextual Conditions	4. <u>Symbolic Implementation</u> <u>Coalition Strength</u>

Figuur 3: Ambiguity-conflict model (Matland, 1995: 160)

Administrative Implementation

Het belangrijkste principe bij deze paradigma is dat de uitkomsten worden bepaald door de middelen (resources) die voorhanden zijn (Matland, 1995). Het implementatieproces kan vergeleken worden met een machine. Aan de top van de machine is een centrale autoriteit. Deze autoriteit beschikt over informatie, middelen en sanctiemogelijkheden om het gestelde doel te behalen. Informatie wordt top-down aangevoerd. Implementatie volgt vanuit een

hiërarchische structuur waarin elke laag van de laag er boven bevelen opvangt. In elke laag hebben uitvoerders een helder idee van hun verantwoordelijkheden en hun taken. Lage mate van conflict betekent dat het duidelijk is welke actoren actief zijn in het implementatieproces. De transparantie van de technologie maakt het duidelijk welke bronnen noodzakelijk zijn. Dit proces van administratieve implementatie is daarom niet beïnvloedbaar door invloeden van buitenaf. In deze situatie is er een lage vaagheid van doelen/middelen en een laag conflict. Bij beleidsimplementatie betekent dit dat het succes van de implementatie zal afhangen van of er voldoende middelen beschikbaar zijn. Er zal in dit onderzoek dus ook gekeken worden naar de middelen die voor de implementatie van het kwaliteitsbeleid beschikbaar zijn gesteld.

Political Implementation

Lage vaagheid en een hoog conflict zijn kenmerkend voor politieke besluitvormingsmodellen. Actoren hebben duidelijk geformuleerde doelen. Conflicten kunnen ontstaan over interpretaties van de gestelde doelen. De centrale principes in dit model zijn dat implementatie-uitkomsten worden bepaald door macht (power). In sommige situaties kan het zo zijn dat actoren of een groep actoren dermate veel macht heeft dat zij hun wil kunnen opleggen aan anderen. In andere situaties zijn actoren aangewezen op onderhandelingen. Het bottom-up argument dat implementatie vanaf het microlevel plaatsvindt, faalt hierin omdat het geen rekening houdt met de aanzienlijke kracht en macht dat uitgeoefend kan worden op beleid dat niet ambigu is en expliciet geformuleerd (Matland, 1995:165).

Experimental Implementation

Als beleid bestaat uit een hoge mate van vaagheid en een laag conflict zullen de uitkomsten afhangen van welke actoren betrokken en actief zijn. Het centrale principe van deze vorm van implementatie is dat contextuele condities het proces domineren. Dit proces van implementatie is meer kwetsbaar door invloeden van buitenaf dan andere processen. Uitkomsten hangen af van de middelen en actoren die aanwezig zijn in de micro implementatie omgeving. Deze verschillen nogal waardoor er grote variaties in beleidsuitkomsten kunnen ontstaan. Deze manier van implementeren toont overeenkomsten met de ‘garbage can³’ besluitvorming.

Symbolic Implementation

In deze situatie bestaat er zowel een hoge vaagheid als een hoge mate van conflict. Deze

³ Garbage can: dit besluitvormingsmodel is in tegenstelling tot het rationele besluitvormingsmodel, een model dat problemen, oplossingen en besluitvormers loskoppelt (Borkowski, 2009).

situaties komen het minst voor omdat vaag beleid formuleren het minste conflicten oproept. Desalniettemin bestaan situaties waarin symbolische implementatie te zien is. Symbolisch beleid speelt een belangrijke rol in het bevestigen van belangrijke waarden en principes. Het centrale principe bij deze implementatie is dat de lokale coalitiekraacht de uitkomsten van beleid bepaalt. De beleidsrichting wordt bepaald door de coalitie van actoren die de voorhanden zijnde middelen controleren. In tegenstelling tot de politieke implementatie is hierbij coalitiekraacht op microlevel wel bepalend voor de implementatie uitkomsten en is er dus een bottom-up benadering zichtbaar (Matland, 1995:170).

De verschillende visies op implementatie bevatten allemaal een kern van waarheid. Het is belangrijk dat dit wordt ingezien en dat beide scholen (top-down en bottom-up) relevantie hebben binnen de verschillende implementatie situaties. Top-down modellen zijn accuraat wanneer er een helder beleid is gevormd en er weinig conflict is. Bottom-up modellen zijn bruikbaar wanneer beleid vaag en zonder conflicten is. In alle andere gevallen zijn beide modellen relevant.

Het model van Matland (1995) biedt een theorie gebaseerde benadering van implementatie. Matland ontkent dat de mate van beleidsvrijheid expliciet door uitvoerders wordt gekozen en erkent dat het kan leiden tot beleidsconflicten wanneer zij wel zelf de mate van beleidsvrijheid bepalen (Hill en Hupe, 2006 in Paudel, 2009:43). Volgens Coolsma (geciteerd in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:124) blijkt dat onafhankelijk van de gekozen benadering (top-down of bottom-up) steeds weer dezelfde factoren de uitkomsten van de uitvoering van beleid beïnvloeden. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat meeste organisaties een duurzame structuur en cultuur kennen waarbinnen vaste patronen van uitvoerend handelen ontstaan. Derhalve zal de theorie van Coolsma en het actoren- en factorenmodel de boventoon voeren in dit onderzoek. Omdat dit model van Coolsma zich richt op overheden en niet op ziekenhuizen zal tijdens het onderzoek het een en ander aan het model worden aangepast.

3.3.3 Naar een implementatietheorie

Volgens Coolsma is implementatie: “het omzetten van besluiten van beleidsbepalers in handelingen van organisaties, gericht op het nastreven van gewenste situaties” (2004:119). Bij beleidsuitvoering gaat het om de toepassing van middelen van beleid om daarmee bepaalde doelen te bereiken. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen beleidsprestaties en beleidseffecten.

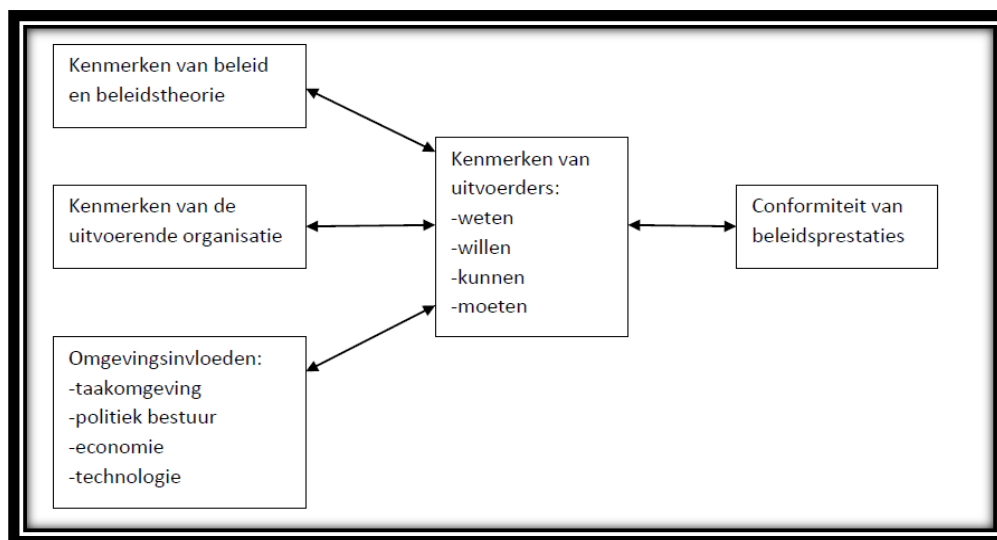
Het is belangrijk dat er bij uitvoering van beleid conformiteit is. Dit betekent dat bij conforme beleidsimplementatie beleidsprestaties van de uitvoerders overeenkomen met de bedoelingen van beleidsbepalers. Deze conformiteit vertaalt zich naar drie verschillende velden:

- Conformiteit van beleidsprestaties: hierbij is het belangrijk dat de beleidsprestaties overeenkomen met de bedoelingen van de beleidsbepaler. In de MC Groep wordt het kwaliteitsbeleid bepaald door beleidsmedewerkers. De conformiteit van beleidsprestaties zou hier moeten betekenen dat het beleid dat bepaald wordt door de medewerkers van de afdeling Kwaliteit & Veiligheid overeenkomt met de prestaties die geleverd worden door de beleidsuitvoerders (afdelingen aan wie beleid wordt opgelegd).
- Conformiteit van de handelingen van de doelgroep: de doelgroep wordt geacht te handelen naar de wensen van de beleidsbepaler. Beleid moet worden nageleefd. De doelgroep beslaat hier alle medewerkers die bijdragen aan het succesvol uitvoeren van de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid. Dit zijn o.a. managers, zakelijk leiders, artsen en verpleegkundigen.
- Conformiteit van effecten: het probleem moet hier verdwijnen. Bij de MC Groep betekent het dat het kwaliteitsbeleid goed geïmplementeerd dient te zijn binnen de vastgestelde periode. Dat betekent dat de situatie zich ontwikkelt volgens de vooraf gestelde doelen in het uitvoeringsproces. Meer schakels in een beleidsproces, vergroten de kans op verschillen tussen het oorspronkelijk beleid en beleidsprestaties. Het is dus ook belangrijk om de aard van een organisatie en uitvoerder in het beleidsproces te bezien. Ook is het de noodzaak om te melden dat de conformiteit van effecten verschilt van de conformiteit in beleidsprestaties omdat bij de effecten enkel wordt gekeken of het probleem is verdwenen en niet naar het gehele uitvoeringsproces en daarbij de uitkomsten van beleid (Coolsma, 2004:134-135).

Coolsma benoemt vier factoren die van grote betekenis zijn op de conformiteit van beleidsprestaties. De eerste factor die Coolsma benoemt is de ‘kenmerken van beleid en de beleidstheorie’. De tweede factor die daaropvolgend is, zijn ‘de kenmerken van de uitvoerende organisatie’.

Derde factor die door Coolsma genoemd wordt is de ‘omgevingsinvloeden’. Als laatste factor benoemt Coolsma ‘de kenmerken van de uitvoerders’(in Hoogerwerf en Herweijer, 2008: 125).

De vier factoren zijn hieronder afgebeeld in figuur 4. Deze factoren worden als belangrijke factoren gezien die van invloed zijn op een conforme beleidsimplementatie (Coolsma, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:125). Ondanks dat alle factoren in het model hieronder worden uiteengezet, zal in dit onderzoek de factoren ‘kenmerken van de uitvoerende organisatie’ en ‘kenmerken van uitvoerders’ als één factor ‘kenmerken van uitvoerders’ worden beschouwd, omdat de beleidsuitvoerders binnen de MC Groep onderdeel zijn van de uitvoerende organisatie; daarom zijn deze factoren in dit onderzoek onlosmakelijk met elkaar verbonden. In paragraaf 2.4 zullen de factoren die relevant zijn voor dit onderzoek in een conceptueel model worden weergegeven.



Figuur 4: Actoren- en factorenmodel voor de conformiteit van de beleidsuitvoering (Coolsma, 2003:140).

criterium 1: Kenmerken van beleid en beleidstheorie

Kwaliteit van beleid en beleidstheorie is belangrijk wanneer men het succes van een implementatie wil meten. De beleidstheorie omvat de bewijsvoering van de beleidsbepalers omtrent de opdracht (het beleid). Van belang hierbij is dat de beleidstheorie volledig en juist is waarmee het werk van de beleidsuitvoerder makkelijker wordt bij de uitvoering van beleid.

Wanneer beleidstheorie gebreken vertoont kan dit er toe leiden dat beleid andere effecten krijgt dan men van te voren had verondersteld (Coolsma, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:125). Aannames in de beleidstheorie mogen niet onduidelijk zijn en moeten algemeen aanvaardbaar zijn. Onduidelijkheden in het beleid zelf kunnen het implementatieproces sterk beïnvloeden. Daarbij kan het gaan om onduidelijke doelstellingen of onduidelijke taakverdeling. Te hoge en te ambitieuze beleidsdoelen kunnen ook invloed hebben op het beleidsproces (Coolsma in Hoogerwerf en Herweijer, 2008).

Een goede beleidsimplementatie is tot slot afhankelijk van de mate waarin beleidsbepalers de benodigde middelen aanreiken aan de uitvoerders. Wanneer de uitvoerder de benodigde middelen niet aangereikt krijgen, zal het implementatieproces vertragen en dat zal op zijn beurt weer een reden zijn voor verzet onder uitvoerders (Hoogerwerf en Herweijer, 2008).

criterium 2: Kenmerken van de uitvoerende organisatie

Naast de kenmerken van beleid en beleidstheorie zijn de kenmerken van de uitvoerende organisatie ook van onmisbaar belang. Beleidsprestaties zijn nauw verbonden met de uitvoerende organisaties.

Volgens Coolsma (1995) zijn er twee typen organisaties te onderscheiden: “*horizontale beleidsnetwerken en verticale hiërarchieën*” (Geciteerd in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:129). Wanneer de beleidsbepaler voor de uitvoering afhankelijk is van verschillende organisaties, zal uitvoering in netwerken plaatsvinden. De uitvoering zal vooral op basis van gelijkwaardige communicatie verlopen en niet vanuit een machtsmonopolie.

De beleidsbepaler is hierbij in continue overleg met anderen en kan niet zelf beslissingen nemen. De verticale hiërarchie, komt voor in twee vormen: het verticale stelsel van bestuurslagen en binnen afzonderlijke overheidsinstanties. In deze organisatievorm bestaat in elke laag een zekere autonomie waarin men elkaar probeert te beïnvloeden. Er is een verticale interactie tussen deze bestuurslagen en binnen uitvoerende organisaties tussen bestuurders en ambtenaren (Coolsma, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:129). Omdat de theorie voornamelijk uitgaat van overheidsinstanties is het hier goed om te benadrukken dat in de MC Groep gekeken zal worden naar de mate van gelijkwaardigheid onder de beleidsuitvoerders bij het uitvoeren van beleid (horizontaal netwerk) en de invloeden van bovenaf op het beleid door de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur (verticale hiërarchie).

Hierbij komt de street-level-bureaucrat om de hoek kijken. Lipsky (1980) heeft in zijn boek street-level bureaucracy beschreven hoe beleid en uitvoering het werk van uitvoeringsambtenaren karakteriseert (1980:161). Street-level bureaucraten hebben vrije beslissingsruimte en daarmee beleidsvrijheid. Street level bureaucraten willen zelf beslissingen kunnen nemen en streven naar beheersbaarheid en een zekere vorm van autonomie. Wanneer beleidsbepalers autonomie toedelen aan uitvoerders, wordt de mate van vrijheid ook contractueel vastgelegd. Conformiteit in beleidsprestaties zal toenemen wanneer uitvoerders veel ruimte krijgen om het beleid uit te voeren (Coolsma 1995 in Hoogerwerf en Herweijer, 2008).

criterium 3: Kenmerken van uitvoerders

De kenmerken van uitvoerders is het derde element voor een conforme beleidsimplementatie. Het is vanzelfsprekend dat actoren binnen uitvoerende organisaties een belangrijke rol hebben bij de uiteindelijke implementatie van beleid. Een belangrijke vraag waar een antwoord op gezocht moet worden is in hoeverre de taken en de gedragingen van de uitvoerders bijdragen aan de conformiteit. Het antwoord kan aan de hand van de volgende factoren gezocht worden, namelijk het weten, het willen, het kunnen en het moeten van de beleidsuitvoerders.

Weten

Het is vanzelfsprekend dat uitvoerders moeten weten wat de beleidsinhoud is. Ze moeten goed op de hoogte zijn van de doelstellingen van het beleid, de middelen die beschikbaar worden gesteld om die doelstellingen te behalen en uitvoerders dienen over voldoende kennis te beschikken wat betreft de beleidstheorie. Het is belangrijk dat uitvoerders beschikken over deze kennis zodat beleidsprestaties nauw aansluiten op de gestelde beleidsdoelen en daarmee een hoge beleidsconformiteit wordt bewerkstelligd.

Willen

De motivatie van uitvoerders is de tweede factor binnen het kenmerk van uitvoerders. Wanneer uitvoerder beleid willen uitvoeren en achter de beleidsdoelstellingen staan zal er een hoge mate van conformiteit ontstaan. Deze conformiteit zal alleen maar toenemen wanneer uitvoerders instemmen met doelstellingen van het vastgestelde beleid. Hierbij is het ook belangrijk dat zij de benodigdheden (middelen) tot hun beschikking krijgen. Wanneer het enthousiasme van actoren afneemt voor het beleid, zal de conformiteit in beleidsprestaties laag blijven. (Coolsma 1995, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008: 131).

Kunnen

In hoeverre zijn de uitvoerders in staat om het beleid uit te voeren? Dat is de vraag die bij deze factor gesteld kan worden. Het is belangrijk dat uitvoerders kwaliteiten en capaciteiten beschikken om beleid succesvol te implementeren. Daarbij moeten ze kennis hebben over de kenmerken van problemen die een oplossing behoeven. De uitvoerder moet verder in het bezit zijn van verschillende hulpbronnen waarmee hij zijn werk kan uitvoeren (financiële en technische middelen). Voor medisch personeel betekent dit dat zij gebruik moeten kunnen maken van technische middelen zoals het gebruik van digitale patiëntendossiers, op financieel gebied kan dit de scholing betreffen. De kans op conformiteit in beleidsprestaties wordt vergroot wanneer de beleidsuitvoerder over deze competenties beschikt en deze goed kan vertalen naar de praktijksituatie.

Moeten

Worden uitvoerders gedwongen om bepaalde taken uit te voeren? Contractueel vastgelegde afspraken, toezicht afspraken, verplicht afleggen van verantwoording kunnen leiden tot het dwingen van uitvoerders. Deze dwanginstrumenten kunnen een goede werking vertonen op de conformiteit van beleidsprestaties maar kunnen ook zorgen voor irritaties onder uitvoerders, wat conformiteit niet ten goede zal komen (Coolsma, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008: 132).

criterium 4: Omgevingsinvloeden

Behalve interne invloeden worden beleidsprestaties ook beïnvloed door externe processen. De omgevingsinvloeden kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën namelijk, invloed vanuit de taakomgeving, het politieke bestuur, economische en technologische invloeden (Coolsma 1995, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:132).

De laatste twee invloeden hebben te maken met een omslag in de conjunctuur. Wanneer dit gebeurt kan het tot gevolg hebben dat er fors bezuinigd moet worden of dat er juist meer budget beschikbaar wordt gesteld voor een beleidsdoel. Coolsma (1995) stelt: “het beschikbaar komen van een nieuwe technologie kan tot gevolg hebben, dat een beleid met meer kans op succes kan worden nagestreefd, of dat nieuwe oplossingen voor een bestaand probleem mogelijk worden” (Geciteerd in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:132).

De taakomgeving betreft de doelgroep.

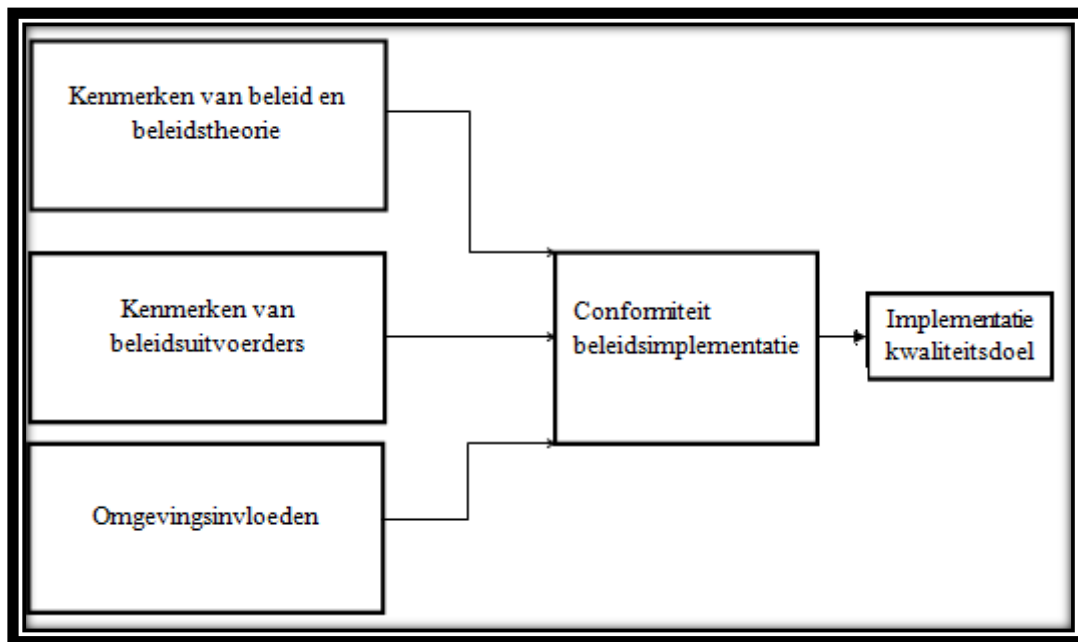
“Uitvoeringsprocessen worden beïnvloed door reacties van degenen die het effect van de uitvoering ondergaan”, aldus Coolsma (1995) in Hoogerwerf en Herweijer (2008: 132). Als de doelgroep bestaat uit invloedrijke tegenspelers is deze beïnvloeding het meest zichtbaar. Ook zwakkere doelgroepen kunnen hun invloed uitoefenen op het beleidsproces. Het is belangrijk hierbij aan te merken dat de uitvoering in samenwerking en onderhandeling met de doelgroep verloopt. Dit kan bijdragen aan de conformiteit van beleidsprestaties maar kan soms ook op verzet stuiten omdat de doelgroep mogelijk andere ideeën en wensen heeft met betrekking tot het beleid. Wanneer dit het geval is kan een sterke organisatie van de doelgroep een aanzienlijke beperking van de handelingsmogelijkheden betekenen (Coolsma, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008). Voor de MC Groep betekent dit dat er voornamelijk gekeken zal worden naar de invloeden van het medisch personeel, zakelijk leiders en verplegers op het beleid, maar zal contextafhankelijk ook de invloeden van buitenaf (bijvoorbeeld het NIAZ) worden meegenomen in het onderzoek.

Uitvoeringsorganisaties hebben tevens te maken met het politieke bestuur waaraan verantwoording afgelegd wordt. Afhankelijkheid van organisaties kan zowel verruimend als beperkend werken (Coolsma, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008). Wetgeving zorgt er voor dat de discretionaire ruimte van de uitvoerders of van de uitvoerende organisaties beperkt wordt (Coolsma, in Hoogerwerf en Herweijer, 2008:134). In het ziekenhuis worden wetten, regels en voorschriften eerder gebruikt om de kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis te waarborgen. Het kwaliteitsbeleid van de MC Groep dat centraal staat in dit onderzoek, vloeit voort uit de landelijke wetgeving om als ziekenhuis de kwaliteit van zorg te waarborgen en daaraan te werken door middel van een kwaliteitsbeleid. De verantwoording wordt intern afgelegd aan Raad van Bestuur en Raad van Toezicht en extern wordt er verantwoording afgelegd aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden dient naast het model van Coolsma (2003:140) een definitie van kwaliteit gegeven te worden. In het kwaliteitsbeleid van de MC Groep (2009) wordt er namelijk geen definitie van kwaliteit gegeven. Er wordt slechts aangegeven dat aan kwaliteit gewerkt moet worden en dat er een strakke structuur in het kwaliteitssysteem mist, maar hoe kwaliteit precies vormgegeven moet worden middels dit kwaliteitssysteem is onduidelijk.

3.4 Conceptueel model

De probleemstelling wordt in een conceptueel model nader uitgewerkt. Dit model moet duidelijk maken om welke onderzoekseenheden het in dit onderzoek om gaat. Ook dient het conceptueel model duidelijk te maken welke concepten belangrijk zijn en hoe die concepten aan elkaar gerelateerd zijn. Dit model is van belang voor de richting waarin het onderzoek zich ontwikkelt (Braster, 200:50). Het conceptueel model dat voor dit onderzoek van belang is wordt hieronder weergegeven in figuur 5.



Figuur 5: Conceptueel model

Het bovenstaand conceptueel model bestaat uit de afhankelijke variabele 'implementatie kwaliteitsdoel' (uit het kwaliteitsbeleid MC Groep). De tussenliggende (intervenierende) variabele 'conformiteit beleidsimplementatie' beïnvloedt de afhankelijke variabele direct (Segers, 1999:96).

De onafhankelijke variabelen 'kenmerken van beleid en beleidstheorie, kenmerken van uitvoerders en omgevingsinvloeden' bepalen de variabele 'mate van conformiteit van de beleidsimplementatie'. Op hun beurt zijn deze drie variabelen weer indirect van invloed op de afhankelijke variabele. Deze variabelen (kernbegrippen) worden geoperationaliseerd in deel 4, methoden en operationalisatie.

Deel 4 Methoden en operationalisatie

Dit deel geeft een overzicht van de opzet en aanpak van het onderzoek. Hiertoe zal in paragraaf 4.1 de onderzoeksstrategie beschreven worden. In paragraaf 4.2 wordt de wijze van dataverzameling beschreven. In paragraaf 4.3, de operationalisatie, wordt het analysemodel uit het vorige hoofdstuk geoperationaliseerd.

4.1 Onderzoeksstrategie

Zoals al in de inleiding is aangegeven is gedurende dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoekbenadering. Kwalitatief onderzoek heeft een divers karakter om kwalitatieve gegevens te laten zien. Dit betekent dat er verschillende strategieën bestaan om kwalitatieve gegevens te analyseren (Howitt & Cramer, 2007: 398). Binnen dit onderzoek staat het doel centraal om na te gaan in hoeverre de gestelde doelstellingen van het kwaliteitsbeleid zijn gehaald en welke factoren dit verklaren. Hiervoor zal getracht worden bepaalde aspecten uit de werkelijkheid te beschrijven en een verklaring te vinden voor bepaalde fenomenen. De hoofdvraag; ***“welke factoren verklaren het al dan niet behalen van de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep tussen 2009- 2013 en welke aanbevelingen kunnen gegeven worden voor het nieuwe kwaliteitsbeleid en de implementatie daarvan”*** duidt tevens op kwalitatieve uitkomsten omdat de antwoorden op deze vraag vooral gezocht zullen worden in de interviews die gehouden worden en de beschikbare data.

Van Thiel (2010) maakt onderscheid tussen verschillende onderzoeksstrategieën: het experiment, de enquête, de gevalstudie en de analyse van bestaand materiaal. Voor dit onderzoek wordt daarbij gebruik gemaakt van de gevalstudie (casestudy). Bij deze onderzoeksstrategie worden: *“een of enkele gevallen (cases) in hun natuurlijke situatie onderzocht”* (van Thiel, 2010: 99). Omdat het in dit onderzoek om praktijkgericht evaluatieonderzoek gaat is er gekozen voor de casestudy als onderzoeksstrategie. Een van de kenmerken van een casestudy is dat bij het onderzoek één of enkele onderzoekseenheden diepgaand bestudeerd worden. Er wordt hier gesproken van een diepte-onderzoek. Het verschil tussen een casestudy en een survey is er bij een survey een groot aantal onderzoekseenheden wordt onderzocht (van Thiel, 2010:99-105). De onderzoekseenheid(-eenheden) wordt in een casestudy in zijn natuurlijke omgeving onderzocht.

Hierin verschilt de casestudy ook van het experiment waarbij het onderzoeksobject juist in een kunstmatig ontwikkelde omgeving wordt onderzocht (Vennix, 2007: 141-142).

De implementatie van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep wordt geëvalueerd aan de hand van de drie implementatiecriteria die in paragraaf 3.4 in het conceptueel model zijn opgenomen. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de geneste casestudy om de veelzijdigheid van deze casus goed te kunnen gebruiken. Ik onderzoek en vergelijk in dit onderzoek meerdere deelcases (ook wel kwaliteitsdoelen genoemd). Het voordeel van een geneste casestudy is dat de omvang van de benodigde informatie voor het onderzoek wordt verkleind (Verbart, 2004). Vanwege het tijdsbeslag en de leesbaarheid van het onderzoek heb ik mij bij de vergelijking beperkt tot drie deelcases (kwaliteitsdoelen). Voor de vergelijking worden de volgende drie kwaliteitsdoelen met elkaar gekozen, in de volgorde zoals aangegeven in het kwaliteitsbeleid van de MC Groep:

1. *Management development programma*
3. *Individueel Functioneren Medisch Specialisten*
4. *Prestatie-indicatoren*

De reden voor de keuze voor deze drie deelcases ligt in het feit dat de overige twee kwaliteitsdoelen met de digitalisering en systematisering in de organisatie te maken heeft. Dit is minder relevant voor de onderzoeksuitkomsten omdat de systemen niet geraadpleegd kunnen worden voor informatie over de implementatie zoals dat wel kan met de actoren in de organisatie. Bij de keuze voor deze drie deelcases is tevens van de volgende criteria uitgegaan:

1. Deze kwaliteitsdoelen zijn al enigszins uitgewerkt in de organisatie en hebben een rol gehad bij de implementatie van het kwaliteitsbeleid.
2. De kwaliteitsdoelen zijn verschillend van verloop in die zin dat er veel consensus of veel onenigheid over de implementatie kan bestaan.

Na de keuze om deze drie kwaliteitsdoelen te vergelijken zijn de volgende stappen gezet:

1. Er is per kwaliteitsdoel een casusbeschrijving geschreven. Hierin wordt algemene informatie over het kwaliteitsdoel gegeven waarna de concepten uit het operationalisatieschema systematisch worden uitgewerkt met behulp van de data en interviewverslagen.

2. Er wordt een vergelijkende analyse gemaakt in termen van ‘kernmerken van beleid en beleidstheorie, ‘kenmerken van beleidsuitvoerders’, ‘omgevingsinvloeden’ zoals in het conceptueel kader is aangegeven.
3. Tot slot, wordt er na de vergelijking en her-implementatie strategie omschreven die bruikbaar kan zijn bij het schrijven en implementeren van het nieuwe kwaliteitsbeleid. Deze strategie wordt met behulp van de analyse, de theorie omtrent beleidsimplementatie gepresenteerd die tevens als de aanbevelingen aan de onderzoekseenheid geboden zullen worden.

4.2 Dataverzameling

De kwalitatieve onderzoeksstrategie van dit onderzoek bestaat uit een tweetal onderzoeksmethoden: inhoudsanalyse van bestaand materiaal (deskresearch) en het houden van interviews (fieldresearch).

Bij de eerste onderzoeksstrategie, de inhoudsanalyse, gaat het om de analyse en de interpretatie van bestaande documenten. Inhoudsanalyse kan daarbij gebruikt worden voor een tweetal doeleinden: het vaststellen van feiten en opvattingen en het reconstrueren van gebruikte argumentaties (van Thiel, 2010: 123-125).

Om er zeker van te zijn dat er geen kostbare informatie gemist wordt en dat er juiste inzichten uit het onderzoek verzameld kunnen worden is het belangrijk de informatie goed af te bakenen. Hierbij is het belangrijk om op selecte wijze gericht te zoeken naar informatie die te maken heeft met doeleinden en de activiteiten omtrent het beleid. Ook zal gezocht worden naar verantwoordelijkheden in taken, de beschikbare middelen en actoren in de documenten. Om deze reden zal een navraag naar deze onderwerpen geen verschil in opvattingen of denkwijzen opleveren. Voor de verzameling van de te raadplegen documenten zal op deze manier gebruik gemaakt worden van (interne) experts die binnen de organisatie aanwezig zijn. De verkregen documenten dienen daarnaast informatie te bieden die nauw samenhangen met onderwerpen als kwaliteit en beleidsuitvoering, immers de data worden vanuit een deductieve gedachtegang geanalyseerd. Dit vereist daarom, bij ontvangst, een globale quick-scan van een verkregen document om te kijken of het raakvlakken heeft met deze twee onderwerpen. Mocht deze eerste globale analyse een bevestigend antwoord opleveren, kan overgegaan worden tot een uitgebreide inhoudsanalyse van het document (van Thiel, 2010:115-121).

De tweede onderzoeksmethode, het houden van interviews, zal het onderzoek van een empirische bijdrage voorzien. Volgens van Thiel kent een interview de volgende definitie: *“een gesprek waarin de onderzoeker, door vragen te stellen aan een of meer personen (respondenten), informatie verzamelt over het onderzoeksonderwerp (2010:108)”*. Het interview kent een drietal varianten: het open -, het semigestructureerde en het gestructureerde interview. Binnen dit onderzoek zal alleen de semigestructureerde aanpak gebruikt worden. Bij deze variant wordt een vooraf opgestelde vragenlijst afgenomen bij één of meerdere respondenten. Uiteraard geldt hierbij dat ieder gesprek een ander verloop zal kennen en dat ieder gesprek daarmee een andere focus heeft. Ondanks dat de focus van de gesprekken divers zal zijn, zal met een aantal criteria rekening gehouden worden zoals het vermijden van sturende en suggestieve vragen maar ook het vermijden van lastige formuleringen en jargon. De vraagstellingen zullen duidelijk en bondig opgesteld worden zodat het voor de respondent helder is wat de interviewer wil weten. Dit zorgt er voor dat de respondent de ruimte krijgt voor vragen en opmerking van zijn kant (van Thiel, 2010:108-110). Een voorbeeld van de interviewvragen is bijgesloten als bijlage 1.

Om de meetwaarden in het onderzoek te kunnen bepalen zal er naast de inhoudsanalyse interviews afgenomen worden bij verschillende actoren in het beleidsveld. Omdat de drie kwaliteitsdoelen uit het kwaliteitsbeleid afzonderlijk geanalyseerd zullen worden met behulp van het operationalisatieschema, zal voor elk doel ook verschillende actoren geïnterviewd worden.

Hieronder volgt een overzicht van de actoren die betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid en derhalve geïnterviewd zullen worden (om privacy redenen zal alleen de functienaam van de actoren worden vermeld).

- Hoofd Personeel & Organisatie
- Hoofd Opleidingen
- Hoofd Kliniek
- Secretaris Raad van Bestuur
- Voorzitter staf bestuur
- Vicevoorzitter staf
- Projectleider Management Development Programma
- Arbo-adviseur kwaliteitszorg

- Medical Quality Officer/ inspecteur
- Beleidsmedewerker Kwaliteit & Veiligheid 1 (Inzake MAVIM)
- Beleidsmedewerker Kwaliteit & Veiligheid 2 (Inzake Prestatie-indicatoren)
- Beleidsmedewerker Kwaliteit & Veiligheid 3 (Algemeen kwaliteitsbeleid)
- Medewerker Facilitair, planning & control
- Medisch specialist/Internist/hematoloog
- Medisch specialist/Internist/Infectioloog
- Medisch specialist/Internist
- Medisch specialist/Neuroloog
- Verpleegkundige 1 Kliniek
- Verpleegkundige 2
- Verpleegkundige Polikliniek
- Verpleegkundige 2

Verder is bij het opstellen van de criteria voor dit onderzoek en het operationalisatieschema veelvuldig gebruikt gemaakt van het boek Overheidsbeleid van Hoogerwerf & Herweijer (2008) en de theorie over kwaliteit zoals beschreven in het vorige hoofdstuk.

4.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de resultaten van een onderzoek te kunnen gebruiken is het belangrijk dat het onderzoek voldoende valide en betrouwbaar is uitgevoerd. Betrouwbaarheid kan gedefinieerd worden als: *“de mate waarin de in een onderzoek gebruikte waarnemingsmethoden leiden tot gelijke uitkomsten wanneer het onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd. Ofwel de afwezigheid van onsystematische of toevallige fouten”* (Boeije, 2008, p. 144).

De nauwkeurigheid van het onderzoek zal gewaarborgd worden door de vooraf opgestelde vragenlijsten. Dit voorziet het interview van meer structuur, de interviewvragen zijn immers gerelateerd aan het theoretisch kader en de interviews verlopen zo veel mogelijk binnen een bepaald stramien wat tevens de replicerbaarheid bevordert (van Thiel, 2010, p. 114). Door bij zoveel mogelijk medewerkers interviews af te nemen en de documenten nauwkeurig te selecteren voor de analyse, wordt getracht de herhaalbaarheid van het onderzoek te bewaken. Tevens zijn de interviews met audioapparatuur opgenomen en als transcript uitgewerkt waardoor verzamelde data niet verloren kon gaan.

Een tweede begrip dat een voorname rol inneemt bij de waarborging van de wetenschappelijke kwaliteit van een onderzoek is de validiteit. Validiteit wordt ook wel geldigheid genoemd. Hierbij is belangrijk dat er tijdens het onderzoek daadwerkelijk dat gemeten wordt wat bedoeld was om te meten (Boeije, 2008, p. 144). Doordat in het onderzoek van minimaal twee onderzoeksmethoden gebruikt wordt gemaakt, kan er gesteld worden dat de verzamelde informatie al van relatief hoge geldigheid is. De methode van interviews biedt de mogelijkheid om door te vragen en dit zorgt er ook voor dat de methode valide is. Tijdens het uitwerken van de informatie heb ik voortdurend contact gehad met mijn praktijkbegeleider om de validiteit van het onderzoek te bewaken.

4.4 Operationalisatie

De items voor de vragenlijsten die gebruikt zijn in dit onderzoek, zijn gebaseerd op de operationalisatieschema dat hieronder wordt weergegeven: dit figuur geeft de operationalisatie weer van de variabelen die in het conceptueel model zijn opgenomen. Het meten van de indicatoren (I) zal de mate van conformiteit van de implementatie van het kwaliteitsbeleid bepalen wat uiteindelijk ook de implementatie van elk kwaliteitsdoel uit het kwaliteitsbeleid zal weergeven. Sommige auteurs beweren dat de beste manier om de aard van variabelen te meten, het beschrijven is van hoe ze worden gemeten (Howitt en Cramer, 2007:38).

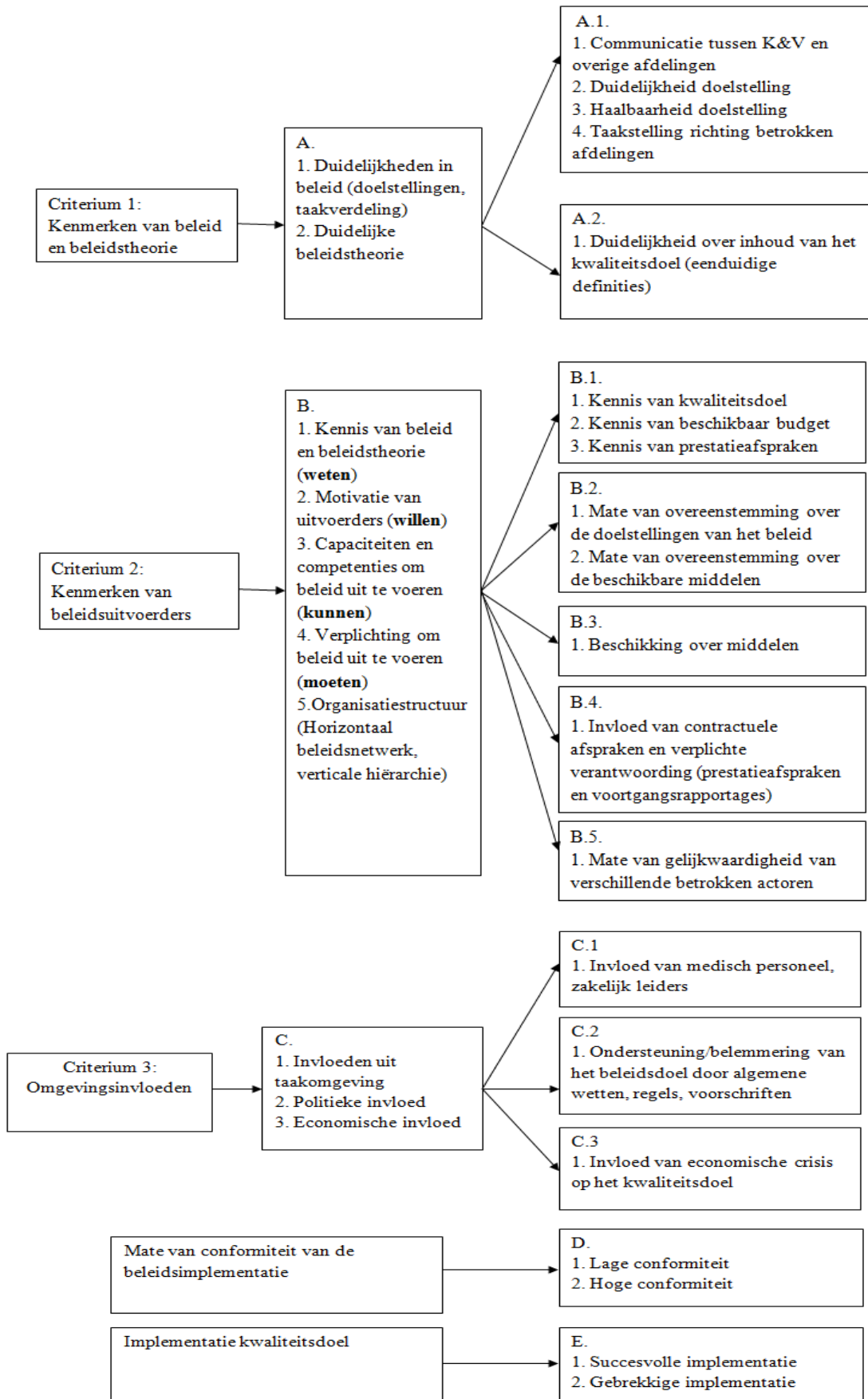
Operationaliseren heeft voor- en nadelen. Het grootste voordeel is dat door operationaliseren is dat de betekenis van een begrip zo expliciet mogelijk gemaakt wordt door de stappen te definiëren van het meten ervan. Onder nadelen valt dat operationaliseren het voor onderzoekers minder belangrijk maakt om de aard van hun begrippen te verduidelijken. In praktijk zou dit betekenen dat een onderzoeker zich meer richt op de meetkwesties dan conceptuele kwesties. Het is natuurlijk wel zo dat alle begrippen die in het onderzoek worden gebruikt, gemeten moeten worden met specifieke en gespecificeerde operaties (Howitt en Cramer, 2007:38).

Het operationalisatieschema voor dit onderzoek zal hierna nader worden toegelicht.

Variabele (V)

Dimensie (D)

Indicator (I)



De operationalisatie van het schema is als volgt: de variabelen (V) in kolom 1 splitsen zich in dimensies (D) in kolom 2 die op hun beurt weer onderverdeeld worden in indicatoren (I) in kolom 3. De indicatoren die worden gemeten zijn afgeleid uit de inhoudsanalyse waarvan gebruik is gemaakt voor dit onderzoek. In het operationalisatieschema zit een logica van theorie naar de empirie. Met behulp van de theorie van Coolsma zijn de dimensies ontwikkeld waarin de focus gelegd zal worden op de deeldimensies. Elke dimensie heeft een letter en elke dimensie is onderverdeeld in deeldimensies (bijvoorbeeld dimensie A. is onderverdeeld in deeldimensies A.1 en A.2.) De dimensies worden vervolgens weer onderverdeeld naar de indicatoren die elk ook een eigen nummer hebben dat in navolging is van de dimensie voorafgaand aan de indicator (bijvoorbeeld indicator A.1.1. hoort bij dimensie A.1.) De indicatoren vormen de meetbare onderdelen die de mate van de conformiteit van de implementatie van het kwaliteitsbeleid zal weergeven. Deze variabelen vormen de criteria zoals benoemd in de theorie van Coolsma. Uit het operationalisatieschema zijn vragen opgesteld die gebruikt worden bij de interviews (zie bijlage 1). Tevens worden de benodigde documenten voor de analyse geanalyseerd met behulp van vragen die uit het operationalisatieschema voortvloeien. Enkele voorbeelden van vragen worden hieronder beschreven. Omdat iedere tekst(document) een andere focus of nadruk heeft zullen de vragen aangepast worden per document aan de onderzoekssituatie (van Thiel, 2010: 159-161).

- Hoe beschrijft het document de doelstellingen die aan het kwaliteitsbeleid ten grondslag liggen?
- Op welke wijze, worden verantwoordelijkheden en taken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid binnen het document of initiatief gekwalificeerd?
- In hoeverre wordt kennis gegeven van het kwaliteitsbeleid en de doelen daarvan in het document?
- Hoe beschrijft het document de mate van beleidsvrijheid van betrokken actoren?
- In welke mate geeft het document gehoor aan de (benodigde) samenwerking tussen de actoren?
- In hoeverre wordt er over beschikbare middelen gesproken voor de aangegeven doelen in het document?
- In hoeverre is er sprake van invloed van medisch specialisten, verpleegkundigen en overige actoren op het beleid?

Hieronder volgt per variabele en de bijbehorende dimensie en indicatoren een toelichting die nodig is bij het meten van de indicatoren (I). Beleid kan in het operationalisatieschema ook gezien worden als de ‘kwaliteitsdoelstellingen’.

Variabele 1: Kenmerken van beleid en beleidstheorie

De eerste variabele gaat over de kenmerken van het beleid en de beleidstheorie achter dat beleid. De eerste dimensie zal de ‘*duidelikheden in het (kwaliteits-)beleid meten*’ (A.1). Deze dimensie zal een hoge conformiteit hebben wanneer er een duidelijke communicatie is tussen de afdeling kwaliteit en veiligheid en de afdelingen die gemoeid zijn met het kwaliteitsdoel (A.1.1), wanneer de kwaliteitsdoelstelling duidelijk is richting deze actoren (A.1.2), wanneer de kwaliteitsdoelstelling haalbaar is (A.1.3) en er vanuit de afdeling kwaliteit en veiligheid duidelijke taakverdeling is naar de betrokken afdelingen en actoren (A.1.4).

De tweede dimensie behorende bij de eerste variabele tracht de ‘*duidelijkheid beleidstheorie*’ te meten (A.2). Hierbij zal een hoge conformiteit bereikt worden wanneer er onder uitvoerders (actoren) duidelijkheid bestaat over de inhoud van het kwaliteitsdoel in het beleid.

Deze indicatoren helpen vragen te formuleren die gebruikt zullen worden tijdens het houden van de interviews. De indicatoren A.1.1 tot en met A.1.4 leiden bijvoorbeeld tot vragen met betrekking tot de annotatie van het beleid, de communicatielijnen in de organisatie en wanneer doelstellingen in de praktijk haalbaar zijn.

Vervolgens zal de indicator A.2.1 helpen om interviewvragen op te stellen die ingaan op de achterliggende motieven van het kwaliteitsdoel, onderverdeling van het doel naar subdoelen et cetera.

Variabele 2: Kenmerken van beleidsuitvoerders

De tweede variabele (criterium) onderscheidt zich naar de dimensies B1 t/m B5. De eerste vier dimensies geven de gedragsfactoren aan van de met het beleid gemoeide actoren (besproken in paragraaf 3.3.3). Deze vier factoren weten, willen, kunnen en moeten, trachten iets te zeggen over de variabele ‘*kenmerken van de beleidsuitvoerders*’. Kennis die uitvoerende actoren hebben van de inhoud van beleid en de beleidstheorie dat eraan gekoppeld is zal gemeten worden met behulp van dimensie B.1. Hoeveel weten de actoren van het beleid en het kwaliteitsdoel af? Hoge conformiteit met het beleid wordt bereikt wanneer de actoren kennis hebben van het kwaliteitsdoel in het beleid (B.1.1), op de hoogte zijn van het budget dat beschikbaar gesteld wordt om het doel te realiseren (B.1.2) en kennis

hebben van de eventueel vastgestelde prestatieafspraken (B.1.3).

De dimensie B.2 heeft te maken met de enthousiasme en ‘*motivatie van de uitvoerende actoren*’ voor het beleid (kwaliteitsdoelstelling). Hierbij zal conformiteit hoog zijn ingeval de uitvoerders het met elkaar eens zijn over de kwaliteitsdoelen die zijn opgesteld (B.2.1) en er overeenstemming is over de middelen die daarvoor beschikbaar worden gesteld (B.2.2). Het is belangrijk om hierbij de beleidsvrijheid van de actoren te bepalen omdat volgens Coolsma (in Hoogerwerf en Herweijer, 2008) conformiteit in beleidsprestaties (en implementatie) zal toenemen wanneer uitvoerders ruimte krijgen om het beleid te kunnen implementeren. De dimensie B.3 gaat over de capaciteiten en competenties om beleid uit te voeren (*kunnen*). Indicator B.3.1. tracht te meten of de uitvoerders voldoende vaardig zijn om beleid uit te voeren en of zij middelen tot hun beschikking hebben om beleid uit te kunnen voeren. Van hoge conformiteit is sprake wanneer de uitvoerders aantoonbare kennis hebben van het beleidsveld waarin zij moeten opereren en hiertoe voldoende middelen hebben (bijvoorbeeld scholing, cursussen, affiniteit met processen, ervaring). Hierbij zullen de inleidende vragen helpen om de relatie van de uitvoerder met het kwaliteitsdoel te kunnen bepalen en na te gaan of zij voldoende hulpmiddelen hebben. Een voorbeeld van een interviewvraag zou hierbij kunnen zijn: is er voldoende geld beschikbaar om dit kwaliteitsdoel te realiseren?

Tot slot is de factor B.4 die een meting zal geven van de ‘*verplichtingen van de uitvoerders om beleid uit te voeren*’. Van hoge conformiteit zal sprake zijn als (prestatie) afspraken en voortgangsrapporten (rapporten evaluatiebijeenkomsten) een positieve bijdrage leveren aan het uitvoeren van het beleid (B.4.1.).

Als laatst is er nog de ‘*organisatiestructuur*’ (B.5.) die als een deeldimensie samen met de overige deeldimensies iets kan zeggen over de kenmerken van de beleidsuitvoerders (uitvoerende organisatie). Wanneer uitvoerders in een horizontaal netwerk in gelijkwaardigheid kunnen werken aan het beleid (kwaliteitsdoel) zal er sprake zijn van hoge conformiteit (B.5.1.). Zoals eerder aangegeven in het theoretisch kader (paragraaf 3.3.3) zal een verticale hiërarchie in de zorg de conformiteit niet ten goede komen.

Variabele 3: Omgevingsinvloeden

Bij deze variabele (criterium) zal het gaan om de ‘*reacties van degenen die het effect van de uitvoering ondergaan*’ (Coolsma in Hoogerwerf en Herweijer, 2008).

In het ziekenhuis kunnen we bij het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid denken aan het medisch personeel, bestuur, zakelijk leiders en overige werknemers die belast zijn met de uitvoering van een bepaald kwaliteitsdoel (zo zullen bijvoorbeeld enkele medisch specialisten deel moeten nemen aan het IFMS- programma). De patiënten worden hier buiten beschouwing gelaten omdat zij niet direct betrokken zijn bij de uitvoering van het kwaliteitsbeleid.

Dimensie C.1. betreft de ‘ *invloeden uit de taakomgeving* ’. Hoge conformiteit wordt bereikt wanneer de betrokken actoren positief reageren op het uitvoeren van het beleid (kwaliteitsdoel) (C.1.1.). Hierbij zal vooral gekeken worden naar de interne invloeden die het kwaliteitsbeleid ondergaat (medisch personeel, zakelijk leiders) maar zal contextafhankelijk stilgestaan worden bij de organisaties waar het ziekenhuis mee te maken heeft zoals het NIAZ, Inspectie voor de gezondheidszorg et cetera.

Dimensie C.2 beslaat het veld van de ‘ *politieke invloeden* ’ dat bijdraagt aan de conformiteit van de beleidsimplementatie. Omdat in dit onderzoek sprake is van een intern evaluatieonderzoek zal er naast dat er gekeken wordt naar de politieke invloeden van buitenaf (wetgeving omtrent het kwaliteitsbeleid), vooral gekeken worden naar de bestuurlijke invloeden vanuit de organisatie. Wanneer het beleid ondersteund wordt door regels, voorschriften en wetten (intern en extern) zal dit de conformiteit in beleidsprestaties ten goede komen (C.2.1.)

De laatste dimensie behorende bij de omgevingsinvloeden is de ‘ *economische invloed* ’ (C.3.). Hierbij zal sprake zijn van hoge conformiteit als er veel geld beschikbaar wordt gesteld om het doel uit te kunnen voeren. Interviewvragen hierbij zouden kunnen zijn: in hoeverre werd de invoering van het kwaliteitsdoel beïnvloed door de financiële situatie van de organisatie? In welke mate heeft deze beïnvloeding te maken met de economische situatie van het land? Aan de hand van de waarden die gemeten zullen worden door middel van het operationalisatieschema, zal er een waarde toegekend worden aan de ‘ *mate van conformiteit van de beleidsimplementatie* ’ (D). Deze uitkomst zal de ‘ implementatie van de kwaliteitsdoelen ’ (E) afzonderlijk bepalen. Deze implementatie zal vervolgens per kwaliteitsdoel een beoordeling krijgen als zijnde succesvol (E.1) of gebrekkig (E.2) geïmplementeerd.

4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk heb ik het onderzoeksperspectief van dit onderzoek weergegeven. De geneste casestudy zal het mogelijk maken dat er patronen en regelmatigheden in het onderzoek herkend en geanalyseerd worden. Deze geneste casestudy zal ervoor zorgen dat er van drie verschillende kwaliteitsdoelen uit het kwaliteitsbeleid een vergelijking wordt gemaakt op basis van de concepten uit het operationalisatieschema. In het volgende hoofdstuk zullen de empirische bevindingen worden weergegeven waarbij ik ook in ga op de conformiteit in beleidsimplementatie. In het hoofdstuk daaropvolgend worden de deelcases met elkaar vergeleken en worden er tot slot conclusies getrokken.

Deel 5 Analyse

In dit deel komen de inzichten uit de theorie, methodologie en empirie samen en wordt de analyse van de implementatie van de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep weergegeven. De analyse zal per kwaliteitsdoel worden weergegeven en zal beginnen met een beschrijving van het kwaliteitsdoel zelf. Vervolgens volgt per doel een paragraaf waarin besproken wordt in hoeverre het doel bereikt is. Daarop volgend zullen per kwaliteitsdoel de verschillende factoren worden besproken die een invloed hebben gehad op de implementatie van het beleid. Bij het laatste onderdeel van de analyse is gebruik gemaakt van het operationalisatie-schema dat is ontwikkeld voor dit onderzoek (paragraaf 3.3)

5.1 Implementatie van het Management Development (MD) Programma

5.1.1 Beschrijving

Een van de doelen waar het kwaliteitsbeleid zich naar vertaald heeft is het ‘Management Development’ (MD) programma. Het doel van dit programma was om het kennisniveau en de kwaliteit van leidinggevenden en zakelijk leiders te verbeteren. Daarvoor is een project gestart in oktober 2009. In dit programma werden workshop aangeboden en is er een programma over kwaliteit, veiligheid, beleid en Arbo-onderwerpen aangeboden, omdat kennis en expertise op het gebied van deze onderwerpen niet goed was verspreid in de organisatie. De zakelijk leiders en leidinggevenden (en medisch specialisten) konden met behulp van dit programma geschoold worden in die kennis en deze naar de werkvloer vertalen.

De werkwijze rond de implementatie van deze doelstelling is dat de inhoud wordt toegelicht door een inhoudsdeskundige en dat deze met de (dual) leidinggevenden bepaalt hoe deze inhoud in de praktijk wordt toegepast. Na de workshop zou het beleid moeten worden geïmplementeerd op de afdelingen in de kliniek en polikliniek. Nazorg hierop op de uitvoering van de opgedane kennis in de praktijk was nodig vanuit de inhoudsdeskundige. De Raad van bestuur zou er op toezien dat de afspraken in de praktijk ook zouden worden toegepast.

Uit dit eerste doel vloeit een aantal belangrijke subdoelstellingen voort:

- a. Het maken van functieprofielen zakelijk leider en hoofd afdeling (taak, verantwoordelijkheid, en bevoegdheid);

b. Het organiseren van scholing aan duaal managers & het opzetten en uitvoeren van een continue management development programma voor zakelijk leiders en leidinggevendenden over Kwaliteit, Veiligheid, Beleid en Arbo onderwerpen; en

c. Het inrichten van de bestuurlijke organisatie om duaal management te laten functioneren. Duaal management zou in de praktijk moeten betekenen dat de vakgroep voorzitter van de medisch specialisten samen met het afdelingshoofd van de kliniek een organisatorische eenheid runt waarbij de vakgroep voorzitter eindverantwoordelijk is voor het medisch inhoudelijke stuk en het afdelingshoofd de organisatorische zaken, personeelszaken met bezetting en soortgelijke zaken regelt. In de organisatie leefde destijds de gedachte dat wanneer er duaal management bewerkstelligd wordt er ook een betere afstemming zou plaatsvinden tussen de bestuurders met betrekking tot de medische en organisatorische taken en dat deze afstemming de kwaliteit van de bedrijfsvoering zou verbeteren omdat er zo zichtbaar wordt op welk vlak er behoefte is aan kwaliteit in de organisatie (uit persoonlijk gesprek met de projectleider management development programma, 6 januari 2014)

5.1.2 Mate van conformiteit

Uit de analyse blijkt dat het eerste kwaliteitsdoel niet goed is uitgevoerd. De eerste subdoelstelling, het maken van functieprofielen, was ten tijde van het onderzoek nog steeds niet gerealiseerd in de organisatie. Het betekent dat dit niet conform het beleid is omdat er in het kwaliteitsbeleid gesproken wordt van het maken van de functieprofielen binnen twee jaar. Eind 2013 is pas begonnen met het ontwikkelen van deze profielen nadat in de praktijk bleek dat er toch behoefte is aan de functieprofielen voor de afdelingshoofden, (Uit persoonlijk gesprek hoofd opleidingen, 10 januari 2014).

Tevens blijkt uit de analyse dat het organiseren van scholing (subdoelstelling c) en deze succesvol laten verlopen in de praktijk minder makkelijk is. Per 6 oktober 2009 is er gestart met de scholing; na acht trainingen bleek de interesse bij de deelnemers echter af te nemen. In het kwaliteitsbeleid wordt gesproken dat de inhoudsdeskundige de trainingen aanbiedt en de deelnemers allen verplicht mee moesten doen. Ook hier is er geen conformiteit met het beleid dat in 2009 is vastgesteld omdat in de praktijk het tegenovergestelde werd gedaan. In bijlage 3 is met een groene markering aangegeven tot welke datum de trainingen hebben plaatsgevonden. Na de achtste training is er gestopt met het aanbieden van de overige, geplande trainingen.

Hoewel de subdoelstellingen die voortvloeien uit deze doelstelling in eerste instantie haalbaar leken, bleken zij in de praktijk onhaalbaar. Dit geldt ook voor subdoelstelling c, waarbij de bestuurlijke organisatie zo ingericht zou worden dat er sprake zou zijn van duaal management. Uit een interview met een medewerker van P&O (uit persoonlijk gesprek, 6 januari 2014) blijkt dat het niet mogelijk is gebleken om duaal management te faciliteren. Al met al blijkt het eerste kwaliteitsdoel niet gerealiseerd te zijn. Om te kunnen bepalen welke factoren de implementatie van dit eerste kwaliteitsdoel in de weg hebben gezeten wordt in de volgende paragraaf gekeken naar de invloed van de verschillende factoren.

5.1.3 Kenmerken van beleid en beleidstheorie

A.1. Duidelijkheden in het beleid: communicatie tussen K&V en overige afdelingen (A.1.1)

Het opzetten van een management development programma om het kennisniveau van leidinggevend en zakelijk leiders te verbeteren is geformuleerd in het kwaliteitsplan dat in 2009 is opgesteld door de afdeling kwaliteit en veiligheid (K&V). Tezamen met het formuleren van deze doelstelling is er een brief uitgegaan vanuit de afdeling K&V over het scholingsprogramma (subdoelstelling 2) waarmee gestart zou worden (uit persoonlijk gesprek beleidsmedewerker 2, d.d. 6 januari 2014). De overige twee subdoelstellingen zijn vooralsnog onderbelicht gebleven in de communicatie: hierover is niets gecommuniceerd. Uit diverse gesprekken blijkt dat de medewerkers niets weten over deze subdoelstellingen. Het was pas ten tijde van het uitvoeren van dit onderzoek binnen de organisatie duidelijk wie er verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van functieprofielen en dat deze gemaakt moeten worden. Uit diverse gesprekken die gevoerd zijn met medisch specialisten en hoofd van personeel en organisatie blijkt dat de twee subdoelstellingen a en c vooralsnog onduidelijk en onvoldoende zijn gecommuniceerd.

A.1.2 Duidelijke doelstellingen

De doelstelling is zoals gezegd gecommuniceerd naar de afdelingen, in die zin dat de zakelijk leiders en afdelingshoofden op de hoogte zijn gesteld van het MD-programma. De inhoud van het doel is nader uitgelegd tijdens de eerste bijeenkomst over het Management Development (Uit een evaluatierapport van de bijeenkomst MD-Programma) en opgenomen in het kwaliteitsbeleid. Het doel van het programma was voor doelstelling b zeker duidelijk, zo blijkt uit het interview met de beleidsmedewerker en met hoofd van personeel en organisatie (uit persoonlijke gesprekken, 6 januari 2014). Voor de overige subdoelstellingen was het onduidelijk wat er precies getracht werd te bereiken.

A.1.3 Haalbaarheid doelstelling

In de organisatie waren de meeste beleidsmakers het eens met de haalbaarheid van de doelstelling, in die zin dat de middelen beschikbaar waren om de trainingen plaats te laten vinden. Er waren inhoudsdeskundigen die de trainingen konden geven, er was ruimte om de trainingen te volgen en in eerste instantie ook tijd voor dit subdoel. Het meest duidelijk uitgevoerde subdoel binnen deze doelstelling is dan ook subdoel b (organiseren van scholing aan duaal managers). Dit subdoel is ook werkelijk van de grond gekomen. Subdoelstellingen a en c zijn ten tijde van dit onderzoek nog steeds een streven. Subdoel c bleek vooral onhaalbaar omdat wanneer er duaal management gerealiseerd wil worden, er een middenmanagement laag dient te zijn waarbinnen managementvaardigheden naar beneden toe worden gedelegeerd (top-down). Dit was niet het geval in de organisatie. In de MC Groep was vooral sprake van een platte organisatievorm waarin horizontale uitvoering aangehouden werd en taken op deze manier opgepakt werden.

A.1.4 Taakstelling richting betrokken afdelingen

De taakstelling om het duaal management te faciliteren in het uitvoeren van de subdoelen die voortvloeien uit het MD-programma was destijds toebedeeld aan de Raad van Bestuur. De RvB zou per 1 november een geaccordeerd functieprofiel en voor 1 december 2009 werksessies georganiseerd hebben tussen het duaal management en het RvB, subdoel a (uit het kwaliteitsbeleid MC Groep, 2009). Deze taak is echter nooit uitgevoerd door het RvB immers, in januari 2014 beschikt de MC Groep nog steeds niet over functieprofielen en een zogenaamd duaal management. Het hoofd personeel en organisatie en bestuurssecretaris moesten ervoor zorgen dat het MD- scholingsprogramma per 1 oktober 2009 zou starten en maandelijks één thema tijdens de bijeenkomst behandeld zou worden. Vanuit de stafafdeling is vervolgens een programma opgesteld waarin de maandelijks scholing en de onderwerpen zijn opgenomen (zie bijlage 3). De taakstelling die toebedeeld werd vanuit kwaliteit & veiligheid werd opgenomen in het kwaliteitsplan. Dit subdoel, b, heeft een duidelijke taakstelling richting betrokken uitvoerders gehad in die zin dat de eerste acht trainingen verzorgd zijn. In de praktijk (uit het evaluatierapport scholing kwaliteit en veiligheid) blijkt dat de opgedane kennis tijdens de workshops niet altijd gecommuniceerd werd naar collega's uit de vakgroep en dat de rol van de zakelijk leider hierin niet duidelijk was. Raad van bestuur had de taak toe te zien op de uitvoer van het beleid. Het ontbreken van een taakstelling richting de betrokken afdelingen over de subdoelen a en c, heeft er voor gezorgd dat verantwoordelijkheden en taken niet goed opgepakt werden. Men voelde zich niet

verantwoordelijk voor wat er in de organisatie gedaan moet worden om duaal management van de grond te laten komen. Omdat er geen rechtstreekse verantwoordelijken zijn toegewezen, heeft deze taak zijn uitvoer in de praktijk niet genoten.

Uit de gehouden interviews (met hoofd P&O en lean-manager) blijkt dat het eerste subdoel, het maken van functieprofielen, een belangrijke bijdrage aan het uitvoeren van het beleid zou hebben gehad. Hierin zou immers staan, wie welke taken in de organisatie op zich heeft. Dit had het verantwoordelijkheidsgevoel en loyaliteit aan het beleid in de organisatie positief kunnen beïnvloeden. Ook het tweede subdoel, organiseren van scholing zou met een duidelijkere taakstelling (met afspraken over de trainingen, tijden, verplichte deelname op papier) beter uitgevoerd kunnen zijn wanneer er consequenties zouden zijn met betrekking tot naleving. Op het laatste subdoel heeft deze indicator weinig invloed gehad omdat het in praktijk toch moeilijk leek door de organisatiestructuur om het duaal management te realiseren. Al met al blijkt dat dit een belangrijke factor is geweest in het gebrekkig uitvoeren van het eerste kwaliteitsdoel en de daarbij behorende subdoelstellingen.

A.2 Duidelijkheden in beleidstheorie: duidelijkheid over inhoud van het kwaliteitsdoel (eenduidige definities) (A.2.1)

Alhoewel de inhoud van het subdoel a ‘het maken van functieprofielen’ duidelijk lijkt wanneer men deze leest, blijkt het behalen van dit subdoel in de praktijk nogal moeilijk te zijn. Het spreekt voor zich dat er functieprofielen gemaakt zouden moeten zijn, echter over de inhoud is er niets duidelijk; wie is belast met deze taak, wat moet er in de functieprofielen staan, wanneer moeten deze in gebruik worden genomen? De inhoud van het subdoel het organiseren van scholing (b) is wel duidelijk geweest omdat hierover is gecommuniceerd naar de betreffende afdelingen. Communicatie over subdoelen heeft het voordeel dat onduidelijkheden in beleidsdoelen opgehelderd worden en dat er zekerheid is in de definiëring van de taken voortvloeiend uit de subdoelen. Subdoel c is net als subdoel a niet gerealiseerd omdat er onduidelijkheden over de inhoud van het subdoel bestond. Naast de onduidelijkheden over de subdoelen die niet zijn toegelicht blijkt verder dat het moeilijk is om de bestuurlijke organisatie zo vorm te geven dat er sprake kon zijn van duaal management.

“In de organisatie staat de term duaal management al die jaren dat het gebruikt wordt ter discussie” (uit persoonlijk gesprek hoofd P&O, 6 januari 2014). Dit citaat geeft ook blijk van de onduidelijkheid over het duaal management in de organisatie.

De onvolledige beleidstheorie heeft er voor gezorgd dat er geen goede implementatie van het kwaliteitsdoel tot stand is gekomen omdat men niet wist wat de subdoelen a en c precies inhielden of wie waar verantwoordelijk voor was. Slechts van één subdoel is dit in de organisatie uitgewerkt en zijn de andere subdoelen niet ter sprake geweest bij de beleidsuitvoerders. Dit zorgt voor een kettingreactie omdat de uit te voeren taken binnen dit kwaliteitsdoel in relatie tot elkaar staan, immers wanneer functieprofielen met taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zouden zijn ontwikkeld, kon hierdoor makkelijker de scholing gestuurd en bewaakt worden en gekeken kunnen worden of het implementeren van deze twee subdoelen een bijdrage konden leveren aan de inrichting van de bestuurlijke organisatie zoals men dat voor ogen had.

Samenvattend

Het beleid ten aanzien van het management development programma is door de afdeling kwaliteit en veiligheid deels (subdoel b) goed gecommuniceerd naar de overige afdelingen. De doelstellingen in het scholingsprogramma waren volgens de uitvoerders duidelijk genoeg (Indicator A.1.2). De doelstellingen in het management development programma blijken achteraf veel te ambitieus te zijn geweest. De situatie waarin het ziekenhuis zich in bevond, maakte het onmogelijk om management development te realiseren. Ondanks dat er eenduidige definities gebruikt zijn bij het vormen van beleid, waarin duidelijk is wat er met het beleid gerealiseerd zou worden, is door de organisatievorm de verschillende subdoelen niet goed uitgevoerd. De Raad van Bestuur die verantwoordelijk was voor de taakstelling richting de betrokken afdelingen op het gebied van de scholing deed zijn plicht om trainingen te organiseren, maar heeft verder geen functieprofielen gemaakt of de taak gegeven om deze te maken. Het bleek voor de deelnemers echter onduidelijk wat er van hen werd verwacht op werkvloer en wat zij moesten communiceren met andere collega's. Ook de beleidstheorie bevat hiaten. Doordat de inhoud van het doel slechts gebrekkig is toegelicht in de organisatie ontbreekt er een zekere overeenstemming over de inhoud van het kwaliteitsbeleid.

5.1.4 Kenmerken van beleidsuitvoerders

B.1 Kennis van beleid en beleidstheorie: Kennis van kwaliteitsdoelstelling (B.1.1)

Om de doelstellingen uit het kwaliteitsbeleid goed te kunnen implementeren is het van belang dat uitvoerders weten wat het doel is en waarom het belangrijk is dat er gewerkt wordt aan het implementeren van deze doelstelling. Kennis over wat het kwaliteitsdoel inhoudt was over het algemeen bij alle uitvoerende actoren aanwezig (subdoel b). Waarom dit doel geïmplementeerd moest worden was ook duidelijk: er waren trainingen nodig om kennis en expertise op verschillende fronten in de organisatie verder te ontwikkelen. De overige subdoelen zijn zoals hierboven al aangegeven, voornamelijk onduidelijk voor de actoren.

B.1.2 Kennis van beschikbaar budget

Het hoofd P&O had geen kennis van het budget dat voor dit thema is gereserveerd. Raad van Bestuur alsmede afdeling FP&C waren wel op de hoogte of er beschikbaar budget was en hoeveel dit budget was voor deze trainingen. Voor de actoren die deelnamen aan de trainingen is het niet relevant dat zij hier van op de hoogte waren omdat deze indicator slechts de kennis van de uitvoerende actoren meet. Het ontbreken van een budget en de afwezige kennis over de mogelijkheden om het beleid succesvol te kunnen implementeren hebben ervoor gezorgd dat de betrokken actoren zich niet verantwoordelijk voelden voor bepaalde taken en de interesse afnam voor de scholing die hen werd aangeboden.

B.1.3 Kennis van prestatieafspraken

De trainingen in het kader van het duaal management hadden een verplicht karakter. Hoewel dit karakter niet contractueel is vastgesteld, wisten de uitvoerders dat de leidinggevenden en zakelijk leiders deel moesten nemen aan de trainingen. Er zijn echter geen prestatieafspraken gemaakt om het kwaliteitsdoel daadwerkelijk van de grond te laten komen. Dit heeft tot gevolg gehad dat na een aantal training de interesse afnam bij deelnemers en men niet meer kwam opdagen. Omdat hier geen afspraken over zijn gemaakt (wellicht is hier een belangrijke oorzaak het ontbreken van verantwoordelijken) heeft het verder ook geen gevolgen gehad voor de deelnemers die aangeven dat patiëntenzorg voorgaat en dat men te weinig tijd heeft voor dergelijke trainingen. De overige twee subdoelen kunnen hier niet besproken worden omdat men sowieso geen kennis had van de inhoud van deze subdoelen en dus prestatieafspraken ook hier ontbraken. Het ontbreken van prestatieafspraken heeft er toe geleid dat er afgedwaald is van het oorspronkelijke beleid waarin men streefde naar het opzetten van een continue management development programma, want te zien is dat na acht trainingen de scholing is gestopt.

B.2 Motivatie van beleidsuitvoerders: mate van overeenstemming over de doelstelling van het beleid (B.2.1)

Het blijkt lastig om deze indicator te kunnen meten. De bestuurssecretaris als een van de beleidsuitvoerders is niet meer werkzaam in de organisatie en daardoor is het moeilijk om de motivatie van alle uitvoerders te meten. De overige beleidsuitvoerders (RvB, P&O) waren het allemaal eens met de doelstelling omdat zij allen geloofden in het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid door middel van het faciliteren van duaal management (uit persoonlijke gesprekken, d.d. 6 januari 2014 en 10 januari 2014). Voor de overige twee subdoelstellingen blijkt het lastig om hier informatie over te verzamelen omdat men niet goed op de hoogte is van de inhoud van het beleid.

Mate van overeenstemming over de beschikbare middelen (B.2.2)

Over deze indicator en het effect daarvan is tijdens de gesprekken niet veel losgelaten. Ook is het onduidelijk in hoeverre de uitvoerders over middelen (o.a. geld) beschikten om het kwaliteitsdoel te kunnen implementeren.

(B.3) Capaciteiten en competenties om beleid uit te kunnen voeren: Beschikking over middelen (B.3.1)

Wat noodzakelijk was om de trainingen succesvol uit te kunnen voeren was het budget dat gebruikt zou worden om de workshops te organiseren. Het blijkt dat de beleidsuitvoerders over te weinig middelen, in dit geval dus geld, beschikten. Ten tijde van het schrijven van het kwaliteitsplan bevond het ziekenhuis zich in een financiële situatie waarin bekostiging van het geld en instrumentarium niet logischerwijs volgde op de gestelde doelstelling. Uit het gesprek met een beleidsmedewerker (d.d. 15 januari 2014) blijkt dat er geen budget is vastgesteld voor de workshops.

(B.4) Verplichting om beleid uit te kunnen voeren: invloed van contractuele afspraken en verplichte verantwoording (B.4.1)

Aan het eerste subdoel is na het vaststellen van het beleid omtrent het duaal management, niet meer gewerkt. Men vond dat het beleid uitgevoerd moest worden en de subdoelen b en c leken tijdens de analyse de meest belangrijke subdoelen te zijn die het kwaliteitsdoel goed zou helpen te implementeren. Dit blijkt voornamelijk uit het feit dat er pas eind 2013 is begonnen aan het schrijven van functieprofielen.

De werkwijze en implementatie van het tweede subdoel (organiseren van scholing aan duaal managers en het opzetten van een continue md-programma) is dat inhoud wordt toegelicht door een inhoudsdeskundige en dat deze met de duale leidinggevendenden bepalen hoe dit onderwerp in de praktijk wordt toegepast. Na de workshop moet het beleid worden geïmplementeerd op de afdelingen in de kliniek en polikliniek. Hiervoor is dan ook nazorg nodig vanuit de inhoudsdeskundige om de in de scholing geleerde kennis te kunnen vertalen naar de praktijk. De Raad van bestuur moet er op toezien dat de afspraken in de praktijk ook worden toegepast omdat de raad van bestuur de eindverantwoordelijkheid heeft over de kwaliteitsdoelen. Hieromtrent zijn er dus wel afspraken gemaakt, maar niet contractueel vastgelegd. Ook hier heeft het ontbreken van een dwingend karakter van de scholing ervoor gezorgd dat de subdoelen niet goed zijn geïmplementeerd omdat er voor de deelnemers geen houvast was voor het beleid.

(B.5) Organisatiestructuur: mate van gelijkwaardigheid van verschillende actoren (B.5.1)

Bij de realisatie van de verschillende subdoelstellingen zijn niet veel actoren betrokken geweest. Doordat de organisatie platter is gemaakt, zijn de tussenlagen management eruit gesneden wat betekent dat er bovenaan de organisatie Raad van Bestuur staat met daaronder hoofden van afdelingen en daaronder de medewerkers. Meer tussenlagen kent het ziekenhuis niet. In 2009 is er een doorstart gemaakt en is er een behoefte ontstaan om financieel gezond te worden en te blijven (immers, het ziekenhuis heeft de laatste jaren te maken gehad met een financiële crisis). Door het wegsnijden van de tussenlaag van het management, zijn de meeste verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar boven gedelegeerd en zijn dus uit het middenmanagement gehaald.

“Er ligt een te zware beslissingsbevoegdheid aan de top en het management” (persoonlijk gesprek d.d. 6 januari 2014). Deze top-down benadering komt de conformiteit van beleidsimplementatie niet ten goede omdat er in het beleid vastgesteld is dat er gewerkt zou worden aan het realiseren van duaal management, wat betekent dat er juist een midden management laag zou zijn. In de organisatie is deze middenlaag er echter uitgehaald wat betekent dat de acties in de praktijk niet conform het vastgestelde beleid zijn verlopen. Tijdens de implementatie van het kwaliteitsdoel is dit idee achterhaald en is het succesvol implementeren van deze doelstelling ook niet gelukt.

Samenvattend

Uit de analyse blijkt dat de uitvoerders wel degelijk kennis hadden over de kwaliteitsdoelstelling (B.1.1). Dit is conform het kwaliteitsbeleid waarin staat dat men op de hoogte gesteld wordt van de trainingen. De uitvoerders beschikten slechts over één van de subdoelstellingen kennis. De uitvoerders hadden eveneens onvoldoende kennis van het budget en de middelen (B.1.2), en werden onvoldoende verplicht tot het uitvoeren van bepaalde taken ondanks dat de trainingen een verplichte karakter hadden (overige twee subdoelen blijven in praktijk volledig onzichtbaar) (B.1.3). De beleidsuitvoerders vonden wel dat de trainingen in het kader van subdoel b een bijdrage konden leveren aan de kwaliteit in het ziekenhuis. De uitvoerders werden echter niet voldoende geprikkeld om beleid goed uit te voeren (Er werden geen consequenties verbonden aan het niet uitvoeren van opdrachten en taken). De organisatiestructuur (B.5.1.) draagt tevens in negatieve zin bij aan de conformiteit van beleidsimplementatie omdat de organisatiestructuur met de tijd is veranderd en dus niet meer conform het oude systeem werkt waarin verticale hiërarchie zichtbaar was. Er kan dus geconcludeerd worden dat de meeste indicatoren voor de kenmerken van de uitvoerders hebben dus een negatieve bijdrage geleverd aan de implementatie van het kwaliteitsdoel.

5.1.5 Omgevingsinvloeden

C.1 Invloeden uit taakomgeving: invloeden van medisch personeel, zakelijk leiders (C.1.1)

Om beleidsimplementatie succesvol te laten verlopen, is er een zekere mate van draagvlak nodig onder de betrokkenen in het beleidsveld. Op 6 april 2009 is met de Raad van Bestuur gesproken over de verwachtingen ten aanzien van het duaal management. Ook hier geldt dat de overige subdoelen (a en c) niet worden besproken in de organisatie. De afdelingshoofden en zakelijk leiders hebben tijdens die bijeenkomst aangegeven dat zij belangstelling hebben voor training in vaardigheden (uit persoonlijk gesprek hoofd P&O, d.d. 6 januari 2014) .

Vanaf die datum is er gestart met de trainingen.

De uitvoerders hebben zich dus slechts gericht op subdoel b waarin de scholing centraal stond. Uit evaluatiebijeenkomsten (inhoudsanalyse) blijkt dat de opkomst voor de workshops afnam. Daarbij komt ook nog eens dat er een onvolledige taakuitvoering is geweest omdat niet alle subdoelen die bij het kwaliteitsdoel horen aandacht hebben gekregen.

C.2 Politieke invloed: ondersteuning/belemmering van het beleidsdoel door algemene wetten, regels, voorschriften (C.2.1)

Voor de subdoelen a en c zijn er geen algemene wetten, regels en voorschriften geschreven waardoor het meten van de invloed van deze indicator moeilijk blijft.

Vanuit de organisatie zijn voorschriften opgesteld voor subdoel b, in die zin dat de scholing een verplicht karakter had. Deze voorschriften zijn opgenomen in protocollen en voor een ieder duidelijk geweest in de organisatie. Vanuit de overheid zijn er geen wetten/regels vastgesteld om te werken aan het bewerkstelligen van een duaal management (wellicht verklaart het ontbreken van wettelijke regels/voorschriften de voortgang van de implementatie van het beleid).

C.3 Economische invloed: invloed van economische crisis (C.3.1)

Behalve de invloeden die van binnenuit ontstaan op het ontwikkelen en uitvoeren van beleid, spelen ook economische invloeden een rol bij beleidsimplementatie. Toen het kwaliteitsplan opgesteld werd (2009) moest er naast de financiële situatie van het ziekenhuis tevens rekening gehouden worden met de economische situatie van het land. De Nederlandse economie bevond zich in 2009 in een diepe crisis en kromp met 3,9 procent (cbs.nl). Dit gegeven maakt het begrijpelijk dat er weinig tot niets is geïnvesteerd in het realiseren van deze doelstelling. De MC Groep had naast de economische invloed, ook de eigen financiële situatie voor ogen gehouden en geen budget beschikbaar gesteld voor de workshops en scholing.

Samenvattend

Bij dit laatste criterium van het kwaliteitsdoel, omgevingsinvloeden, valt op dat er bij alle drie indicatoren verschillende invloeden een negatieve aandeel hebben gehad in de beleidsimplementatie. Invloed van specialisten (C.1.1) die de trainingen na een tijd niet meer interessant vonden, het ontbreken van voorschriften en regels vanuit de organisatie (C.2.1) en de economische gesteldheid van de organisatie hebben gezamenlijk ervoor gezorgd dat de implementatie van het kwaliteitsdoel niet conform het opgestelde beleid van 2009 is uitgevoerd.

5.2 Individueel functioneren medisch specialisten

5.2.1 Beschrijving

Het individueel functioneren medisch specialisten had als doel het scholen van specialisten in het voeren van toetsingsgesprekken. Als subdoelstelling is hier bijgekomen om binnen een jaar tot afronding te komen, waarbij iedere specialist eenmaal de procedure heeft doorlopen.

Het individueel functioneren medisch specialisten is een evaluatiesysteem waarin medisch specialisten geschoold worden tot het voeren van gesprekken met andere specialisten in het ziekenhuis. Het IFMS gesprek wordt gevoerd aan de hand van een onderzoek waar de specialisten en patiënten zelf aan hebben deelgenomen. Aan de hand van resultaten worden doelstellingen vastgesteld en wordt daar na twee jaar op geëvalueerd.

5.2.2 Mate van conformiteit

Het tweede kwaliteitsdoel is beter geïmplementeerd in de praktijk dan het eerste kwaliteitsdoel, met name op het gebied van voortzetting van het beleid. Echter, dit kwaliteitsdoel wijkt, net als het eerste kwaliteitsdoel, op bepaalde punten ook af van het oorspronkelijke beleid. Zoals in het kwaliteitsbeleid is vastgesteld, is men begonnen met het scholen van specialisten in het kunnen voeren van toetsingsgesprekken. Uit de analyse is gebleken dat de scholing van specialisten wel conform het beleid is verlopen en het aantal specialisten dat nodig is, ook daadwerkelijk is geschoold in de eerste ronde. In het beleid is verder opgenomen dat binnen één jaar alle specialisten een gesprek moeten hebben gevoerd met een zogenoemde ‘auditor’ (specialist als gespreksleider). Dit streven is echter niet behaald. De eerste ronde van de gesprekken heeft in totaal twee jaar geduurd, mede dankzij de uitval van het aantal geschoolde specialisten waardoor gesprekken niet plaats konden vinden. Deze vertraging heeft een negatief effect op de conformiteit met het kwaliteitsbeleid. Hieronder wordt gekeken naar de invloed van verschillende factoren op de implementatie van dit kwaliteitsdoel.

5.2.3 Kenmerken van beleid en beleidstheorie

A.1. Duidelijkheden in het beleid: communicatie tussen K&V en overige afdelingen (A.1.1)

Het derde belangrijke kwaliteitsdoel van de MC Groep is het werken aan kwaliteit in de organisatie door middel van het ‘individueel functioneren medisch specialisten’ programma.

Dit scholingsprogramma heeft als belangrijke achterliggende gedachte dat de specialisten door middel van het reflecteren op het eigen handelen, kunnen werken aan het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg in het ziekenhuis (Integraal kwaliteitsplan MC Groep, 2009). In het kwaliteitsbeleid zijn afspraken gemaakt met de medische staf (geen persoonlijke afspraken per specialist). Deze afspraken zijn, behalve dat ze globaal zijn opgenomen in het kwaliteitsbeleid, verder niet op papier gezet voor de individueel betrokken specialisten. De afdeling K&V heeft met de vakgroepen afgesproken dat er binnen de vakgroepen ruimte moet ontstaan voor deze gesprekken, als het ware een reflectiemoment door middel van het IFMS-gesprek.

Duidelijke doelstelling (A.1.2)

Uit het gesprek met een IFMS auditor (persoonlijk gesprek d.d. 25 april 2014) blijkt dat de kennis die specialisten hadden over het kwaliteitsdoel in beginsel gematigd was. Het was voor de meeste specialisten die deelnamen aan de trainingen onduidelijk wat het doel inhield. Er is wel aangegeven dat er een scholing en toetsingsgesprekken plaats moesten vinden in het kader van het nieuwe kwaliteitsbeleid, maar wat het doel precies was van de gesprekken en dit kwaliteitsdoel in het algemeen, was nogal onduidelijk bij de geïnterviewde specialisten (uit persoonlijke gesprekken met de medisch specialisten d.d. 24 april 2014 en 25 april 2014).

Haalbaarheid doelstelling (A.1.3)

In het kwaliteitsbeleid wordt gesproken over het aantal auditoren dat het scholingsprogramma moet volgen om evaluatiegesprekken te kunnen voeren. Tijdens de interviews gaven de geïnterviewden aan dat het behalen van deze doelstelling niet onmogelijk was ten tijde van de start van de acties omdat er voldoende middelen aangereikt werden zoals ruimte, onderzoeksmateriaal voor de zelfevaluatie van medisch specialisten, gesprekspartner en tijd. De beheerder van het IFMS programma geeft aan dat met de eerste sessie van de trainingen van de auditoren de doelstelling wel haalbaar bleek maar dat men in eerste instantie het tijdsprobleem over het hoofd heeft gezien. “Al snap ik de achterliggende gedachte en doel van het programma, toch is mij niet duidelijk of je het doel wel goed bereikt, dat blijkt lastig omdat er met de tijd de aandacht verslapt voor deze trainingen, want mensen vinden patiëntenzorg belangrijker dan dergelijke gesprekken met collega’s” (uit persoonlijk gesprek IFMS-beheerder, 24 april 2014).

Taakstelling richting betrokken afdelingen (A.1.4)

Met de medische staf zijn als onderdeel van de overname afspraken gemaakt om de kwaliteit en medisch leiderschap binnen het ziekenhuis te verbeteren. De medische staf hebben allemaal een uitnodiging gehad om mee te doen aan de trainingen. De uitnodigingen voor de training en taakoverdracht aan de medisch specialisten is via de afdeling kwaliteit en veiligheid verlopen. Echter de auditoren geven aan dat het erg onduidelijk is geweest wie welke taken toebedeeld kregen. Zeker bij de eerste sessie van de gesprekken is het zo dat voor veel mensen onduidelijk is geweest wie het gesprek moest plannen, of de auditor of auditee contact moest opnemen, wie verantwoordelijk was voor wat et cetera. Er waren geen afspraken gemaakt en er was geen specifieke taakstelling voor de uitvoerders van het programma. Ook voor wat betreft de tijd waarin de gesprekken gevoerd moesten worden, is er geen en tijdsplanning gemaakt en heeft er geen taakverdeling plaatsgevonden.

A.2. Duidelijke beleidstheorie: duidelijkheid over inhoud kwaliteitsdoel (eenduidige definities) (A.2.1)

Er wordt door een specialist gewezen op de omschrijving van dit kwaliteitsdoel in het kwaliteitsbeleid waarin staat: ‘het voeren van toetsingsgesprekken’ (Integraal kwaliteitsplan MC Groep, 2009 p. 18). Volgens de geïnterviewde zijn dit “*geen toetsingsgesprekken zoals in het kwaliteitsbeleid staat. De bedoeling is juist niet een beoordeling geven maar dat je iemand helpt zijn zwakke en sterke punten naar voren te brengen en daarbij helpt deze te verbeteren.. Het is geen toetsing, maar het voorhouden van een spiegel*” (uit persoonlijk gesprek medisch specialist, 25 april 2014). Wanneer definities in het beleid niet eenduidig zijn, kan dit een negatieve invloed hebben op de mate van conformiteit omdat verschillende actoren, verschillende interpretaties kunnen hebben bij het kwaliteitsdoel en de beleidstheorie. Wanneer dit het geval is, zal men niet hetzelfde doel kunnen nastreven. In dit geval is ook hier geen sprake van geen conformiteit met het beleid omdat de beleidstheorie niet duidelijk is voor de betrokken specialisten.

Samenvattend

Vanuit de afdeling kwaliteit en veiligheid zijn er met de medische staf afspraken gemaakt om de kwaliteit in het ziekenhuis te verbeteren. Er is een toelichting gegeven op het kwaliteitsdoel vanuit de afdeling kwaliteit en veiligheid (A.1.1).

De doelstelling van het IFMS- programma was deels duidelijk bij de uitvoerders en het kwaliteitsdoel (zowel de scholing verzorgen als het afronden van de eerste ronde gesprekken

binnen één jaar) bleek ten tijde van de implementatieperiode niet te ambitieus en conform het kwaliteitsbeleid (A.1.3). Er is wel degelijk gecommuniceerd over de doelstelling, maar deze blijkt niet goed begrepen te zijn door de betrokken specialisten. Wat betreft de taakstelling naar de betrokken afdelingen (A.1.4) is het vandaag de dag nog steeds onduidelijk wie welke rol op zich moest nemen. Deze taakstelling is niet goed toegelicht in de organisatie terwijl in het beleid duidelijk aangegeven staat dat er verantwoordelijken gesteld worden voor bepaalde taken. De beleidstheorie is voor de betrokken uitvoerders onduidelijk geweest en de aannames in de beleidstheorie waren daarmee ook onduidelijk en niet transparant genoeg volgens de betrokken actoren (A.2).

5.2.4 Kenmerken van beleidsuitvoerders

B.1. Kennis van beleid en beleidstheorie: kennis van kwaliteitsdoel (B.1.1)

“Het oplossen van problemen in de staf met betrekking tot individueel functioneren is een deel van de aanpak om tot verbetering te komen” zo wordt de doelstelling omschreven door een specialist die is geïnterviewd over het IFMS- programma (uit persoonlijk gesprek medisch specialist/internist, 21 april 2014). Dit maakt duidelijk dat de doelstelling goed is overgekomen. Alle geïnterviewde actoren weten wat het doel is van de genomen acties in het IFMS programma (uit gesprekken met infectioloog/hematoloog d.d. 21 april 2014).

Kennis van beschikbaar budget (B.1.2)

De geïnterviewde specialisten (hematoloog, infectioloog, internist, neuroloog) weten niets van een gereserveerd budget af voor dit kwaliteitsdoel. Er worden trainingen gegeven door externen, het budgetbeheer ligt volgens de geïnterviewden bij de Raad van Toezicht en is het voor de uitvoerders minder relevant om inzicht te hebben in de kosten en het budget voor het kwaliteitsdoel.

Kennis van prestatieafspraken (B.1.3)

In het IFMS programma wordt er door de specialisten een dossier opgemaakt en aan de hand daarvan wordt het evaluatiegesprek gevoerd. Er zijn afspraken gemaakt voor het invullen van het dossier en het houden van deze evaluatiegesprekken. Deze afspraken houden in dat de specialisten op tijd het dossier invullen en wanneer alle stukken compleet zijn, de auditor de specialist uitnodigt voor een gesprek. De beheerder van het IFMS ziet erop toe dat de gesprekken plaatsvinden, maar heeft verder geen inzicht in de dossiers van de specialisten. De Raad van Bestuur heeft geen inzage in het dossier van de specialiste dat zij zelf opmaken.

“Op het moment dat een medisch specialist niet goed functioneert en ook geen verbeteringen laat zien, treedt de procedure ten aanzien van disfunctionerende specialisten in werking. Een verstrekkend gevolg hiervan kan zijn dat ontbinding van de toelatingsovereenkomst respectievelijk de arbeidsovereenkomst plaatsvindt” (p. 41) Integraal kwaliteitsplan MC Groep, 2009, p. 41). Er zijn dus wel afspraken gemaakt omtrent de vormgeving en naleving van het kwaliteitsdoel, maar deze zijn verder in de praktijk niet toegelicht. Een IFMS- auditor geeft verder aan dat er ook geen toezicht en controle is op de vastgestelde doelstellingen in het IMFS-programma (uit persoonlijk gesprek, 25 april 2014). Dit betekent dus dat deze bevinding een negatieve invloed heeft op de mate van de conformiteit met het kwaliteitsdoel omdat de voorgenomen maatregelen in het kwaliteitsbeleid geen uitvoer kennen in de praktijk wegens gebrek aan toezicht en controle.

B.2. Motivatie van uitvoerders: mate van overeenstemming over de doelstellingen van het beleid (B.2.1)

Tijdens de gehouden interviews valt op dat alle auditoren die de trainingen hebben gevolgd en bevoegd zijn om gesprekken te voeren, het met eens elkaar zijn over het nut van het voeren van evaluatiegesprekken in het programma. Volgens een aantal van de geïnterviewden zitten er nog wel haken en ogen aan het behalen van de daadwerkelijke doelstelling van het programma. Zo geeft een IFMS- auditor aan dat *“de weerstand best groot was bij het uitvoeren van het kwaliteitsdoel”*. Specialisten vinden het moeilijk om een gesprek te voeren met een collega die ze heel goed kennen of soms ook niet goed kennen en dan is het confronterend om heel open en bloot te praten over wat men vindt, van zichzelf en het werk dat ze uitvoeren. Hierdoor is het volgens een beleidsuitvoerder *‘heel goed mogelijk dat het doel van een dergelijk evaluatiesysteem het spoor bijster raakt’* (uit persoonlijk gesprek 26 april, 2014).

Mate van overeenstemming over de beschikbare middelen (B.2.2)

De middelen om het kwaliteitsdoel te behalen waren duidelijk en alle geïnterviewden geven aan dat het computersysteem goed werkt. De uitvoerders zijn het er over eens dat de middelen er zijn om het beleid uit te voeren (enquêtes, evaluatielijsten voor de specialisten) maar dat het na een bepaalde tijd wel moeilijk is deze middelen te raadplegen. Wanneer een dossier eenmaal gesloten is in het systeem, is het niet meer mogelijk om het dossier van een specialist in te zien.

B.3. Capaciteiten en competenties om beleid uit te kunnen voeren: beschikking over middelen (B.3.1)

Grootste behoefte is volgens de meeste specialisten, tijd. Doordat de aandacht voor de gesprekken verslapt en het aantal training volgens de specialisten afneemt i.v.m. gebrek aan tijd, komt er een hoge werkdruk te liggen op de overige specialisten (uitvoerders) die meerdere gesprekken moeten volgen dan in eerste instantie werd gedacht. De middelen die nodig zijn om het gesprek te voeren, zoals het systeem en de enquêtes, zijn volgens de uitvoerders wel in voldoende mate aanwezig.

B.4. Verplichting om beleid uit te voeren: invloed van contractuele afspraken en verplichte verantwoording (B.4.1.)

Bij de uitvoering van dit kwaliteitsdoel zijn zoals eerder gemeld geen contractuele afspraken gemaakt. Er is wel een aantal afspraken gemaakt waar zowel de uitvoerders (specialisten, auditoren) als de overige actoren zich aan moeten houden in het IFMS- programma. Eén van deze afspraken betreft het voeren van minimaal één gesprek per jaar met een auditor. De uitvoerders moeten ervoor zorgen dat de auditees minimaal drie verbeterpunten aanleveren in het dossier. Dit gebeurt niet altijd, wordt er geconstateerd en er is geen toezicht op de naleving van de doelstellingen die voortvloeien uit het IFMS-gesprek (uit gesprek met de infectioloog, d.d. 21 april 2014). Er worden afspraken gemaakt, maar er bestaat geen verplichte verantwoording aan andere uitvoerders of Raad van Toezicht over deze ontwikkelingen van de specialisten. Er worden dus wel richtlijnen en regels opgesteld maar deze zijn slechts globaal en niet specifiek.

B.5. Organisatiestructuur: mate van gelijkwaardigheid van verschillende betrokken actoren (B.5.1)

De medisch specialisten hebben elk een gelijke rol gekregen bij het uitvoeren van het IFMS programma. Er is een beheerder gezet op het totale programma, zogenaamde IFMS-beheerder. Deze heeft de eindverantwoordelijkheid en stuurt erop dat de gesprekken gevoerd worden en bewaakt het proces van koppelen van auditoren aan auditees.

Samenvattend

Wanneer we kijken naar het tweede criterium ‘kenmerken van beleidsuitvoerders’ valt op dat de invoering van het kwaliteitsdoel als ‘geheel plotseling’ ervaren werd en dus niet conform

het kwaliteitsbeleid waarin staat dat het IFMS programma met de specialisten en uitvoerders besproken zal zijn en er afspraken gemaakt zouden worden. Er is niets over een beschikbaar budget bekend (B.1.2) en er zijn tevens geen prestatieafspraken gemaakt omtrent het invullen van het dossier, het voeren van gesprekken et cetera. Ondanks dat de uitvoerders het met elkaar eens zijn over de doelstellingen van het beleid (B.2.1) blijkt het toch lastig om dit kwaliteitsdoel goed uit te kunnen voeren omdat het vooral gebaseerd is op wederzijds vertrouwen in elkaar. Hierdoor is het doel ook niet conform het beleid uitgevoerd waarbij het doel is om gesprekken te voeren zodat de specialisten kunnen leren van hun eigen werkwijze. Hier is dus geen rekening mee gehouden bij het opstellen van het beleid, maar wordt ook niet naar gehandeld tijdens de uitvoering in praktijk. De uitvoerders geven aan dat de beschikbare middelen wel voldoende zijn (B.2.2) maar dat eventueel ondersteunende programma's noodzakelijk zijn. Er zijn geen contractuele afspraken gemaakt, wat betekent dat er ook geen verplichte verantwoording wordt afgelegd aan overige actoren (B.4.1). Er is een horizontale organisatiestructuur aanwezig die alle betrokken uitvoerders een gelijkwaardige rol geeft in het implementatieproces zoals in het kwaliteitsbeleid ook is aangegeven (B.5.1).

5.2.5 Omgevingsinvloeden

C.1. Invloeden uit taakomgeving: invloed van medisch personeel, zakelijk leiders (C.1.1)

“We hebben aanbod gekregen de cursus te volgen om auditor te zijn, dat heb ik maar gedaan”. (uit persoonlijk gesprek medisch specialist d.d. 24 april 2014). De invloed van medisch personeel op dit kwaliteitsdoel is gering geweest. Veel medisch specialisten wilden de training tot auditor wel volgen, maar door gebrek aan tijd zijn in de eerste ronde 12 specialisten getraind. Volgens de IFMS-beheerder (uit persoonlijk gesprek, d.d. 24 april 2014) is dat ruim voldoende geweest. Na de eerste ronde van de evaluatiegesprekken gaven verschillende specialisten aan dat de Raad van Bestuur inzicht wil hebben in de uitkomsten van het IFMS-gesprek om deze resultaten te kunnen gebruiken tijdens functioneringsgesprekken. Er ontstond weerstand vanuit de medisch specialisten naar aanleiding van dit voornemen van de Raad van Bestuur. Tot zo ver (het uitvoeren van dit onderzoek) hebben de medisch specialisten de Raad van Bestuur buiten het IFMS-programma kunnen houden. Volgens een geïnterviewde specialist *“brengt het problemen met zich mee wanneer de Raad van Bestuur inzicht wil hebben in de evaluatiegesprekken. Dat zorgt voor wantrouwen tussen de auditoren en auditees in het hele IFMS-programma”* (uit persoonlijk gesprek 25 april 2014).

C.2. Politieke invloed: Ondersteuning-belemmering van de beleidsdoelstelling door algemene wetten, regels, voorschriften (C.2.1)

Zoals eerder gezegd zijn er geen strenge regels en voorschriften vanuit de organisatie gebonden aan dit kwaliteitsdoel. Het computersysteem van het IFMS-programma hangt zelf een tijdsperiode van 3 maanden vast aan het openen van het dossier tot de afhandeling. Het kwaliteitsdoel wordt door de uitvoerders ondersteund en opgevolgd maar er zijn geen strikt algemene regels en/of voorschriften aanwezig wat er gebeurt wanneer een dergelijk evaluatiegesprek niet wordt gevoerd. Een IFMS- auditor geeft aan dat *“het beleid wel wordt aangemoedigd, maar er is geen controle en geen begeleiding bij het bereiken van de aandachtspunten uit zo 'n gesprek. Noch zijn er voorschriften voor de vakgroepen en medisch personeel waaraan men zich moet houden bij het inplannen, invullen en voltooien van een IFMS-dossier”* (uit persoonlijk gesprek 25 april 2014).

C.3. Economische invloed: invloed van economische crisis (C.3.1)

De stand van de economie speelt uiteraard ook een rol bij het maken en uitvoeren van beleid. Volgens de beheerder van het IFMS-programma is het lastig om te bepalen of de economische situatie van het ziekenhuis invloed heeft op de realisatie van het kwaliteitsdoel. *“Het is meer door gebrek aan tijd dat er geen trainingen werden gevolgd na de eerste ronde en er slechts vier specialisten waren die een gesprek konden begeleiden. Je zou ook kunnen zeggen dat er meer gebrek aan specialisten en tijd was dan gebrek aan geld en financiële voorzieningen”* (uit persoonlijk gesprek, 24 april 2014).

Samenvattend

De invloed van medisch specialisten op het kwaliteitsdoel is laag geweest, de specialisten hebben vrijwillig de trainingen gevolgd. Er is slechts weerstand op de ideeën van de Raad van Bestuur die meer inzicht wil hebben in de gesprekken die voortvloeien uit dit kwaliteitsdoel. De invloed van deze indicator op de conformiteit van het beleid is moeilijk te bepalen omdat er geen directe invloed zichtbaar is op het beleid door de beleidsuitvoerders (C.1.1). Vanuit de organisatie wordt het beleid ondersteund, echter zonder strikte regels of voorschriften. Er zijn slechts richtlijnen maar er is geen controle op naleving van het kwaliteitsdoel terwijl in het beleid wel wordt gesproken van afspraken over de gesprekken, het aantal trainingen et cetera (C.2.1). De invloed van wetten, regels en voorschriften op de conformiteit is hier nihil. Ook is het moeilijk te bepalen of de economische crisis een positieve of negatieve invloed heeft gehad op de conformiteit van het kwaliteitsdoel.

5.3 Prestatie-indicatoren

5.3.1 Beschrijving

De inspectie voor de gezondheidszorg gebruikt kwaliteitsindicatoren om te bepalen welke zorgprocessen in een ziekenhuis extra aandacht behoeven of om nader onderzoek vragen. Een zorgproces kan om meerdere redenen opvallen, de inspectie noemt dat een inspectie-indicator (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2013). In de MC Groep worden prestatie-indicatoren voor de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) en Zichtbare Zorg jaarlijks aangeleverd. In de jaren voorafgaand aan 2009 zijn er registraties opgezet om deze indicatoren te kunnen meten. De gegevens die hieruit voortvloeien moeten worden geanalyseerd en naar aanleiding daarvan worden verbeteracties ingezet. De belangrijkste doelstelling bij dit kwaliteitsdoel is dat per 1 juli 2010 het systeem van meten, analyseren en verbeteren van de registraties is opgepakt en geïntegreerd (met voldoende ICT-voorzieningen voor registraties) in de organisatie en dat de resultaten periodiek worden besproken.

5.3.2 Mate van conformiteit

Een probleem met de prestatie-indicatoren ten tijde van het schrijven van het kwaliteitsbeleid was dat leidinggevendenden van afdelingen in 2007-2009 maandelijks gegevens teruggekoppeld kregen maar dat die informatie niet volledig betrouwbaar was. Vanaf mei 2009 is een begin gemaakt met het op orde brengen van deze registratie. Het verbeteren van de registraties in de organisatie is goed uitgevoerd. Deze verbetering van de registratie en analyse van de prestatie-indicatoren heeft een positieve invloed gehad op de mate van conformiteit met het kwaliteitsbeleid maar de invloed van de periodieke terugkoppeling blijft onzichtbaar op de mate van conformiteit omdat gegevens in praktijk onvolledig worden uitgewisseld (uit persoonlijk gesprek medewerker K&V d.d. 10 maart 2014).

5.3.3 Kenmerken van beleid en beleidstheorie

A.1. Duidelijkheden in het beleid: communicatie tussen K&V en overige afdelingen (A.1.1)

De afdeling kwaliteit en veiligheid heeft de medisch specialisten/staf presentaties gegeven over wat prestatie-indicatoren zijn en wat de specialisten ermee moeten doen. Ook is er vanuit de afdeling kwaliteit en veiligheid instructie gegeven over het verzamelen en analyseren van gegevens, het inleveren van deze gegevens bij de afdeling FP&C en Raad van Bestuur, die op hun beurt deze gegevens weer aanleveren bij het IGZ en Zichtbare zorg.

De rol van de afdelingen en specialisten hierin was duidelijk (uit persoonlijk gesprek beleidsmedewerker d.d. 11 maart 2014). Ook de leidinggevenden waren betrokken bij dit kwaliteitsdoel. Deze twee partijen zijn het belangrijkste geweest in de communicatie. Er is in de Raad van Bestuur-vergaderingen ook een aantal keren gecommuniceerd wat er met de kwaliteitsindicatoren moet gebeuren en wat er mee bereikt moet worden.

Duidelijke doelstelling (A.1.2)

Volgens de geïnterviewde specialisten is het voor hen lastig de inhoud van het kwaliteitsdoel te bepalen omdat er steeds één vertegenwoordiger per vakgroep van de medische staf is voor de registratie van de prestatie-indicatoren (uit persoonlijk gesprek medisch specialist d.d. 10 maart 2014). Een medewerker van de afdeling kwaliteit en veiligheid (uit persoonlijk gesprek d.d. 11 maart 2014) geeft aan dat sommige specialisten het kwaliteitsdoel onzinnig vinden, omdat zij zelf niets aan de cijfers hebben. Zij moeten gegevens aanleveren voor de zorgverzekeraar en het IGZ. Het is niet goed duidelijk wat de specialisten voelen voor het kwaliteitsdoel. Het blijkt uit de gehouden interviews dat het voor de hoofden van afdelingen wel duidelijk is waarom zij bijvoorbeeld pijnscores moeten rapporteren aan de Raad van Bestuur, maar voor de verpleegkundigen die het proces elke dag doormaken, is het wat moeilijker te begrijpen omdat er op de werkvloer niet gecommuniceerd wordt waarom het belangrijk is dat scores worden gerapporteerd. Hierbij kan dus gezegd worden dat het niet voor alle betrokken actoren duidelijk was wat de doelstelling precies inhield. Wel wordt er door de medewerker kwaliteit en veiligheid een kanttekening bij gemaakt dat “*zeker in het begin onduidelijk was waarom men dingen moest doen, maar nu na jaren begint het wel steeds vanzelfsprekender te worden*” (uit persoonlijk gesprek d.d. 10 maart 2014).

Haalbaarheid doelstelling (A.1.3)

Volgens een andere kwaliteitsmedewerker die heeft gewerkt aan het opstellen van dit kwaliteitsdoel is het doel niet te ambitieus geweest. Volgens haar is “*die ene doelstelling prima te halen, maar niet als je als organisatie veel meer doelstellingen hebt die je wil halen*” (uit persoonlijk gesprek 10 maart 2014). De organisatie wilde destijds ook financieel gezond worden en disfunctionerende specialisten uit dienst stellen, er moesten minder locaties komen, dat waren allemaal doelstellingen die aandacht nodig hadden. Het is duidelijk dat als het alleen om dit kwaliteitsdoel zou gaan, het perfect en soepel te implementeren zou zijn. Bij de implementatie van dit kwaliteitsdoel is de aandacht dus verspreid over meerdere kwaliteitsdoelen wat de implementatie van deze doelstelling wel ambitieus maakt.

Taakstelling richting betrokken afdelingen (A.1.4)

De afdeling K&V heeft de eindverantwoordelijkheid voor de implementatie van dit kwaliteitsdoel. Afdeling kwaliteit en veiligheid heeft het plan opgesteld en doelen bedacht maar deze afdeling is uitvoerend aan de Raad van Bestuur. Er zijn taken verdeeld en verantwoordelijkheden toegewezen. De vertegenwoordigers van de afdelingen kregen de taak om op hun eigen afdeling de registratie en analyse van prestatie-indicatoren bij te houden en te verbeteren. Iedere specialist moest hierbij gegevens doorgeven aan de verpleegkundigen die op hun beurt weer de gegevens moeten registreren en waar nodig verbeteracties uitvoeren op de afdeling. De gegevens die geregistreerd worden, moeten vervolgens naar de afdeling Finance, planning en controle. Maandelijks verstuurt de afdeling FP&C onder andere financiële kengetallen naar resultaatverantwoordelijke eenheden (vakgroep hoofden en uiteindelijk de Raad van Bestuur). Er is een concrete taakstelling richting betrokken actoren geweest.

A.2. Duidelijke beleidstheorie: duidelijkheid over inhoud kwaliteitsdoel (A.2.1)

Zoals uit interviews blijkt is de beleidstheorie en het kwaliteitsdoel duidelijk toegelicht aan de betrokken afdelingen. De inhoud van het kwaliteitsdoel heeft op bepaalde punten wel voor discussie gezorgd. Dit betrof voornamelijk het verzamelen van bepaalde gegevens door de specialisten. Sommige specialisten vonden de pijnscore registraties bijvoorbeeld onnodig (uit persoonlijk gesprek beleidsmedewerker d.d. 9 april 2014). Alhoewel de inhoud van het kwaliteitsdoel duidelijk was, was het begrip voor de implementatie van het kwaliteitsdoel schaars (vooral onder verpleegkundigen).

Samenvattend

De communicatie omtrent dit kwaliteitsdoel richting de betrokken afdelingen is goed verlopen (A.1.1). Afdeling kwaliteit en veiligheid had een grote taak op zich om dit kwaliteitsdoel goed ingebed te krijgen in de organisatie en onder de betrokken afdelingen, dit hadden zij ook als doel voor ogen.

De duidelijkheid van de doelstellingen is lastig om te bepalen, vooral voor de geïnterviewde specialisten. Zij geven aan dat veel gegevens die zij moeten aanleveren volgens hen onnodig zijn (A.1.2). Het beleid stelt dat de aan te leveren gegevens van belang zijn voor de reputatie van het ziekenhuis.

Wat betreft de haalbaarheid van de doelstelling wordt aangemerkt dat het tijdens het implementeren van het kwaliteitsdoel dit doel wel te ambitieus is geweest omdat er ook andere doelen voor ogen waren (A.1.3). Hierdoor is de doelstelling ook niet goed uitgevoerd zoals men dat in de beleidsomschrijving genoemd had. Deze indicator heeft hier dan ook een negatieve invloed op de conformiteit. De taakstelling richting betrokken afdelingen is duidelijk geweest waarbij de belangrijkste taak en eindverantwoordelijkheid lag bij de afdeling K&V en bij de Raad van Bestuur (A.1.4). Alhoewel de inhoud van het kwaliteitsdoel voor velen duidelijk was, was het begrip voor de implementatie van het kwaliteitsdoel laag. De verschillende indicatoren samen hebben een negatieve invloed op de mate van de conformiteit.

5.3.4 Kenmerken van beleidsuitvoerders

B.1. Kennis van beleid en beleidstheorie: kennis van kwaliteitsdoel (B.1.1)

De inhoud van het kwaliteitsdoel is volgens de uitvoerders duidelijk. Iedereen wist wat van het kwaliteitsdoel af, echter bleek het moeilijk te bepalen hoe je dat doel het beste kon bereiken. In de organisatie zijn uitvoerders eerste paar jaar druk bezig geweest met kijken naar applicaties en ICT- oplossingen waarmee men gemakkelijk gegevens uit een systeem kan halen. De kennis over ICT- oplossingen (onderdeel van het kwaliteitsdoel) was niet aanwezig bij de uitvoering van het kwaliteitsdoel.

Kennis van beschikbaar budget (B.1.2)

De kwaliteitsmedewerker geeft tijdens een interview (d.d. 10 april 2014) aan dat er een budget nodig was voor de implementatie van het kwaliteitsdoel maar dat hier niets over vermeld is vanuit de organisatie. Deze bijdrage in geld zou gebruikt worden bij het aanpassen van de digitale systemen om registraties beter te kunnen doen. Bij geen van de geïnterviewde specialisten is kennis van het budget aanwezig.

Kennis van prestatieafspraken (B.1.3)

“Er zijn wel prestatieafspraken gemaakt, maar deze zijn heel impliciet” (uit persoonlijk gesprek met de medewerker kwaliteit en veiligheid, d.d. 12 april 2014). Veelal is hierbij uitgegaan van de landelijke prestatienormen afspraken en heeft de organisatie hierop voortgeborduurd. Dit betekent dat er in de organisatie vanzelfsprekend was dat er gegevens werden aangeleverd en dat de afspraken en taken hierover dusdanig uitgevoerd zouden worden dat prestatieafspraken over de taakstelling op papier niet nodig bleek.

B.2. Motivatie van uitvoerders: mate van overeenstemming over de doelstellingen van het beleid (B.2.1)

Ondanks dat het goed gecommuniceerd is wie waarvoor verantwoordelijk is, blijkt het vandaag de dag nog steeds onduidelijk wie er nou daadwerkelijk verantwoordelijk is voor de indicatoren. Het ziekenhuis is verantwoordelijk dat er gegevens aangeleverd worden maar de specialisten zijn verantwoordelijk dat de gegevens verzameld worden. Hierbij heerst de gedachte dat specialisten het nut niet zien van het leveren van deze scores en daarom gegevens soms onjuist worden aangeleverd of dat verpleegkundigen dit niet in voldoende mate aanleveren omdat zij geen gegevens doorkrijgen van de specialisten. Dit maakt de overeenstemming over het kwaliteitsdoel laag. Dit heeft tot gevolg dat conformiteit met het kwaliteitsbeleid niet bereikt wordt omdat er geen consensus is onder de uitvoerders.

Mate van overeenstemming over de beschikbare middelen (B.2.2)

De uitvoerders waren het allemaal eens over dat er ICT- matige oplossingen bedacht moesten worden om gegevens snel en efficiënt te kunnen verzamelen. Ondanks dat de geïnterviewden niet wisten dat er een budget gereserveerd was voor dit kwaliteitsdoel, is er een budget beschikbaar gesteld voor kleine projecten zoals bijvoorbeeld het opzetten van kiwivenssters om de pijnscores in te kunnen voeren van patiënten (uit persoonlijk gesprek beleidsmedewerker d.d. 10 april 2014).

B.3. Capaciteiten en competenties om beleid uit te kunnen voeren: beschikking over middelen (B.3.1)

Er waren slechts voor kleine projecten geld beschikbaar. Over het totale budget was niets bekend bij de uitvoerders. Ook waren uitvoerders afhankelijk van de ict-voorzieningen om gegevens te kunnen verzamelen. De beleidsmedewerker (uit persoonlijk gesprek, d.d. 12 april 2014) geeft aan dat voorheen registraties op papier werden gedaan en dat langzaam is gegaan tot digitaal bijhouden van de scores. De uitvoerende actoren beschikten dus in voldoende mate over de middelen om het kwaliteitsdoel ten uitvoer te kunnen brengen.

B.4. Verplichting om beleid uit te voeren: invloed van contractuele afspraken en verplichte verantwoording (B.4.1.)

Zoals hierboven al aangegeven zijn er geen contractuele afspraken en verplichte verantwoording voor de uitvoerders.

De gegevens worden verzameld en aangeleverd omdat het moet volgens IGZ en Zichtbare zorg (uit persoonlijk gesprek medewerker kwaliteit & veiligheid, d.d. 14 april 2014).

B.5. Organisatiestructuur: mate van gelijkwaardigheid van verschillende betrokken actoren (B.5.1)

De uitvoerders hadden elk veel bewegingsruimte bij het uitvoeren van dit kwaliteitsdoel. Er was weinig concreet dus de gelijkwaardigheid van de actoren was hierin dan ook dat een ieder een gelijk aandeel had bij het werken aan het kwaliteitsdoel. Er was weinig sturing en dat betekent dat iedereen een eigen inbreng kon hebben in de implementatie van het kwaliteitsdoel. Wel had de afdeling kwaliteit en veiligheid veel te zeggen over het kwaliteitsdoel, maar over het algemeen was iedereen gelijk in die zin dat alle verantwoordelijken (de specialisten, verpleegkundigen, afdeling FP&C) gegevens moesten aanleveren.

Samenvattend

De afdeling kwaliteit en veiligheid heeft het kwaliteitsdoel expliciet toegelicht aan de betrokken afdelingen en de actoren (B.1.1). De inhoud van het doel was duidelijk, maar het bleek voor de betrokken actoren onduidelijk hoe er aan het kwaliteitsdoel gewerkt moest worden. Dit feit heeft een negatieve invloed op de conformiteit van het kwaliteitsdoel omdat in het kwaliteitsbeleid degelijk gesproken wordt van een duidelijke taakverdeling tussen de specialisten en verpleegkundigen maar ook een duidelijke taaktoedeling richting de afdeling FP&C en de Raad van Bestuur. De uitvoerders gaven tijdens de interviews aan dat zij geen kennis hebben van het budget voor de implementatie van het kwaliteitsdoel. Vanwege het feit dat de uitvoerders niet weten wie waarvoor verantwoordelijk is en wat het werkelijke belang is van de implementatie van dit kwaliteitsdoel, blijkt het moeilijk om overeenstemming te bereiken over het kwaliteitsdoel. De medisch specialisten die een belangrijke rol hebben in het aanleveren van gegevens, voerden deze taak niet in voldoende mate uit omdat het belang van het kwaliteitsdoel (onduidelijke beleidstheorie) niet goed is overgekomen. Ook zijn er geen strikte prestatieafspraken gemaakt. Daarnaast houdt de Raad van Bestuur vast aan de resultaten die gepubliceerd worden in de dagbladen en wil daarom goede gegevens aangeleverd hebben (B.2.1). Tevens waren er ICT-matige oplossingen nodig om de specialisten en andere betrokken uitvoerders te voorzien van snelle en efficiënte aanlevering van gegevens (B.2.2). Dit is niet opgenomen in het kwaliteitsbeleid.

Het ontbreken van een dwingend karakter van de implementatie van dit doel heeft een negatieve invloed op de conformiteit van het kwaliteitsdoel. De horizontale netwerkstructuur waarin een delegerende macht ontbrak, maakte het mogelijk dat een ieder een gelijke rol had bij de invoering van het kwaliteitsdoel wat er toe heeft geleid dat gegevens onvolledig of niet werden aangeleverd (B.5.1). Volgens de theorie van Coolsma (2008) wordt de mate van conformiteit bekrachtigd wanneer uitvoerders in gelijke mate kunnen werken aan beleidsimplementatie. De mate van conformiteit van beleidsimplementatie wordt hier sterk beïnvloed door de laatste vier indicatoren die allen op een negatieve manier bijdragen aan de beleidsimplementatie.

5.3.5 Omgevingsinvloeden

C.1. Invloeden uit taakomgeving: invloed van medisch personeel, zakelijk leiders (C.1.1)

De directe taakomgeving op het gebied van de prestatie-indicatoren is naast de actoren in de organisatie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zichtbare Zorg. Deze partijen hebben een belangrijk aandeel in de taakuitvoering het gebied van prestatie-indicatoren. Omdat deze partijen gegevens aangeleverd willen hebben voor de kwaliteitsbewaking van het ziekenhuis, worden deze gegevens ook daadwerkelijk aangeleverd. Ook de Raad van Bestuur is er bij gebaat dat er gegevens worden aangeleverd omdat de gegevens bepalend zijn voor de plaats van het ziekenhuis in de ranglijsten. Specialist zelf hebben weinig invloed op het kwaliteitsdoel.

C.2. Politieke invloed: ondersteuning- belemmering van de beleidsdoelstelling door algemene wetten, regels, voorschriften (C.2.1)

Naast de invloed van actoren spelen soms ook andere invloeden een belangrijke rol bij de beleidsimplementatie. Bij dit kwaliteitsdoel is er destijds een kennisdocument geschreven van hoe het kwaliteitsdoel eruit ziet, wie welke verantwoordelijkheden heeft. De daadwerkelijke verloop van de communicatie en welke regels bereikt moeten worden en welke regels daarvoor gelden, is echter onduidelijk en moeilijk te achterhalen. De kwaliteitsmedewerker (uit persoonlijk gesprek, d.d. 12 april 2014) geeft aan dat er misschien destijds een cyclus is opgesteld van wat er gedaan moet worden, maar het hele traject is veel formeler geworden. De procedure is geformaliseerd. “*De verplichting om iets te doen maakt veel verschil*” aldus kwaliteitsmedewerker (uit persoonlijk gesprek, d.d. 12 april 2014).

C.3. Economische invloed: invloed van economische crisis (C.3.1)

Ten tijde van de implementatie van dit kwaliteitsdoel was er ineens de financiële crisis in Nederland, maar het ziekenhuis had een grotere crisis dat gelijk liep met de crisis van het land. Die invloed van buitenaf heeft misschien voor een groot deel meegespeeld bij de implementatie van het kwaliteitsdoel maar dat het in het ziekenhuis qua geld slecht ging en er weinig geld was, dat was aangrijpender (uit persoonlijk gesprek kwaliteitsmedewerker, d.d. 12 april 2014). Er waren geen mogelijkheden om taken uit te besteden of de mogelijkheid om advies te vragen.

Samenvattend

De belangrijkste invloed op de implementatie van dit kwaliteitsdoel kwam van de externe partijen (C.1.1). Het IGZ en Zichtbare Zorg willen cijfers zien aan de hand waarvan het ziekenhuis een rangnummer krijgt. De positieve invloed van die externe partijen op het kwaliteitsdoel is groot (C.2.1), maar ook hier ontbreekt het dwingende karakter van het doel dat nodig is voor het strikt opvolgen van procedures en voorschriften. Dit heeft een negatieve invloed op de mate van conformiteit omdat er in het kwaliteitsbeleid wel van uitgegaan wordt dat verantwoordelijken de taken moeten oppakken die zijn vastgesteld. Er zijn geen consequenties voor de uitvoerders vastgelegd wanneer zij acties niet uitvoeren. Het is onduidelijk in hoeverre de financiële crisis in die tijden een invloed heeft gehad op de implementatie van dit kwaliteitsdoel (C.3.1). Het ziekenhuis bevond zich in die tijd in een slechte economische situatie en daardoor waren veel acties voor de implementatie geschrapt en werd er slechts gefocust op wat eerst moest. De mate van conformiteit met het kwaliteitsbeleid is hiermee tamelijk moeilijk te bepalen omdat verschillende omgevingsinvloeden het beleid zowel ondersteund als belemmerd hebben. De externe partijen hebben het beleid ondersteund, terwijl interne partijen (specialisten, verpleegkundigen) de benodigde gegevens niet altijd volledig hebben geregistreerd en doorgegeven. Hierdoor is het moeilijk om te bepalen of de invloeden uit de taakomgeving of economische invloeden een positieve of een negatieve invloed hebben gehad op de mate van conformiteit van het kwaliteitsdoel.

Deel 6 Vergelijking deelcases

Met behulp van de verkregen informatie uit de analyse zal in dit deel een vergelijking worden gepresenteerd van de drie deelcases die zijn onderzocht. Er zal gekeken worden naar de verschillen en de overeenkomsten tussen de cases alsmede de mate van conformiteit van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep.

A. Kenmerken van beleid en beleidstheorie

Terugblikkend op de implementatie van de drie kwaliteitsdoelen uit het kwaliteitsbeleid van de MC Groep, valt op dat de alle factoren van de indicator ‘kenmerken van beleid en beleidstheorie’ negatief hebben bijgedragen aan de implementatie van het management development programma. Bij het IFMS-programma heeft slecht één van de vijf indicatoren een positieve bijdrage geleverd aan de implementatie van het doel. Bij de implementatie van het derde kwaliteitsdoel, prestatie-indicatoren, hebben drie van de vijf indicatoren een positieve bijdrage geleverd aan het kwaliteitsdoel.

Wat opvalt is dat wanneer beleidsdoelen volgen uit landelijk beleid, kenmerken van beleid en beleidstheorie, in praktijk ook beter te implementeren zijn doordat ten eerste de communicatie tussen afdelingen beter verloopt (A.1.1.), ten tweede de taakstelling beter wordt uitgevoerd omdat duidelijk is wat er gedaan moet worden (A.1.3) en tot slot er in de praktijk als het ware voortgeborduurd wordt op bestaand beleid waardoor er meer duidelijkheid over de inhoud van het beleid ontstaat (A.2.1).

B. Kenmerken van beleidsuitvoerders

Bij het eerste kwaliteitsdoel ‘management development programma’ hadden de beleidsuitvoerders een geringe kennis van het kwaliteitsdoel. Vijf van de acht factoren bij deze indicator, hebben een negatieve invloed gehad op de implementatie van het management development. Van twee factoren is de invloed op de implementatie niet nauwkeurig te bepalen omdat hierbij belangrijke informatie mist (B.2.1. en B.2.2.).

Bij het IFMS programma blijkt dat er vier factoren positief hebben bijgedragen aan de implementatie van het kwaliteitsdoel. Ook bij de implementatie van de prestatie-indicatoren blijken vier factoren een positieve bijdrage te hebben geleverd aan de uitvoer van dit doel in de praktijk.

Mede uit de analyse en onderstaand tabel is te concluderen dat kennis van het kwaliteitsdoel bij de beleidsuitvoerders (B.1.1.) en mate van gelijkwaardigheid van verschillende betrokken actoren (B.5.1.) de meeste positieve bijdrage leveren voor deze indicator. Dit volgt ook uit het feit dat er in de praktijk nog steeds wordt gewerkt aan het verder implementeren van twee kwaliteitsdoelen. Het management development programma heeft, mede door een negatieve invloed van bijna alle factoren, een gebrekkige uitvoering in de praktijk genoten.

C. Omgevingsinvloeden

Ook bij de indicator omgevingsinvloeden scoren de meeste factoren (twee van de drie) negatief op de implementatie van het kwaliteitsdoel ‘management development programma’. Invloed van medisch personeel, zakelijk leiders (C.1.1.) en invloed van de economische crisis op het kwaliteitsdoel (C.3.1) zijn beide afwezig op dit kwaliteitsdoel. De invloed van de algemene wetten, regels en voorschriften blijkt hier lastig te bepalen omdat er vanuit de organisatie geen regels en voorschriften zijn geschreven. Ook vanuit landelijke wetgeving zijn voor dit kwaliteitsdoel geen vergelijkende wetten, regels of voorschriften geformuleerd of opgenomen in het kwaliteitsbeleid.

De invloed van medisch personeel, zakelijk leiders (C.1.1) op het IFMS- programma, is wel als positief te benoemen omdat deze invloed van medisch personeel het doel van het IFMS- programma in stand heeft gehouden (spiegelgesprekken voeren in vertrouwen).

Op de prestatie-indicatoren is de invloed van medisch personeel en zakelijk leiders nauwelijks zichtbaar. Deze factor heeft dan ook een negatieve invloed op de implementatie van het kwaliteitsdoel. Verder wordt het kwaliteitsdoel ‘implementatie prestatie-indicatoren’ positief beïnvloed door de algemene wetten, regels en voorschriften (C.2.1.) waarbij de invloed van dezelfde factor op het tweede kwaliteitsdoel (IFMS-programma) negatief is. De invloed van de economische crisis (C.3.1.) is voor beide kwaliteitsdoelen niet nauwkeurig te bepalen omdat voor beide kwaliteitsdoelen ten tijde van de implementatie van de doelen, meerdere interne problemen waren waardoor de invloed van de economische crisis niet voldoende beoordeeld kan worden als losstaande factor van de overige problemen.

De onderstaande tabel geeft schematisch weer welke factoren een positieve en welke factoren een negatieve bijdrage hebben geleverd aan de implementatie van de kwaliteitsdoelen uit het kwaliteitsbeleid van de MC Groep.

Opvallend aan de tabel en de resultaten uit de analyse, is dat het eerste kwaliteitsdoel, met alle factoren een negatieve bijdrage heeft op het kwaliteitsdoel.

Slechts de factor ‘kennis van het kwaliteitsdoel’ onder de beleidsuitvoerders (B.1.1) was in geringe matige aanwezig (+/-).

Het tweede kwaliteitsdoel, de implementatie van het IFMS-programma, heeft op zes factoren een positieve bijdrage geleverd aan de beleidsimplementatie. Hierbij zijn de meest positief scorende factoren te zien onder de ‘kenmerken van beleidsuitvoerders’. Ook bij het laatste kwaliteitsdoel, de implementatie van de prestatie-indicatoren, zijn de meeste positieve factoren te vinden bij de ‘kenmerken van beleidsuitvoerders’. De implementatie van de prestatie-indicatoren heeft meer positieve factoren op de kenmerken van beleid en beleidstheorie gehad dan de implementatie van het tweede kwaliteitsdoel, het IFMS-programma.

Mate van conformiteit

De mate van conformiteit wordt bepaald met behulp van de invloed van de factoren op de verschillende beleidsdoelen. Wanneer factoren positief bijdragen aan de implementatie van een kwaliteitsdoel betekent dit dat er conformiteit is van het beleidsdoel.

In onderstaand tabel is te zien dat het management development programma, op geen één factor conformiteit heeft met het kwaliteitsbeleid van de MC Groep (Integraal kwaliteitsplan, 2009). Het IFMS-programma heeft zes factoren in totaal die een positieve bijdrage aan de mate van conformiteit met het kwaliteitsbeleid leveren. Voor de prestatie-indicatoren geldt dat er acht indicatoren zijn die een positieve invloed hebben op de conformiteit van het beleidsdoel

In het volgende deel, conclusies van het onderzoek, worden de verklaringen voor deze bevindingen toegelicht.

	<u>MD- Programma</u>	<u>IFMS- Programma</u>	<u>Prestatie Indicatoren</u>
A. Kenmerken van beleid en beleidstheorie			
Communicatie tussen K&V en overige afdelingen (A.1.1)	-	+	+
Duidelijkheid doelstelling (A.1.2)	-	-	-
Haalbaarheid doelstelling (A.1.3)	-	-	-
Taakstelling richting betrokken afdelingen (A.1.4)	-	-	+
Duidelijkheid over inhoud van het kwaliteitsdoel	-	-	+

(eenduidige definities) (A.2.1)			
B. Kenmerken van beleidsuitvoerders			
Kennis van kwaliteitsdoel (B.1.1)	+/-	+	+
Kennis van beschikbaar budget (B.1.2)	-	-	-
Kennis van prestatieafspraken (B.1.3)	-	-	-
Mate van overeenstemming over de doelstellingen van het beleid (B.2.1)	X	+	-
Mate van overeenstemming over de beschikbare middelen (B.2.2)	X	+	+
Beschikking over middelen (B.3.1)	-	-	+
Invloed van contractuele afspraken en verplichte verantwoording (B.4.1)	-	-	-
Mate van gelijkwaardigheid van verschillende betrokken actoren (B.5.1)	-	+	+
C. Omgevingsinvloeden			
Invloed van medisch personeel, zakelijk leiders (C.1.1)	-	+	-
Ondersteuning/belemmering van het beleidsdoel door algemene wetten, regels en voorschriften (C.2.1)	X	-	+
Invloed van economische crisis op het kwaliteitsdoel (C.3.1)	-	X	X

Deel 7 Conclusies van het onderzoek

In dit deel van het onderzoek worden de antwoorden op de deelvragen en de hoofdvraag gepresenteerd.

1. Waaruit bestaat het kwaliteitsbeleid? Welke doelen en welke instrumenten worden daarin genoemd?

Het kwaliteitsbeleid van de MC Groep is in oktober 2009 geschreven door de beleidsmedewerkers en managers van het ziekenhuis in samenwerking met externe deskundigen. In dat beleid zijn de doelstellingen met betrekking tot kwaliteitsverbetering opgenomen. De MC Groep had in totaal vijf belangrijke kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd. Deze vijf kwaliteitsdoelen hebben zich vertaald in vijf thema's die geïmplementeerd dienen te zijn de periode 2009-2013.

1. *MD- programma (Management Development Programma)*

Doel: opzetten en uitvoeren van een continue MD-programma voor zakelijk leiders en leidinggevendenden over Kwaliteit, Veiligheid, Beleid en Arbo onderwerpen.

2. *Veiligheidsmanagement systeem (VMS)*

Doel: VMS verder vormgeven. VIM Uitrollen, veiligheidsthema's oppakken, uitvoeren cultuur enquête en nulmeting, opzetten complicatieregistratie voor alle vakgroepen, bespreken complicaties en ondernemen verbeteracties.

3. *Individueel functioneren medisch specialisten*

Doel: scholen van specialisten en voeren toetsingsgesprekken

4. *Prestatie-indicatoren*

Doel: Aanpak uitwerken en uitvoeren om meer indicatoren te meten, meer te voldoen aan normen en continu verbeteren onderliggende processen.

5. *Proces en documentbeheersysteem MAVIM*

Doel: benoemen content manager, verbeteren technische mogelijkheden en aanvullen ontbrekende informatie

In het kwaliteitsbeleid wordt naast de doelstellingen die behaald moeten worden, weinig vermeld over het instrumentarium dat voorhanden is om de kwaliteitsdoelen succesvol te kunnen implementeren.

Ook blijkt tijdens de analyse dat zelfs gaandeweg het proces van beleidsimplementatie de uitvoerders geen kennis hadden van de instrumenten en middelen om beleid succesvol te kunnen implementeren.

2. In hoeverre zijn de doelen van het beleid bereikt?

Wanneer we kijken naar de implementatie van de kwaliteitsdoelen kunnen we met behulp van de analyse zeggen in hoeverre doelen van het kwaliteitsbeleid zijn bereikt. Sommige doelen van het beleid zijn grotendeels behaald, andere doelen hebben een gebrekkige implementatie genoten. Zo was het eerste kwaliteitsdoel, implementatie van het MD-programma, niet succesvol verlopen. Uit de evaluaties blijkt dat specialisten en de afdelingshoofden niet voldoende hebben samengewerkt als het gaat om incidentenbesprekingen, complicatiebespreking of veiligheidsvraagstukken. Hierdoor is het duaal management dat het ziekenhuisbestuur voor ogen had ook niet van de grond gekomen.

Het tweede kwaliteitsdoel 'het traject van scholen van specialisten tot auditor en het voeren van IFMS-gesprekken' is deels goed geïmplementeerd. Er zitten echter nog wel haken en ogen aan het programma. Zoals gepland heeft ieder specialist een gesprek gehad over zijn werkzaamheden of persoonlijke aandachtspunten. Het streven vanuit de organisatie om twaalf auditoren te hebben, is goed bewaakt. Ten tijde dat er slechts vier auditoren actief waren, is er gewacht op een nieuwe groep om de training nogmaals aan te kunnen bieden. Hierna is het aantal auditoren weer gestegen naar twaalf wat de werklast voor de vier auditoren heeft verminderd.

Het IFMS-programma is gekoppeld aan het invullen van een dossier door de specialist. Het gebeurt vaak dat een dossier geopend wordt en de specialist op dit dossier vergeet te reageren. Dat zorgt voor vertraging in het proces omdat het traject pas begint te lopen wanneer alle stukken in het dossier compleet zijn. Het uitstellen van het behandelen van dossiers zorgt er voor dat gesprekken verplaatst worden naar latere momenten waardoor veel gesprekken tegelijkertijd gevoerd moeten worden.

De IFMS auditor en auditee worden aan elkaar gekoppeld. Beiden zijn vrij om te weigeren. Wanneer een van beiden liever geen gesprek wil voeren met de ander is daar mogelijkheid tot. Wel is het nog altijd onduidelijk wie als eerst contact moet opnemen over afspraken rondom het gesprek. De doelstelling om het IFMS te introduceren is behaald.

De belangrijkste doelstelling op dit terrein was dat medisch specialisten geschoold zouden worden in het voeren van gesprekken (met andere specialisten).

De doelstelling ‘het scholen van medewerkers’ is wel succesvol geïmplementeerd maar het schort hier wel aan het tweede criterium van het operationalisatieschema ‘kenmerken van beleidsuitvoerders’, omdat er veel kennis ontbreekt.

Het IFMS traject is gestart vanaf 2010. Het is de organisatie gelukt om iedere specialist een keer in twee jaar een gesprek te laten voeren. In 2013 is een nieuwe ronde van gesprekken van start gegaan hetgeen betekent dat het doel om in het eerste jaar alle specialisten te toetsen, niet behaald is.

Wat betreft het derde kwaliteitsdoel, prestatie-indicatoren aanleveren, is de aanpak van het beheer en registraties van de prestatie-indicatoren in stappen verlopen. In de organisatie was het in 2009 onduidelijk wat er zoal moest gebeuren op dit terrein. Er is een protocol opgesteld over wat prestatie-indicatoren zijn en is er met de betrokken afdelingen gesproken over wat er aangeleverd moet worden. De prestatie-indicatoren worden jaarlijks besproken in de organisatie. De verpleegkundigen en specialisten registreren goed, maar het blijkt vanuit de organisatie lastig te zijn om overzicht te houden op de registraties. De doelstelling om prestatie-indicatoren te meten, een registratiesysteem op te zetten en deze te monitoren is behaald. Het ziekenhuis staat, ten tijde van het uitvoeren van dit onderzoek, op de tiende plaats van het Algemeen Dagblad. Daarmee is het ziekenhuis 72 plaatsen gestegen sinds een paar jaar. Er wordt echter matig geregistreerd door specialisten. De afdelingen pakken de meeste taken en verantwoordelijkheden wel goed op. Ook voor dit kwaliteitsdoel blijkt de indicator ‘de kenmerken van de beleidsuitvoerders’ een lage conformiteit met het kwaliteitsbeleid te hebben. In sommige gevallen worden gegevens die door specialisten worden doorgegeven niet geregistreerd. De gegevens moeten verplicht doorgegeven worden, maar er is geen inzicht in het proces of dit ook altijd gedaan wordt. De cultuur van aanspreken is in de organisatie zichtbaar, maar op dit terrein is het onbekend wat de specialist met de informatie van de verpleegkundige doet.

3. Hoe is dit te verklaren?; welke factoren zijn daarbij van belang?; en welke rol hebben de instrumenten uit het kwaliteitsbeleid hierin gespeeld?

Bij de implementatie van het MD-Programma heeft de platte organisatievorm er voor gezorgd dat afdelingshoofden weinig tot niets doorgeven aan medisch specialisten waardoor

de verantwoordelijkheidstoedeling niet evenredig is geweest. De gezamenlijke verantwoording van de zakelijk leiders en afdelingshoofden is niet goed ingebed in de organisatiestructuur van het ziekenhuis.

Ondanks dat de communicatie tussen de afdeling kwaliteit en veiligheid en overige afdelingen goed verliep, zijn de doelstellingen onduidelijk en te ambitieus geweest. De taakstelling was ook niet volledig duidelijk. Specialisten wisten dat zij trainingen moesten volgen, maar met de tijd is, gezien het ontbreken van de regels binnen de organisatie, de aandacht voor deze trainingen afgenomen. Ook was de definiëring van het kwaliteitsdoel onduidelijk en dus de beleidstheorie onvolledig voor de uitvoerders. Gebrek aan geld en te ambitieuze doelstellingen zijn de belangrijkste factoren geweest voor de onvolledige uitvoering van dit kwaliteitsdoel. De aandacht voor het trainingsprogramma is met de tijd verminderd wat toe te wijzen is aan gebrek aan toezicht en controle vanuit de Raad van Bestuur en de afdeling kwaliteit en veiligheid.

Ook zat er geen duidelijk lijn in het beleid en de uitvoerders wisten niet precies wat er van hen werd verwacht. Dit heeft ook een grote bijdrage geleverd aan de gebrekkige implementatie van dit eerste doel. Het ontbreken van contractuele afspraken, de mogelijkheid om in samenwerking met andere uitvoerders aan het doel te werken, hebben eveneens gezorgd voor het falen de implementatie van dit kwaliteitsdoel. De omgevingsinvloeden zoals invloed van de specialisten op de trainingen (zij gaven aan dat zij geen tijd hadden voor de trainingen, afname van interesse voor de onderwerpen), het ontbreken van regels, voorschriften en de economische gesteldheid van de organisatie hebben eveneens negatief bijgedragen aan een moeizame implementatie.

Over het tweede kwaliteitsdoel, het individueel functioneren medisch specialisten, kan gezegd worden dat de grootste reden voor het implementeren van deze doelstelling verborgen ligt in het feit dat de kenmerken van beleid en beleidstheorie een hoge conformiteit hebben met het kwaliteitsbeleid. Ondanks dat de kennis over het kwaliteitsdoel, beschikbaar budget, prestatieafspraken, beschikbaarheid van middelen en verplichte verantwoording mist, kan de implementatie van dit kwaliteitsdoel succesvol worden genoemd. De reden hiervoor is dat er doelen zijn geformuleerd die duidelijk en haalbaar waren en dat er duidelijkheid bestond over de inhoud van het kwaliteitsdoel. Ondanks dat bepaalde indicatoren slecht scoren bij het criterium 'kenmerken van beleidsuitvoerders' is het de organisatie gelukt om de doelstellingen bij dit kwaliteitsdoel ruimschoots te behalen.

Echter moet hier de kanttekening bij geplaatst worden dat er hier weinig gezegd kan worden over de invloed van de omgeving op het succesvol implementeren van het kwaliteitsdoel.

Al met al blijkt dat in de MC Groep de beleidsuitvoerders in sterke mate hebben bijgedragen aan het soms succesvol en soms gebrekkig implementeren van doelstellingen uit het kwaliteitsbeleid. Opvallend hierbij is dan ook dat onder uitvoerders vaak weinig draagvlak bestond voor het kwaliteitsdoel.

4. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan?

Het antwoord op deze deelvraag wordt gegeven in deel 8 (aanbevelingen voor de opdrachtgever en reflectie op het onderzoek). Het is noodzakelijk om bij dit antwoord de kanttekening te plaatsen dat een aantal van de kwaliteitsdoelen zoals in het kwaliteitsbeleid is opgenomen en in dit onderzoek is geanalyseerd, hoogstwaarschijnlijk niet meer zal worden voortgezet in de MC Groep. Dat betekent dat de aanbevelingen die ik in dit onderzoek heb gepresenteerd niet alleen voor de situatie in de MC Groep als onderzoekseenheid gelden, maar ook als aanbevelingen overgenomen kunnen worden voor alle mogelijke andere vormen van beleidsimplementatie voor de kwaliteitsverbetering van ziekenhuizen.

Beantwoording hoofdvraag

Het antwoord op hoofdvraag: *welke factoren verklaren het al dan niet behalen van de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep tussen 2009- 2013 en welke aanbevelingen kunnen gegeven worden voor het nieuwe kwaliteitsbeleid en de implementatie daarvan?* is mede afkomstig uit de antwoorden op de voorgaande deelvragen. Uit de vergelijkende analyse blijkt dat de volgende factoren van invloed zijn op het al dan niet behalen van de doelstellingen uit het kwaliteitsbeleid:

- Het beleid is in het algemeen onduidelijk waardoor de uitvoerders niet weten wat er van hen wordt verwacht in het hele implementatieproces.
- Er is gebrek aan geld en middelen waardoor de doelstellingen te ambitieus ervaren werden door de uitvoerders.
- De uitvoerders stonden vaak zelf niet achter het beleid dat gevoerd moest worden, maar deden dit slechts omdat de organisatie dit van hen verwachtte. Door gebrek aan verplichting en controle-sanctie is de motivatie van de uitvoerders laag geweest om te werken aan een succesvolle implementatie van alle kwaliteitsdoelen.

- De laatste en belangrijke factor die het mislukken van de implementatie van kwaliteitsdoelen kan verklaren is de factor *tijd*. Ondanks dat deze factor niet als een indicator is opgenomen, wil ik deze factor plaatsen onder de indicator 'beschikking over middelen'. Bij alle kwaliteitsdoelen blijkt het tijdsaspect een grote rol te spelen. Door een gebrek aan tijd ontstaat er ook gebrek aan draagvlak voor het beleid wat de conformiteit van de implementatie verlaagt en ervoor zorgt dat de implementatie faalt.

Op basis van de antwoorden op de hoofdvraag wordt in het volgende deel de aanbevelingen aan de opdrachtgever weergegeven en volgt er tot slot een reflectie op het onderzoek.

7.1 Reflectie op het onderzoek

Om de implementatie van het kwaliteitsbeleid van de MC Groep te analyseren heb ik in dit onderzoek gebruik gemaakt van de theorie van Coolsma (in Hoogerwerf & Herwijer, 2008). De theorie van Coolsma, criteria voor conforme beleidsimplementatie, leek voor dit onderzoek het meest geschikte middel. Ondanks het feit dat Coolsma vier factoren in zijn theorie benoemt, heb ik mij in dit onderzoek slechts gericht op drie factoren (zie operationalisatieschema). Hiervoor is gekozen om het onderzoek af te bakenen en om overlapping in de factoren te vermijden. Toch bleken bepaalde factoren veel op elkaar te lijken, zoals de 'duidelijkheden in het beleid' en 'kennis van beleid en beleidstheorie'. Tevens ondervond ik problemen met de factor 'motivatie van de uitvoerders'. Pas bij het uitvoeren van het onderzoek ben ik mij er van bewust geworden dat deze factor bij alle uitvoerders een persoonlijke toon bevatte. Dit betekent dat het moeilijk is om een generalisering voor de gehele onderzoekseenheid te maken. Toch is dit een bepalende factor in de conformiteit van de beleidsdoelen. Uit de analyse blijkt bijvoorbeeld dat bij het 'niet willen aanleveren van prestatie-indicatoren door specialisten, deze factor ook de andere factoren van de kenmerken van beleidsuitvoerders negatief beïnvloed.

Verder is in dit onderzoek slechts drie van de vijf kwaliteitsdoelen uit het kwaliteitsbeleid geanalyseerd. Deze keuze is gemaakt uit tijdsoverwegingen. Ondanks dat de drie onderzochte deelcases (kwaliteitsdoelen) veel overeenkomsten hebben, blijft het voorsnóg de vraag of de uitkomsten representatief zijn voor de gehele onderzoekspopulatie (vijf kwaliteitsdoelen). Een vervolgonderzoek zou alle vijf kwaliteitsdoelen in kaart kunnen brengen waardoor er een generalisatie gemaakt zou kunnen worden van alle kwaliteitsdoelen van het kwaliteitsbeleid.

Op basis van de analyse van het onderzoek en de informatie die ik gaandeweg het onderzoek heb verzameld, lijkt de gebrekkige implementatie van de drie kwaliteitsdoelen uit het kwaliteitsbeleid een natuurlijk gevolg van de vele factoren die de conformiteit van de beleidsdoelen op een negatieve manier hebben beïnvloed. Zoals eerder aangegeven zal het kwaliteitsbeleid van de MC Groep niet op dezelfde manier herschreven worden, daarom is het niet noodzakelijk dat deze factoren weggewerkt worden maar is het wellicht wel interessant om de aanbevelingen die volgen uit de analyse te gebruiken bij het gericht opstellen van beleidsdoelen ter verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuizen in Nederland.

Deel 8 Aanbevelingen aan de opdrachtgever

Afgaande op de analyse en vergelijking van de drie kwaliteitsdoelen, teneinde het zo duidelijk en goed mogelijk schrijven van het nieuwe kwaliteitsbeleid en implementatie van kwaliteitsdoelen te verbeteren, zijn de volgende aanbevelingen in het kwaliteitsbeleid wellicht van toegevoegde waarde. Deze aanbevelingen worden hieronder opeenvolgend gepresenteerd zodat de opdrachtgever deze aanbevelingen kan overnemen bij het schrijven van het nieuwe kwaliteitsbeleid.

Ten eerste is het opnemen van het management development programma in het nieuwe kwaliteitsbeleid overbodig. Dit kwaliteitsdoel heeft in de praktijk niet voldoende steun en draagvlak gecreëerd. De organisatiestructuur maakt het onmogelijk om duaal management te bewerkstelligen. De functieprofielen van de zakelijk leiders die momenteel vastgesteld worden, dienen voldoende inzicht te bieden in de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de zakelijk leiders. Een belangrijke verandering is dat de managers per 2013 zijn verdwenen. De vraag rijst hoe deze zakelijk leiders up-to-date gehouden moeten worden over onderwerpen op het gebied van kwaliteit & veiligheid. Het is belangrijk hieraan invulling te geven in het nieuwe kwaliteitsbeleid.

Ten tweede is, mede door de onzichtbare invloed van de zakelijk leiders op de implementatie van de verschillende beleidsdoelen, het bewaken van de rol van de zakelijk leiders een belangrijke aanbeveling voor het ziekenhuis. Ook is het bewaken en begeleiden van processen op het gebied van productiviteit, kwaliteit, service, opleidingen & investeringen, voor een adequate bedrijfsvoering belangrijk. In de afgelopen jaren is er tevens geen budget beschikbaar gesteld voor het scholingsprogramma. Wanneer men scholing en opleiding in een hoog vaandel plaatst ter verbetering van de kwaliteit van zorg, dient er ook voldoende budget beschikbaar te zijn voor de scholing en opleiding van medewerkers. De organisatie doet er wellicht goed aan om een vast budget te reserveren voor scholing/opleiding van zakelijk leiders en medisch specialisten. Daarbij is het goed om gehoor te geven aan de wensen van de medewerkers zodat de opkomst voor deze scholing/opleiding groot is en er daadwerkelijk innovatie plaatsvindt.

Voor het IFMS kunnen de volgende aanbevelingen een verbetering aan de implementatie van dit kwaliteitsdoel brengen. Vanuit de praktijk blijkt dat het vaak te lang duurt voordat specialisten reageren op het dossier en daarmee loopt het proces vertraging op.

Dat betekent om de stroming goed te laten lopen, dat het nodig is de vaart erin te houden. Er moet in de praktijk een tijdslimiet komen voor het voeren van het gesprek vanaf het moment van het openen van een dossier. Er bestaat onder specialisten in het algemeen onrust over het idee dat de RvB het IFMS-programma wil gebruiken om daarmee individuele specialisten te kunnen beoordelen. De onrust die dat met zich meebrengt, kan voor kink in de kabel zorgen en het doel van het IFMS voorbij gaan. Een aanbeveling is dat de Raad van Bestuur los van het IFMS-gesprek een jaargesprek houdt voor het functioneren van de specialisten (zoals reeds gebeurt in de organisatie). Wel kunnen, ook volgens auditoren en specialisten, bepaalde informatie van het IFMS-dossier beschikbaar gesteld worden voor de Raad van Bestuur. Overigens is het op zijn plaats om de gesprekken in het IFMS geen toetsingsgesprekken te noemen zoals in het kwaliteitsbeleid is vermeld. Het IFMS-gesprek is een feedback c.q. ontwikkelingsgesprek voor de individuele specialist.

Een volgende aanbeveling betreft de bewaking van vastgestelde doelstellingen. In het huidige IFMS-proces worden doelstellingen keurig vastgesteld en (niet altijd even zichtbaar) wordt er gepoogd deze doelstellingen te halen. Op het moment dat het een specialist echter niet lukt om doelstellingen te behalen, worden hier geen consequenties aan verbonden. Wellicht zou het, gezien het doel van het IFMS-programma, het bewaken en consequenties verbinden aan de taken die uitgevoerd moeten worden, de effectiviteit van het programma bevorderen. Tevens is er de behoefte aan duidelijkheid over de vraag wie er als eerste contact moet opnemen over het te voeren gesprek.

Verder kan een aanbeveling gegeven worden voor het feit dat de auditor en auditee de mogelijkheid hebben om elkaar te weigeren. Het gevaar hierbij is dat koppels gevormd kunnen worden op basis van vertrouwen dat specialisten in elkaar hebben en in de mate waarin zij vertrouwelijke informatie met anderen willen delen. De specialisten kunnen een auditor selecteren die zij vertrouwen wanneer het gaat om gevoelige informatie die zij kwijt willen. Een alternatief voor deze optie zou zijn om de koppeling van auditor en auditee automatisch te laten plaatsvinden. De onmogelijkheid om te kiezen voor een auditor of auditee naar keuze kan er voor zorgen dat doelen strikt worden vastgesteld en het IFMS-gesprek het doel dient waarvoor het is opgezet, namelijk het geven van bruikbaar feedback over het functioneren van de specialist.

Wat betreft de prestatie-indicatoren, het laatste kwaliteitsdoel dat in dit onderzoek bestudeerd is, kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan; de periode waarin kwaliteitsindicatoren besproken en aangeleverd worden heeft een duur van drie maanden.

Deze periode is te lang. Deze periode zou korter moeten zijn waarin verbeteracties gepland en gemonitord kunnen worden. Daarop moeten verantwoordelijken aangewezen worden omdat de vraag rijst wie er moet zorgen voor de aansturing. Er moet meer vergeleken worden, met name met de gegevens van de afgelopen jaren, maar ook tussen de afdelingen onderling. Daarbij moet er meer geanalyseerd en teruggekoppeld worden. Dit zou kunnen in de vorm van maandelijkse rapportage op intranet waarin afdelingen ook worden geprikkeld om wat te doen met deze gegevens. Wat belangrijk is, is dat er daadwerkelijk wat gedaan wordt in de organisatie met de prestatie -indicatoren.

Een mogelijke methode om gegevens te vergelijken is het invoeren van een scorebord per afdeling. Hierop kunnen gegevens wekelijks bijgehouden worden en kunnen verbeteracties wekelijks opgepakt worden door de afdelingen zelf. Daarmee worden gegevens openbaar gemaakt en worden medewerkers zich bewust van de scores. De afdelingen hebben nu een afwachtende houding. Dit zou omgezet moeten worden naar een proactieve rol. Dat zou betekenen dat er meer vanuit de afdelingen opgemerkt wordt waarop verbeteracties kunnen volgen. De verpleegkundigen moeten verantwoordelijkheid krijgen om de kwaliteitsindicatoren op hun afdeling te monitoren.

De gegevens die het ziekenhuis aanlevert, zijn alle gegevens die de IGZ van het ziekenhuis vraagt. Daarin moet de organisatie kritischer zijn en bepalen welke gegevens geleverd dienen te worden. Er moet een cultuur neergezet worden waarin het misschien belangrijk is dat de lijsten ingevuld worden, maar dat er daadwerkelijk verbeterpunten uit de gegevens voortvloeien (wanneer bijvoorbeeld pijnscores hoog blijven hier vanuit de afdeling een actie op te zetten om deze te verminderen) en deze ook worden opgepakt om de kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis te verbeteren. Tot slot is het belangrijk is om als organisatie te kijken wat het ziekenhuis belangrijk vindt als het gaat om het aanleveren van gegevens. Uit de analyse en gehouden interviews blijkt dat het ziekenhuis gegevens aanlevert omdat hier om wordt gevraagd en er verder niet bij stilgestaan wordt wat zorgverzekeraars willen, wat Zichtbare Zorg wil en wat de patiënten van het ziekenhuis verwachten. Al met al moet er een betere analyse komen en een goede terugkoppeling van de informatie plaatsvinden. Gebrek aan tijd is een risicofactor. Een mogelijke oplossing is dat er vanuit de afdeling kwaliteit en veiligheid meer mensen verantwoordelijk worden gesteld voor de analyse en terugkoppeling van de indicatoren. Daar zouden verbeteracties aan verbonden moeten worden die weer per afdeling worden opgepakt.

Deel 9 Bronnenlijst

- Alvin. M.C. (2004). *Evaluation Roots: Tracing Theorists' views and influences*. California: Sage Publications.
- Baarda, D.B. & De Goede, M.P.M. & Teunissen, J. (2001). *Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Brans. M, Facon. P, Hoet. D. (2003). *Beleidsvoorbereiding in een lerende overheid*. Gent: Academia press.
- Boot. J.M., Knapen. M. H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bressers J.T.H en Hoogerwerf, A. (1995) *Beleidsevaluatie*. Derde druk. Alphen aan den Rijn.
- Bij van der., J., Broekhuis, H. & Gieskes, J. (1999). *Kwaliteitsmanagement in beweging*. Deventer: Kluwer.
- Coolsma, J.C. (2008). *De uitvoering van overheidsbeleid*. In Hoogerwerf, A., Herweijer, M. (2008). *Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap (8e druk)*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Dolaard. J. (2006). *Handboek geestelijke verzorging in zorginstellingen*. Kampen: Uitgeverij Kok.
- Hoogerwerf, A. en M. Herweijer. (2008, red.). *Overheidsbeleid: Een inleiding in de beleidswetenschap [achtste druk]*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Hill. M., Hupe. P. (2009). *Implementing Public Policy*. London: Sage publications.
- Hoesel. van P.H.M., Leeuw, F.L., Mevissen, J.W.M. (2005) *Beleidsonderzoek in Nederland: Kennis voor beleid: ontwikkeling van een professie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Jong. J.H.J., Sesink. Everie Kerstens. J.A.M. (1998). *Aspecten van verpleegkundige beroepsuitoefening*. 3^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lucassen. P.L.B.J., Hartman Olde, T.C. (2007). *Kwalitatief Onderzoek: Praktische methoden voor de methodische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Matland, Richard E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 4(2), 145-174.

- Nagel. S.S. (2002). *Handbook of public policy evaluation*. California: Sage Publications.
- Rossi. P.H., Lipsey M.W., Freeman. H.E. (2004). *Evaluation: A systemic approach*. California: Sage Publications.
- Rubrech. J., Lange de G.S. (2010). *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Benelux: Pearson Education.
- Paudel. N.R. (2009). *A Critical Account of Policy Implementation Theories: Status and Reconsideration*. Nepalese J Public Policy Govern.
- Pawson. R, Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: Sage publications.
- Peters. B.G., Pierre. J. (2007). *Handbook of public administration*. London: Sage publications.
- Poiesz. T., Caris, J. (2010). *Ontwikkelingen in de zorgmarkt*. Deventer: Kluwer.
- Pressman. L.J., Wildavsky. A. (1984) *Implementation: How great expectations are dashed in Oakland*. London: University of California press.
- Ruimschotel, van Reenen D., P , Klaasen H.M. (1996). *De Tafel van Elf: een conceptueel kader en een instrument bij rechtshandavingsvraagstukken*. Beleidsanalyse 3, 4-13.
- Saunders, M. Lewis, P. & Thornhill, A. (2006). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education.
- Swanborn. P.G. (1999) *Evalueren : Het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies een methodische basis voor evaluatieonderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Vennix, J. (2007). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek (2e druk)*. Essex: Pearson Education Limited.
- Verbart, J. (2004). *Management van ruimtelijke kwaliteit: de ontwikkeling en verankering van inrichtingsconcepten in het Utrechtse stationsgebied*. Delft: Eburon.
- Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek (4e druk)*. Den Haag: Uitgeverij Lemma
- Walburg. J.A. (1997). *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer.
- Wentink, T. (1999). *Kwaliteitsmanagement en organisatieontwikkeling*. Utrecht: Lemma.

Internet

- Crosby, P. B., Deming, W. E., & Juran, J. M. (1992, juli). *Three Experts on Quality Management*. Opgeroepen op 10 november, 2013, van Website van TQL Office: <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a256399.pdf>
- Erasmus Universiteit Rotterdam. (2013). *Over SMART*. Opgeroepen op mei 18 oktober, 2013, van Website van Erasmus Universiteit Rotterdam: http://www.eur.nl/ese/informatie_voor/medewerkers/po/loopbaan/competentie_management/smart/
- ISO 9000. (2013). *Over ISO 9000*. Opgeroepen op 16 oktober, 2013, van Website van ISO: http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm
- ISO Central Secretariat. (2009, januari). *ISO 9000 family of standards*. Opgeroepen op 16 oktober, 2013, van ISO Central Secretariat: http://www.iso.org/iso/iso_9000_selection_and_use-2009.pdf
- ISO. (2013). *Over Standaarden ISO*. Opgeroepen op 16 oktober, 2013, van Website van ISO: http://www.iso.org/iso/home/standards_development.htm
- MC Groep.nl. *Kwaliteit en veiligheid*. Opgeroepen op 2 oktober, 2013, van website <https://www.mcgroep.com/over-ons/kwaliteit-veiligheid>
- MC Groep.nl. *Prestatie/indicatoren*. Opgeroepen op 2 oktober, 2013, van website <https://www.mcgroep.com/over-ons/prestatie-indicatoren>
- Zorginstituutnederland.nl. *Aanleveren kwaliteitsgegevens*. Opgeroepen op 2 oktober, 2013, van website <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/aanleveren+kwaliteitsgegevens>

Deel 10 Bijlagen

Bijlage 1 Voorbeeld interviewvragen

Bijlage 2 Taakstelling richting betrokken afdelingen

Bijlage 3 Workshops in het kader van het Management development programma

Bijlage 1: Vragenlijst Prestatie-indicatoren

Kwaliteitsdoel: Aanpak en uitvoer van meer indicatoren meten en het periodiek bespreken van resultaten.

Kenmerken van beleid en beleidstheorie

1. Met welke afdelingen/ actoren is de inhoud van dit kwaliteitsdoel gecommuniceerd (Wie zijn de beleidsuitvoerders)?
2. In hoeverre is deze doelstellingen die is opgesteld en gecommuniceerd naar de afdeling/ actoren toe duidelijk?
3. Wist een ieder wat er gedaan moest worden? Waar blijkt dit uit?
4. Zou deze doelstelling anders geformuleerd moeten worden?
5. Vindt u de doelstellingen voor de prestatie-indicatoren te ambitieus in het jaar waarin deze zijn opgesteld?
6. Zijn er taken verdeeld voor specifieke afdelingen/uitvoerders in het veld om deze doelstelling te implementeren?
7. Wie hield toezicht op het uitvoeren van de taken?

Kenmerken van beleidsuitvoerders

8. In hoeverre hadden de beleidsuitvoerders kennis over het kwaliteitsdoel, wist iedereen wat er gedaan moest worden?
9. Was er een budget nodig voor de implementatie van deze doelstelling?
10. Zijn er prestatieafspraken gemaakt met bepaalde afdelingen/beleidsuitvoerders?
11. De doelstellingen van het kwaliteitsdoel zijn expliciet neergezet. Waren de uitvoerders het eens over deze doelstellingen?
12. Wat voor doelstellingen zouden een alternatief kunnen zijn?
13. Zijn er middelen beschikbaar gesteld om dit kwaliteitsdoel zo goed mogelijk uit te voeren (Geld, systeem)?
14. Was iedereen het eens met deze middelen
15. Werden aan de uitvoerders middelen aangewend om specifieke taken uit te kunnen voeren?
16. In hoeverre waren de uitvoerders verplicht om de aan hen toebedeelde taken uit te voeren?
17. Hoeveel ruimte was er voor eigen inbreng bij het uitvoeren van het kwaliteitsdoel? 18. Waren er uitvoerders die meer zeggenschap hadden dan anderen? Zo ja, waar had dit mee te maken?

Kenmerken van de omgeving

19. Welke invloeden zijn duidelijk zichtbaar geweest op het meten van de prestatie-
20. Zijn er wetten/regels/voorschriften die het kwaliteitsdoel ondersteunen?
21. In hoeverre maakt de oorsprong van een regel/voorschrift (overheidsregel/organisatieregulering) verschil in het uitvoeren van dit kwaliteitsdoel?
22. In hoeverre is het meten en uitvoeren van meer indicatoren gelinkt aan de economische situatie van het land ten tijde van het implementeren van dit kwaliteitsdoel?

Evaluatie aanlevering Kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg & IGZ

-Verdelen van vragenlijsten

- Eerder reactie terug van de specialisten.
- Vragenlijst IGZ 2012 en IGZ 2013 → reactie
- Verbeterpunten uit PI in de monitoringslijst
- IGZ-2013 welke kunnen we nu wel aanleveren?
- Halfjaarsoverzicht maken?
- Welke punten leveren over 2012 problemen op? IGZ
- Communicatie maurits beter (goed overzicht wat aan te leveren door FP&C)
- Wat vinden vakgroepen er zelf van?
- Deadlines strakker stellen/ eerder af (voor 1 maart ingevulde lijsten naar specialisten sturen en voor 15 maart
-
- Spiegelinformatie toesturen wanneer beschikbaar en vanuit K&V gesprek plannen met specialisten en cijfers/gegevens doorlopen.
- Beter monitoren wie wel/niet reageert (format) → nu maken
- Structuur in map 'indicatoren' aanbrengen
- Deleten van overbodige documenten
-

Naar aanleiding van spiegelinformatie ook analyseren welke punten verbeterd moeten worden.

Informereren medewerkers (bewustwording)

Verantwoordelijkheden

Langere tijd voor analyse gegevens nemen

- Urologie → meer uitleg over aantallen
- Kinderdiabetes → afstemmen aantallen en resultaten (vanuit KCL)

- Gynaecologie → gegevens zelf invullen en niet door K&V laten doen
- Chirurgen/orthopeden (IGZ) → gegevens zelf invullen niet door K&V
- Reumatologen → alle lijsten goed invullen en controleren (osteoporose niet)
- MDL → controle ook van gegevens die ze zelf niet weten
- Interne → controle van lijsten

Verbeteracties

Lijst maken welke specialist/NP levert welke lijst aan

Bijlage 3 Workshops in het kader van het Management development programma

Thema:	Presentatie door:	okt-09	nov-09	dec-09	jan-10	feb-10	mrt-10	apr-10	mei-10	jun-10	jul-10	aug-10	sep-10	okt-10	nov-10	dec-10	jan-11
Kwaliteit & Veiligheid																	
1	IGZ /Prestatie indicatoren verrichtingen scoren op afdeling zoals: reanimatie, CTG/codes en Zichtbare zorg. Complicatie registratie met kwaliteitscyclus. Genoteerde artsenbesprekingen met actie lijst en verantwoordelijke	6-okt															
2	VMS Patiëntveiligheid (o.a. MIP) 1e week nov. week van de Patiënt		10-nov														
3	Patiënt Tevredenheids-onderzoek (PTO)			8-dec													
4	Planning & Control (jaarplan, maandgesprek, PDCA)				12-jan												
5	Klachten management / klagen staat vrij!					2-feb											
6	Veiligheidscultuur (cultuurenquete)						2-mrt										
7	Duaal management							6-apr									
8	Toelichting maandcijfers								27-apr								
9	Rapportage IGZ, VC, VIM									29-jun	vak	vak					
10	Kwaliteit (o.a. accreditatie / audits)												7-sep				
11	Prestatie Indicatoren													5-okt			
12	ZIROP /BHV (interne en externe rampen)														2-nov		
13	VMS patiëntveiligheid															7-dec	