

Meer is minder

over de deïmplementatie van indicatoren in drie ziekenhuizen

Kris van Riel
Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Managementwetenschappen
Opleiding Bestuurskunde
Master thesis
Juli 2021
Begeleiding: Dr. Stéfanie André

Voorwoord

Geachte lezer,

Meer nog dan het beschrijven van hoe het schrijf- en onderzoeksproces is verlopen, wil ik deze plek gebruiken om mijn dankbaarheid te uiten. Voor mijn bestuurskundevrienden, die me gedurende mijn bestuurskunde-avontuur meer hebben geholpen dan ze zelf weten. Voor Milou, die me altijd met beide benen op de grond houdt, maar óók in alles uitstraalt dat ik goed ben hoe ik ben. Voor mijn ouders voor hun niet aflatende steun en het enthousiasme dat ze kunnen opbrengen als ik iets groots en nieuws ga doen. Voor Marieke en haar immer aanwezige positiviteit, enthousiasme en vooral wederkerigheid. Voor Shelena en haar tijd en de inzet die zij heeft getoond. Voor Gera en Hanna voor het meedenken, hun engagement en vrolijkheid. Voor mijn vrienden die me verdragen als ik bij het stoom afblazen weer eens een te grote mond opzet. Voor oma's en grootvader. Voor mijn broers en de gezellige uitjes die we hebben. Voor mijn schoonfamilie, altijd welwillend en attent. Voor Stéfanie die haar eigen onderwerp, work-life-balance geweld aandeed, om me perspectief te bieden. Ik ben haar ook dankbaar voor haar kundig en betrokken advies. Ik bedank u, de lezer, die de moeite neemt om in ieder geval dit stuk te lezen en ik bedank natuurlijk alle mensen die ik heb geïnterviewd. Alleen al voor hun tijd, maar ook voor de vaak interessante en bevlogen gesprekken die ik met ze heb gevoerd, voor hun manier van kijken en voor de betrokkenheid die zij tentoonspreidde. Ik ben onder de indruk van hun reflectief vermogen en vind het knap hoe goed ze konden spreken en nadenken over de situatie waarin ze zaten.

Ik hoop dat ik in staat ben geweest om hun gedachten, gevoelens en waarden in deze thesis goed over te brengen. Ten slotte hoop ik dat u het met plezier leest, een nieuw inzicht verwerft of dat deze thesis tenminste even de nieuwsgierigheid prikkelt.

Hartelijke groet,
Kris van Riel

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Introductie	4
Doorgesloten indicatoren in het ziekenhuis	4
ZIRE	5
Probleemformulering	6
Vooruitblik theoretisch kader en methode	6
Relevantie	7
Leeswijzer	8
Theoretisch kader	9
Implementatie: meer dan uitvoeren?	9
Deïmplementatie: soms is meer minder	9
Deïmplementatie en implementatie: twee kanten van dezelfde medaille?	10
Implementatiewetenschap	11
Factoren van invloed op succesvolle implementatie	13
Methode	22
Onderzoeksstrategie en -benadering	22
Casusbeschrijving	23
Operationalisatie	26
Dataverzameling	31
Respondentenselectie	31
Data-analyse	32
Validiteit en betrouwbaarheid	32
Resultaten	34
Mate van deïmplementatie	34
Verklarende factoren	36
Conclusie	55
Reflectie op de theorie	56
Eerder onderzoek	57
Kracht en beperkingen	58
Vervolgonderzoek	59
Referentielijst	60
Bijlage 1. Interviewprotocollen aan de hand van de drie respondentencategorieën.	64
Bijlage 2. Codeboom	70

Introductie

Sinds de jaren '90 is er in de wetenschap en maatschappij toenemend aandacht voor 'evidence based' handelen (Nilsen, Ingvarsson, Hasson, Von Thiele Schwarz, & Augustsson, 2020; Vedung, 2010). Al het handelen, van diagnostisch onderzoek van artsen tot misdaadpreventie door politie tot het aansturen van uitvoeringsorganisatie door overheden, dient volgens dit denken zo veel mogelijk gegrondvest te zijn op empirisch wetenschappelijk onderzoek. Mede dankzij deze aandacht is er veel kennis ontstaan over welk handelen werkt.

Ondanks de toenemende kennis over de werkzaamheid van handelen blijkt dat werknemers blijven vasthouden aan handelingen die bewezen ineffectief zijn. In Nederland wordt bijvoorbeeld geschat dat 5-10% van de ziekenhuiszorg geen waarde heeft voor de patiënt, zorgverzekeraar VGZ schat zelfs dat 25% van de zorg onnodig is, met onnodige gezondheidsschade en -kosten tot gevolg (Van der Geest, 2019). Het besef dat bewezen ineffectief handelen stand blijft houden in organisaties, heeft geleid tot aandacht voor deïmplementatie: het staken van niet-zinnige handelingen. Waar implementatie, de invoering van interventies of handelingen, al decennialang onderwerp is van onderzoek, geldt dit voor deïmplementatie niet.

Het wetenschappelijk onderzoek naar deïmplementatie is recentelijk opgekomen. Er bestaat nog veel onduidelijkheid over het verloop van deïmplementatie en welke factoren verklaren of het succesvol wordt. Daarom richt deze thesis zich op het verklaren van het succes van deïmplementatie in de gezondheidszorg. Wat maakt dat werknemers in de ene organisatie gebrekkig handelen volledig staken, terwijl werknemers in de andere organisatie aan datzelfde handelen blijven vasthouden? Daarbij zal ik mij richten op de deïmplementatie van prestatie-indicatoren in drie ziekenhuizen.

Doorgeschoten indicatoren in het ziekenhuis

De stijging van het aantal indicatoren in de gezondheidszorg en de daaropvolgende gevoelde noodzaak dit weer af te bouwen, is deels te herleiden tot het ontstaan van het huidige zorgstelsel. Van oudsher is de gezondheidszorg een sector met veel particulier initiatief, professionele ruimte en zelforganisatie, waarin de overheid zich lange tijd afzijdig houdt (Meurs et al., 2004). In de jaren '70 agendeert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg de stijging van de gezondheidszorgkosten, waarmee de zorgsector meer in het zicht komt van de overheid (Bolt, 2015). De oplossing voor de stijgende kosten wordt initieel hoofdzakelijk aan de artsen zelf overgelaten, maar de getroffen maatregelen sorteren onvoldoende effect en er ontstaat geleidelijk aan meer overheidsbemoeienis. De oplopende zorgkosten zijn mede de aanleiding tot de stelselhervormingen van 2006 waarin gereguleerde competitie zijn intrede doet binnen de gezondheidszorg (Helderman, 2016).

Een bekend paradox is dat de toename van marktwerking, het 'vrijer' worden van markten, tot meer regels en meer verantwoording leidt om publieke waarden te waarborgen (Majone, 1997). Deze paradox speelt ook in de gezondheidszorg. De rationale van marktwerking in de zorg luidt dat het niet alleen tot minder kosten leidt, maar dat ook de kwaliteit van zorg door concurrentieprikkels tussen zorgverleners verbetert (Schellekens, 2005). Zorgverzekeraars kunnen rekening houden met zorgkwaliteit bij het aangaan van contracten en patiënten kiezen voor de betere zorgaanbieder. Transparantie over de geleverde kwaliteit is echter noodzakelijk voor dit systeem om te werken. Het registreren van indicatoren zou tot deze transparantie moeten leiden. Daarnaast ontwikkelden ook toezichthouders indicatoren om te onderzoeken of er wel aan de minimum-kwaliteitsnormen werd voldaan. Deze ontwikkelingen hadden tot gevolg dat er door ziekenhuizen een groot

aantal indicatoren aan meerdere partijen moest worden geleverd. Ziekenhuizen moeten hun medisch handelen aan zorgverzekeringsmaatschappijen, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd verantwoorden als middel om verdere kostenstijging tegen te gaan en kwaliteit te garanderen. De verantwoording aan deze partijen is daarnaast met enige regelmaat aangevuld met gegevensverstrekking aan keurmerken van patiëntenverenigingen en accreditatieorganen.

De verantwoording in de gezondheidszorg lijkt zijn doel voorbij te schieten. Tussen 2009 en 2016 steeg het aantal indicatoren dat een ziekenhuis aan moet leveren van 340 naar meer dan 3400 (Weggelaar et al., 2016). Dit terwijl een te grote omvang van indicatoren de kwaliteit van zorg kan aantasten doordat middelen niet worden ingezet voor kwaliteitsverbetering, maar voor het voldoen aan administratieve plichten (Thomas & Classen, 2014). Bovendien vinden zorgverleners dat de gehanteerde indicatoren over details gaan en voorbij gaan aan de kern van zorgkwaliteit (Weggelaar et al., 2016). Beide kanttekeningen hebben hun weerslag op hoe kwaliteit van zorg door zorgverleners beleefd wordt. Zorgverleners verliezen het gevoel van eigenaarschap en raken gedemotiveerd om aan kwaliteitsverbeteringen te werken (Weggelaar et al., 2016). Dat de indicatoren door organisaties van buitenaf zijn opgelegd in plaats van door zorgverleners zelf zijn bedacht, heeft in belangrijke mate aan de problematiek bijgedragen (Schellekens, 2015).

Er is veel aandacht voor de negatieve kanten van verantwoording ontstaan, zowel in de sector zelf, in de media, als in de politiek, waar geageerd wordt tegen de negatieve effecten van het huidige systeem (Van der Geest, 2018; De Winter, 2019; Kleijne, 2017). De toegenomen aandacht voor het onderwerp heeft geleid tot initiatieven om de balans tussen administratieve lasten, kwaliteit van zorg en zorgverlening te normaliseren. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het actieplan *(Ont)Regel de Zorg* gestart als middel om de regeldruk in de gezondheidszorg te verminderen (Rijksoverheid, 2018). In dit actieplan brengt het ministerie als regiehouder verschillende partijen bij elkaar om samen tot oplossingen te komen voor overdadige registratielast, bijvoorbeeld door het creëren van ruimte voor experimenten. Een van de experimenten waarin het actieplan heeft geresulteerd, is het experiment Zinvolle Registratie (ZIRE).

ZIRE

Het experiment Zinvolle Registratie wil zorgverleners het 'eigenaarschap' voor kwaliteitszorg geven. Zij bepalen in ZIRE welke kwaliteitsindicatoren voor hen zinvol zijn en de indicatoren die hier buiten vallen, worden gedeïmplementeerd. Deïmplementatie vindt plaats door het registreren van indicatoren te staken en deze niet meer aan te leveren aan uitvragende organisaties, of door het registratieproces efficiënter in te richten. Bijvoorbeeld door informatie op een eenduidige manier vast te leggen, waardoor het voor meerdere doeleinden te gebruiken valt en het niet steeds opnieuw in het systeem ingevoerd hoeft te worden.

De deïmplementatie van niet-zinvolle indicatoren heeft verschillende doelen. Dat de indicatoren beter aansluiten op de klinische praktijk en dat de zorgverleners hier zelf invloed op hebben, moet de motivatie van zorgverleners om te werken aan kwaliteit van zorg vergroten. Ten tweede moet deïmplementatie tot meer tijd voor zorgverleners leiden. Die tijd kan worden ingezet voor zorg of kwaliteitsverbeteringen. Ten derde moet deïmplementatie tot meer relevante gegevens leiden, wat leren van en verantwoording afleggen over de indicatoren effectiever moet maken.

ZIRE vindt plaats op de Intensive Care (IC) afdeling van het Radboudumc Nijmegen, de afdeling hematologie van het UMC Groningen en in twee oncologieketens van het Rijnstate

ziekenhuis in Arnhem. Het experiment is voorbereid door een projectgroep met een centrale, landelijke projectleider en per deelnemend ziekenhuis een lokale projectleider. Het experiment is in 2017 gestart met het in kaart brengen van de registratielast, het formuleren van de set zinvolle kwaliteitsindicatoren en het voeren van gesprekken met betrokken partijen voor draagvlak en afstemming over vrijstelling van interne en externe kwaliteitsindicatoren. Vanaf 2018 zijn verplichte registraties losgelaten en is het registratieproces herzien.

Probleemformulering

ZIRE biedt de kans om deïmplementatie in de praktijk te bestuderen en het proces in verschillende ziekenhuizen te vergelijken. Meer wetenschappelijke kennis over deïmplementatie is nodig, omdat er nog veel onduidelijkheden zijn. Bestaand onderzoek heeft zich onder meer op de terminologie en betekenis van deïmplementatie gericht (Upvall & Bourgault, 2018). Zo vonden Niven et al. (2015) dat in de wetenschappelijke literatuur 43 woorden worden gebruikt met eenzelfde betekenis als deïmplementatie. Daarnaast hebben studies zich gericht op de identificatie van welke handelingen gedeïmplementeerd kunnen worden, hoe vaak deze handelingen voorkomen, welke redenen er zijn om te deïmplementeren en op de aanpak van deïmplementatie (Niven et al., 2015). De frameworks over de aanpak van deïmplementatie zijn theoretisch en hebben vaak een stappenplanachtige aanpak, waarin deïmplementaties moeten worden geïdentificeerd, ingevoerd, geëvalueerd en worden bekrachtigd. Relatief veel onderzoek heeft zich gericht op hoe men bepaalt of handelingen van lage waarde zijn (Niven et al., 2015). Hoe de deïmplementatie ingevoerd of geëvalueerd moet worden komt echter zeer beperkt aan bod. Er is weinig empirisch onderzoek gedaan naar de factoren die het slagen van deïmplementatie beïnvloeden (Nieuwlaat, Schwalm, Khatib, & Yusuf, 2013; Nilsen et al., 2020). Er zijn enkele studies die zorgverleners hebben gevraagd naar de ervaren barrières en succesfactoren bij het deïmplementeren, waarbij de vragenlijsten gebaseerd zijn op factoren uit de implementatiewetenschap (Barnes et al., 2017; Cullinan et al., 2014; Voorn et al., 2014). Deze studies onderzoeken echter de percepties van welke factoren van invloed zijn en ontberen de koppeling naar de daadwerkelijke uitkomsten van deïmplementatie. Het ontbreekt dus aan een sterke empirische basis wat betreft het onderzoek naar de factoren die het slagen van deïmplementatie beïnvloeden. Vandaar dat deze thesis zich **tot doel stelt** om de factoren die het succes van deïmplementatie hebben beïnvloed in drie ziekenhuizen te achterhalen, zodat ziekenhuizen deze kennis kunnen gebruiken om deïmplementaties vaker te laten slagen. Daarmee is dit onderzoek verklarend van aard. Om deze doelstelling te behalen staat daarmee de volgende **hoofdvraag** centraal in dit onderzoek: *welke factoren beïnvloeden of deïmplementatie succesvol plaatsvindt?* Aan de hand van de volgende drie deelvragen is de hoofdvraag beantwoord:

- Welke factoren beïnvloeden volgens de wetenschappelijke literatuur succesvolle deïmplementatie?
- In welke mate zijn de indicatoren tijdens ZIRE gedeïmplementeerd?
- Bieden de in de literatuur gevonden factoren een verklaring voor de mate waarin deïmplementatie heeft plaatsgevonden?

Vooruitblik theoretisch kader en methode

Sommige auteurs noemen dat deïmplementatie een vorm van implementatie is: zij bezien deïmplementatie als het implementeren van beleid om iets niet meer te doen (Van Achterberg, Schoonhoven, & Grol, 2008; Van Bodegom-Vos & Marang-van de Mheen, 2016).

Dit uitgangspunt is van belang omdat er weinig onderzoek is gedaan naar de verklarende factoren van succesvolle deïmplementatie (Nilsen et al., 2020). Mocht deïmplementatie inderdaad een vorm van implementatie zijn, dan maakt dat het mogelijk om bij het bestuderen van deïmplementatie te putten uit de kennis die is opgedaan in de implementatiewetenschap.

Ik maak bij het bestuderen van de deïmplementatie van ZIRE gebruik van de verklarende factoren voor succes die in de implementatiewetenschap worden genoemd. Dit zijn vanuit het top-down-model de kenmerken van het beleid en de omgeving, en vanuit het bottom-up-model de kenmerken van de organisatie en de uitvoerders (Coolsma & Van Montfort, 2014). Met behulp van de medische implementatiewetenschap is een verdere invulling aan deze factoren gegeven.

Om de factoren uitgebreid in kaart te brengen en het onderliggende mechanisme van invloed op deïmplementatie te laten zien is een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt. ZIRE is deductief met casestudy-onderzoek onderzocht. De uitvoering van ZIRE is in drie organisaties onderzocht aan de hand van documenten en open interviews met raden van bestuur, middenmanagement en zorgverleners. Er is in kaart gebracht hoeveel van de los te laten indicatoren uiteindelijk per ziekenhuis zijn gedeïmplementeerd, welke factoren in elk ziekenhuis aanwezig waren en of een relatie hiertussen zichtbaar was.

Relevantie

Deze thesis bouwt voort op eerder onderzoek. Daarbij vult het dit aan op drie manieren. Ten eerste door de vergelijking tussen de drie geïncorporeerde ziekenhuizen. Eerder onderzoek vond plaats in één ziekenhuis of maakte geen gebruik van vergelijkingen (Barnes et al., 2017; Cullinan et al., 2014; Voorn et al., 2014). Zoals experimenten meer zeggenschap krijgen bij herhaling, zijn bevindingen uit cases sterker bij meerdere cases. Bovendien vergroot analyse tussen cases de bewijskracht. Deze thesis vergroot dus de zeggingskracht van welke factoren relevant zijn. Ten tweede omdat de factoren worden gekoppeld aan het behaalde succes van deïmplementatie. Kunnen de factoren verklaren waarom indicatoren in het ene ziekenhuis wel zijn gedeïmplementeerd en in het andere niet? Eerder onderzoek vroeg zorgverleners slechts naar hun perceptie van de barrières en succesfactoren van deïmplementatie (Barnes et al., 2017; Cullinan et al., 2014; Voorn et al., 2014). Deze thesis biedt hiermee meer inzicht ten opzichte van eerder onderzoek. Ten derde omdat het factoren onderzoekt uit zowel de medische implementatiewetenschap als de bestuurskundige implementatiewetenschap. De onderzochte factoren zijn belangrijk volgens het top-down-model, bottom-up-model of medische implementatiestudies. Hiermee heeft deze thesis een grotere reikwijdte dan eerder onderzoek, dat zich vaak tot enkele factoren beperkt. Bovendien leert dit ons hoe deze modellen elkaar kunnen aanvullen.

Daarnaast heeft deze thesis maatschappelijke relevantie. Deïmplementatie kan de kwaliteit van zorg verbeteren door het verminderen van ineffectief handelen. Medisch handelen is zelden zonder risico's of bijwerkingen voor de patiënt en het schrappen van handelen dat geen of onvoldoende bijdrage levert aan het herstel, zal daarmee tot betere uitkomsten leiden. Bovendien leidt het verminderen van ineffectief handelen tot een verlaging van de werklust. Zorgverleners houden daarmee meer tijd over om goede zorg te leveren en worden minder belast door zaken zonder toegevoegde waarde. Daarnaast zou de deïmplementatie van kwaliteitsindicatoren tot relevantere gegevens kunnen leiden, waardoor verantwoording beter aan kan sluiten bij de praktijk en het voor ziekenhuizen en zorgverleners inzichtelijker wordt hoe zij presteren. Meer kennis over deïmplementatie kan

daarmee een bijdrage leveren aan zorgkwaliteit en een betere verhouding tussen draagkracht en draaglast voor zorgverleners. Inzicht in de factoren die succesvolle deïmplementatie faciliteren of juist belemmeren biedt ziekenhuizen de mogelijkheid gericht strategieën te ontwikkelen zodat deïmplementaties vaker succesvol verlopen. Dit geldt voor deïmplementatie in het algemeen en voor deïmplementatie van kwaliteitsindicatoren in het bijzonder. Ten slotte is deze thesis ook op kleinere schaal van waarde, doordat het specifieke kennis over de uitvoering van ZIRE genereert. Dit biedt de afdelingen die meedoen aan ZIRE een handvat bij het verbeteren van hun werkwijze.

Leeswijzer

In het komend deel wordt eerst beschreven wat beleid, implementatie en deïmplementatie zijn. Dit is van belang omdat hierna een overzicht volgt van de implementatiewetenschap en deze kennis gebruikt is om de factoren die deïmplementatie beïnvloeden te achterhalen. Vervolgens wordt in de methode nader ingegaan op de selectie van de onderzoekseenheden, de operationalisatie, dataverzameling en -analyse. Hierna zullen de resultaten van het onderzoek aan de hand van de deelvragen besproken worden. Ten slotte wordt in de discussie gereflecteerd op de uitkomsten en worden de resultaten in het perspectief van andere studies geplaatst, alvorens te eindigen met een algehele conclusie.

Theoretisch kader

Implementatie: meer dan uitvoeren?

Mazmanian en Sabatier (1983, pp. 20-21) noemen implementatie 'het uitvoeren van beleid, in de vorm van een wet, uitvoeringsbesluit of rechterlijke beslissing, waarbij het beleid idealiter het probleem identificeert dat moet worden aangepakt, de doelstelling bepaalt die moet worden nagestreefd en het implementatieproces op verschillende manieren structureert'. Deze omvangrijke definitie zet implementatie als de uitvoering van beleid centraal. Andere auteurs maken een minder 'harde' scheiding tussen beleid en uitvoering bij hun definitie van implementatie, vanuit de gedachte dat beleid ook wordt gemaakt tijdens de uitvoering (Hill & Hupe, 2014). Implementatie is dan een proces van interactie en onderhandeling tussen degenen die het beleid invoeren en degenen die het uitvoeren. John (geciteerd in Hill & Hupe, 2014, p. 27) noemt implementatie zelfs 'het post-wetgevende stadium van besluitvorming'. Toch zou implementatie tekort worden gedaan als het niet zou worden onderscheiden van het maken van beleid, omdat beleid niet zelf-uitvoerend is (Hill & Hupe, 2014). Weer andere auteurs blijven weg van de termen beleid en uitvoering en definiëren implementatie iets abstracter als dat wat er gebeurt tussen het vaststellen van beleid en de invloed ervan in de wereld (O'Toole, 2000, p. 273). DeLeon (1999, p. 330) noemt onderzoek naar implementatie 'weinig meer dan een vergelijking tussen het verwachte en het bereikte'.

In de opvattingen over implementatie speelt beleid vaak een belangrijke rol. Hill en Hupe (2014) noemen dat beleid bestaat uit het formuleren van wat er moet gebeuren en het nemen van een besluit daarover. Het gaat over welke doelen gesteld worden en welke middelen worden ingezet om die te bereiken. Beleid is een doelgerichte werkwijze die wordt gevolgd door actoren bij het aanpakken van een probleem (Anderson, geciteerd in Hill & Hupe, 2014). Er kunnen bij beleid dus drie rollen worden onderscheiden: een beleidsmaker, een beleidsbepaler en een uitvoerder (Hill & Hupe, 2014). Bij het definiëren van beleid is er, net als bij het definiëren van implementatie, onenigheid over wie welke rol vervult. In de bespreking van implementatie is de opvatting dat uitvoerders ook een rol hebben als beleidsmaker of beleidsbepaler reeds benoemd. Een ander, gerelateerd geschil gaat over de aard van beleid. Is beleid wat opgeschreven staat, wat gezegd wordt of wat er gedaan wordt? Er kunnen immers overwegingen aan ten grondslag liggen die niet zijn opgeschreven. Hecló (1972, p. 83) noemt beleid zelfs subjectief: 'wat beleid is en zeker wat hét beleid is, hangt af van de waarnemer'.

Deïmplementatie: soms is meer minder

Deïmplementatie is een algemeen toepasbaar begrip, dat veelvuldig terugkomt in de context van de gezondheidszorg. Er is grote overlap in hoe auteurs deïmplementatie definiëren. Een belangrijke definitie van deïmplementatie is 'het stopzetten van handelen dat eerder was ingevoerd' (Niven et al., 2015, p. 2). McKay, Morshed, Brownson, Proctor en Prusaczyk (2018, p. 190) voegen een onderdeel toe aan deze definitie en stellen dat deïmplementatie 'het stopzetten van interventies die niet langer zouden moeten worden ingezet' is. Deïmplementatie is hier het staken van interventies die niet werkzaam zijn of schade kunnen veroorzaken. Bonafide en Keren (2018, p. 809) sluiten zich aan bij een definitie die een reden voor het staken van handelen geeft, maar hanteren een scherpere definitie door deze redenen concreter te benoemen en bovendien deïmplementatie systematisch te noemen. Deïmplementatie is voor hen 'de systematische, gestructureerde eliminatie van praktijken van lage waarde, die niet langer worden (of nooit werden) ondersteund door het beste

beschikbare bewijs, omdat ze onnodig zijn, duur zijn of de resultaten niet verbeteren'. Dat deïmplementatie geen proces is dat zich vanzelf voltrekt wordt ook benadrukt door Van Bodegom-Vos en Marang-van de Mheen (2016, p. 28): 'Deïmplementatie is het planmatig terugdringen van zorg die geen bewezen waarde (meer) heeft'. Deïmplementatie lijkt dus drie belangrijke kenmerken te hebben. Het belangrijkste kenmerk van deïmplementatie is het stoppen van handelingen of interventies. Daarnaast gebeurt deïmplementatie om een reden: de handelingen die gestopt worden hebben onvoldoende waarde omdat ze te duur, niet effectief, wetenschappelijke onbewezen of schadelijk zijn. Ten derde is deïmplementatie een planmatig proces. Uitvoerders stoppen niet toevallig met bepaalde handelingen, maar het staken is het gevolg van een plan. Het is systematisch en gestructureerd. Deïmplementatie is het stoppen van een bepaald handelen, gestructureerd en planmatig, vanwege de lage waarde.

Deïmplementatie en implementatie: twee kanten van dezelfde medaille?

Waar de studies redelijk eensgezind zijn over de definitie van deïmplementatie, geldt dat niet voor de relatie tussen deïmplementatie en implementatie. In hun onderzoek naar een interventie om het gebruik van fysieke beperkingen bij bewoners van psychogeriatrische verpleeghuizen te verminderen gebruiken Huizing, Hamers, Gulpers en Berger (2006) de term deïmplementatie bijvoorbeeld niet. Zij zien het gebruik van trainingen voor verpleegkundigen om het gebruik van fysieke beperkingen te verminderen als de implementatie van een interventie. Eenzelfde overweging lijkt bij Van Achterberg, Schoonhoven en Grol (2008) te spelen. Hoewel deïmplementatie als het tegenovergestelde van implementatie wordt gepresenteerd, men moet immers minder van iets doen in plaats van meer, is er ook bij deïmplementatie een interventie die uitgevoerd moet worden. De factoren die van invloed zijn op implementatie zijn daarmee ook van invloed op deïmplementatie. Er lijkt wat voor te zeggen om deïmplementatie een vorm van implementatie te noemen. We hebben gezien dat implementatie in ieder geval het uitvoeren van beleid is en dat beleid een aanpak is met doelen en middelen. Deïmplementatie zou men kunnen bezien als de uitvoering van beleid om iets níet te doen.

Van Bodegom-Vos, Vermeulen en Marang-van de Mheen (2017) zien ook veel gelijkenis tussen deïmplementatie en implementatie. Zij stellen dat vanuit de praktijk de aanpak van deïmplementatie vergelijkbaar is met implementatie: beide verlopen niet vanzelf, maar vereisen een planmatige aanpak, waarin een analyse van de huidige praktijk, de doelgroep en de belemmerende en bevorderende factoren nodig is. Desondanks stellen zij dat de deïmplementatie van onnodige handelingen niet hetzelfde is als het implementeren van nieuwe handelingen. De factoren die het deïmplementatieproces beïnvloeden verschillen namelijk door specifieke psychologische processen van de factoren die invloed hebben op het implementatieproces. Bijvoorbeeld doordat medici leiden aan een pro-interventie-bias, zij kiezen eerder voor actie dan voor niets doen. Daarentegen zijn de beïnvloedende factoren op abstracter niveau volgens de auteurs voor deïmplementatie en implementatie wel gelijk. Motivatie beïnvloedt bijvoorbeeld zowel deïmplementatie als implementatie (Van Bodegom-Vos et al., 2017). Het verschil tussen deïmplementatie en implementatie lijkt dus niet zozeer in aanpak of de beïnvloedende factoren te zitten, maar in de specifieke invulling van de factoren en in de kwantitatieve grootte – misschien is vanwege bovengenoemd voorbeeld het effect van de motivatie van zorgverleners groter bij deïmplementatie dan bij implementatie.

Ten slotte zijn er auteurs die het gelijkstellen van deïmplementatie aan implementatie verwerpen, omdat de onderliggende cognitieve processen van beide verschillen. Wang,

Maciejewski, Helfrich en Weiner (2018) beschrijven dat individuele en organisatorische verandering verschillende strategieën van leren en afleren vereist. Leren is daarbij het proces van het verwerven van nieuwe vaardigheden of kennis. Afleren is het proces waarbij, om ruimte te maken voor alternatieve modellen, verouderde mentale modellen worden verwijderd. De inspanning die geleverd moet worden voor het leren of juist het afleren is afhankelijk van het type verandering. Als bepaald handelen moet worden gestopt is er waarschijnlijk minimale leerinspanning nodig, omdat er geen nieuwe vaardigheden nodig zijn en kennis over de achtergrond van het staken voldoet, terwijl het juist veel afleer-inspanning vereist. Andersom vereist de invoering van nieuw handelen waarschijnlijk veel leren en weinig afleren (Wang et al., 2018). Deïmplementatie en implementatie vereisen dus dezelfde cognitieve processen, maar de verhouding tussen het leren en het afleren verschilt. Daarmee verschillen ook de werkzame invoeringsstrategieën en verschillen de factoren die deïmplementatie en implementatie beïnvloeden mogelijk ook. Er staan immers verschillende cognitieve processen op de voorgrond.

Of deïmplementatie al dan niet kan worden beschouwd als een vorm van implementatie is bij het onderzoek naar verklarende factoren voor succesvolle deïmplementatie van belang omdat dat bepaalt of de implementatiewetenschap hierbij kan worden gebruikt. In deze thesis hanteer ik het uitgangspunt dat deïmplementatie en implementatie twee zijden van dezelfde medaille zijn en daarmee verwacht ik dat de factoren die de uitvoering van implementatie beïnvloeden, ook de uitvoering van deïmplementatie beïnvloeden. In het komend deel volgt een korte beschouwing van de ontwikkeling van de implementatiewetenschap, om vervolgens de belangrijkste inzichten hiervan bijeen te voegen in de bespreking van factoren die implementatie, en daarmee naar verwachting deïmplementatie, beïnvloeden.

Implementatiewetenschap

Dat niet alleen beleid een waardevol studieobject is, maar dat ook de uitvoering resultaten bepaalt en daarmee aandacht verdient, is een opvatting die nog niet heel lang gemeengoed is. De beleidswetenschap is van oudsher sterk gericht op beleidsvorming, maar de groeiende teleurstelling in de uitkomsten van overheidsinitiatieven in de jaren '60 en '70 leidt tot een beginnende omslag in het denken (Coolsma & Van Montfort, 2014; O'Toole, 2000). Het falen van goed doordacht beleid betekent dat er blijkbaar ook andere belangrijke factoren dan beleid zijn, die gevolgen hebben voor het resultaat. In de zoektocht naar redenen voor het mislukken van overheidsprogramma's komt uitvoering in beeld.

De implementatiewetenschap begint bij Pressman en Wildavsky (1974), die in hun klassieke werk *Implementation* beschrijven hoe beleid van de federale overheid in de Verenigde Staten op lokaal niveau in het water valt doordat de uitvoering niet optimaal verloopt. De auteurs concluderen dat te veel betrokken actoren en te veel beslismomenten tijdens de uitvoering de oorzaken zijn van het mislopen van succesvolle implementatie. Hoewel verschillende wetenschappers al studies hadden gepubliceerd waarin implementatie terugkwam, werd implementatie pas na de publicatie van Pressman en Wildavsky een centraal thema binnen de wetenschap (O'Toole, 2000). Honderden implementatiestudies volgden (O'Toole, 2000).

Top-down

De twee belangrijkste modellen die deze studies hanteren, zijn het top-down- en het bottom-up-model (Coolsma & Van Montfort, 2014). In het top-down-model wordt het geformuleerde

beleid als uitgangspunt genomen voor de uitvoering en worden factoren onderzocht die centraal beïnvloed kunnen worden. Implementatie is in dit model slechts een uitvoeringskwestie, dat het oorspronkelijke beleid zo dicht mogelijk behoort te benaderen (Matland, 1995). Onderliggend speelt het uitgangspunt dat de actoren in de top het meest relevant zijn om te bestuderen, omdat zij voor het grootste deel de uitkomst bepalen. Eerdergenoemd werk van Pressman en Wildavsky (1974) is een voorbeeld van het top-down-model. Het bekijkt het beleid door een 'centrale' bril, gericht op de aansturing van uitvoerders van bovenaf, en onderzoekt in hoeverre beleid correct wordt uitgevoerd. De conclusie, verminder het aantal betrokkenen en beslismomenten, past goed bij dit model.

Ondanks de toegevoegde waarde die deze implementatieonderzoeken verschaffen voor praktijk en wetenschap, werden er hiaten gezien in de manier waarop het top-down-model implementatie bestudeert (Sabatier, 1986). Zo negeert het top-down-model, met de nadruk op centrale besluitvormers als sleutelfiguren, overige actoren. Bovendien gaat het top-down-model uit van één centrale actor of beleid, terwijl er ook gelaagde situaties zijn met belangrijke besluitvormende actoren op en tussen verschillende niveaus. Daarnaast negeert het model de mate waarin doelgroepen en lokale uitvoerders strategieën ontwikkelen om het beleid aan hun eigen doelen aan te passen en neemt het tot slot het geschreven beleid als uitgangspunt, terwijl er ongeschreven overwegingen aan ten grondslag kunnen liggen (Matland, 1995).

Bottom-up

Het bottom-up-model probeert aan deze punten recht te doen door beleid te onderzoeken vanuit het perspectief van de doelgroep en van de lokale uitvoerders (Coolsma & Van Montfort, 2014). Het effect van beleid ontstaat op microniveau, dus de doelen, strategieën en activiteiten van de mensen die op het lokale niveau beleid uitvoeren, moeten begrepen worden om implementatie te kunnen begrijpen (Sabatier, 1986). Weatherly en Lipsky (1978) noemen dat het effect van beleid bepaald wordt door de invloed die het beleid op de lokale uitvoerders heeft. Deze nadruk op het microniveau betekent ook een nadruk op context. Een generieke, en dus contextvrije, implementatietheorie past daarom niet goed bij dit model en zorgt voor een inductiever karakter van het onderzoek (Matland, 1995). Welke factoren relevant zijn varieert van plek tot plek. De invloed van context zorgt daarnaast voor een ander soort aanbevelingen. Waar onderzoek vanuit het top-down-model vaak prescriptieve aanbevelingen doet, wordt vanuit het bottom-up-model vaak descriptief de factoren die tot moeilijkheden hebben geleid omschreven, zonder expliciete beleidsaanbevelingen te geven. Het advies om een flexibel beleid in te voeren, dat aanpassing aan lokale problemen en omstandigheden toelaat, is de voornaamste aanbeveling die hieruit volgt (Matland, 1995). Onderliggend aan het bottom-up-model liggen twee perspectieven: het normatieve perspectief dat de lokale uitvoerders de expertise en kennis hebben van de ware problemen en daarom het meest geschikt zijn om zinvol beleid te kunnen formuleren, en het perspectief dat de discretionaire ruimte onvermijdelijk zo groot is dat het onrealistisch is om van beleidsmakers te verwachten dat zij de acties van lokale uitvoerders kunnen beheersen (Matland, 1995).

Ook op het bottom-up-model kwam kritiek. Het model zou overschatten hoeveel autonomie er lokaal daadwerkelijk is (Sabatier, 1986). Lokale verschillen kunnen weliswaar verschillend gedrag van uitvoerders verklaren, maar elke uitvoerder moet zijn handelen afstemmen op de grenzen die door centraal beleid zijn vastgesteld. Institutionele structuren en beschikbare middelen worden immers vaak centraal bepaald. Bovendien ontstaat er, door

het centraal stellen van de perceptie van lokale actoren, een blinde vlek voor de effecten waarvan de betrokkenen niet bewust zijn. Tot slot ontstond er ook normatieve kritiek op het model. De nadruk op lokale uitvoerders zou in een democratisch systeem niet passend zijn, omdat de uitvoerders niet democratisch gelegitimeerd zijn (Matland, 1995). Bovendien wil het bestaan van discretionaire ruimte niet zeggen dat die ruimte de basis zou moeten zijn bij het maken van beleid. Het bottom-up-model zou daarmee descriptie – ten onrechte – gelijkstellen aan prescriptie.

Ontwikkelingen

In de discussie in de implementatiewetenschap over top-down en bottom-up ontstonden verschillende ontwikkelingen. Ten eerste werd ingezien dat zowel variabelen van het top-down-, als van het bottom-up-model belangrijk kunnen zijn. Hoewel er verschillen bleven bestaan in normatieve standpunten, ontstond er wel eensgezindheid over de empirische waarde van beide (O'Toole, 2000). De algemene erkenning van de sterke punten van beide modellen verdrong het top-down/bottom-up-debat. Deze erkenning heeft geleid tot verschillende nieuwe modellen waarin facetten van beide zijn geïncorporeerd.

Ten tweede ontstond er een nieuwe discussie, samenhangend met de populariteit die de implementatiewetenschap ten deel was gevallen. De vele verrichte implementatiestudies brachten evenveel implementatievariabelen voort. Een review van implementatiestudies van O'Toole (1986) vond meer dan driehonderd belangrijke variabelen. Meier (1999, pp. 5-6) schreef: "I propose (...) any policy implementation scholar who adds a new variable or a new interaction should be required to eliminate two existing variables". Er was dus behoefte aan meer spaarzaamheid.

Er zijn verschillende manieren om om te gaan met de overdaad aan variabelen. Een implementatiemodel kan de nadruk leggen op de variabelen die elkaar goed aanvullen en binnen dat model het beste passen, er zijn typologieën ontwikkeld onder welke omstandigheden welke variabelen relevant zijn en men kan de te onderzoeken variabelen toespitsen op sector. In de medische wereld hebben bijvoorbeeld verschillende auteurs bijgedragen aan het vraagstuk welke variabelen implementatie beïnvloeden in de context van het ziekenhuis.

Factoren van invloed op succesvolle implementatie

Het top-down- en het bottom-up-model laten zien welke factoren relevant zijn voor succesvolle implementatie en welke overwegingen hierachter zitten. Zowel factoren aan de top, als factoren op lager niveau zijn van belang. Het gebruik van facetten van beide modellen leidt daarmee tot factoren die samen veelomvattend zijn. In het factorenmodel, dat ik in deze thesis als uitgangspunt gebruik, komen daarom aspecten van beide modellen terug (Coolsma & Van Montfort, 2014). Volgens het factorenmodel zijn er vier factoren van groot belang voor succesvolle implementatie: kenmerken van het beleid, kenmerken van de omgeving, kenmerken van de uitvoerende organisatie en kenmerken van de uitvoerders. De eerste twee kenmerken zijn factoren uit het top-down-model, de laatste twee factoren uit het bottom-up-model.

Zoals genoemd maakt de omvang van het aantal variabelen dat invloed heeft op implementatie het onmogelijk om elke mogelijke betrokken variabele te onderzoeken. Ik gebruik daarom de medische implementatiewetenschap om verdere invulling te geven aan de vier factoren. Als bepaalde zaken veelvuldig worden genoemd vanwege hun invloed op implementatie, is het aannemelijk dat zij van belang zijn en zullen ze in deze thesis worden

meegenomen. Het komende deel valt te beschouwen als een verzameling van de variabelen die het meest worden genoemd in onderzoeken die de beïnvloeding van implementatie in de gezondheidszorg bestuderen.

Beleidskenmerken

De kenmerken van het beleid hebben invloed op het verloop van implementatie (Coolsma & Van Montfort, 2014). In ongeveer de helft van de studies die implementatie in de gezondheidszorg bestuderen, komen beleidskenmerken als verklarende factor voor succesvolle implementatie aan bod (Flottorp et al., 2013). Van grote invloed is de mate van ambiguïteit van het beleid. Ambigu beleid wordt gekenmerkt door de afwezigheid van duidelijke en consistente doelen en middelen (Coolsma & Van Montfort, 2014). Een reden voor het ontstaan van ambiguïteit in beleid is de conflictreducerende werking die het heeft (Matland, 1995). Er ontstaat conflict wanneer actoren afhankelijk van elkaar zijn, hun ideeën over het beleid niet bij elkaar passen en als winst voor de ene actor wordt gezien als verlies voor de andere actor en vice versa. Soms kan conflict worden voorkomen door nevenbetalingen of andere tegenprestaties aan te bieden, maar vaak ontstaat conflict door botsende waarden en zijn deze onderhandelingsmethoden niet mogelijk (Matland, 1995). Ambiguïteit kan helpen conflict te verminderen omdat men zich sneller in ambigu beleid kan vinden. Regan (1984) beschrijft hoe actoren steeds meer onderdelen blokkeren als het beleid concreter wordt, omdat zij daarmee bewust worden van de dreiging die het oplevert.

Als er echter duidelijke doelen en middelen zijn, is er evaluatie aan de hand van expliciete criteria mogelijk en wordt er richting gegeven aan de uitvoerders (Sabatier & Mazmanian, 1980). Afwezigheid van heldere doelen en middelen, ambiguïteit, leidt tot onzekerheid en misverstanden en resulteert daarmee in onsuccesvolle implementatie (Matland, 1995). Als ZIRE ambigu is, kunnen uitvoerders een eigen invulling eraan geven en de deïmplementatie anders, in mindere mate of niet uitvoeren. De deïmplementatie verloopt dan minder succesvol.

Hypothese 1: als er minder ambiguïteit van beleid is, zal deïmplementatie succesvoller zijn.

Kenmerken van de omgeving

Organisaties zijn geen entiteiten die op zichzelf staand hun werk verrichten, maar zij zijn afhankelijk van de omgeving (Tompkins, 2005). In hoeverre de uitvoering van beleid succesvol verloopt is daarmee van de omgeving afhankelijk. Er zijn verschillende opvattingen over de betekenis van omgeving (Pettigrew, Woodman & Cameron, 2001). Er kan een onderscheid worden gemaakt in de economische, sociale en juridische omgeving.

Economische omgeving

De economische omgeving kan op twee manieren worden gezien. De economische omgeving kan worden gelijkgesteld aan de economische conjunctuur. Deze heeft invloed op hoe de uitvoering eruit komt te zien (Coolsma & Van Montfort, 2014). Een economische laagconjunctuur kan ertoe leiden dat er onvoldoende financiële middelen ter beschikking worden gesteld, terwijl in het geval van een economische hoogconjunctuur er meer geld voor de uitvoering beschikbaar kan komen.

Daarnaast kan de economische omgeving worden geabstraheerd en gedefinieerd als economische schaarste (Walston, Kimberly & Burns, 2001). De omgeving bestaat dan uit 'economische krachten' die voor financiële schaarste kunnen zorgen. Flottorp et al. (2013)

werken de concrete wijze waarop geld in de organisatie kan toe- of afnemen uit. Het financiële budget van de organisatie kan worden teruggedrongen, klanten of financiers kunnen zich terugtrekken uit onvrede met de uitvoering van het beleid of dreigen dit te doen, organisaties kunnen geld beschikbaar stellen om beleid op hun gewenste manier uit te voeren en boetes kunnen worden opgelegd als de uitvoering van het beleid niet aan een bepaalde maat voldoet. Al deze omstandigheden kunnen tot onvoldoende financiën voor of tot financieel verlies door de uitvoering leiden. Het eerste geval leidt tot een veranderde uitvoering door een tekort aan financiën, het tweede geval leidt tot een veranderde uitvoering door een financiële prikkel. Succesvolle implementatie wordt hierdoor verstoord. Een tekort aan financiële middelen in de organisatie zou ertoe kunnen leiden dat de uitvoerders minder geld tot hun beschikking krijgen voor de deïmplementatie. De inzet van de benodigde systemen, personeel of materiaal kan hierdoor worden beperkt met een minder succesvolle deïmplementatie tot gevolg. Financiële prikkels kunnen ziekenhuizen doen besluiten om de indicatoren niet, of in andere vorm, te deïmplementeren, zodat zij meer winst of geen verlies maken. Economische schaarste leidt daarmee dus tot minder succesvolle deïmplementatie.

Hypothese 2a: als er minder economische schaarste in een organisatie is, zal deïmplementatie succesvoller zijn.

Sociale omgeving

Daarnaast is de sociale omgeving, de sociale context waarin een organisatie ingebed ligt, van belang (Damschroder et al., 2009; Walston et al., 2001). Een organisatie is omringd met organisaties die erop lijken, ermee concurreren of toezicht erop houden. Een ziekenhuis is bijvoorbeeld omringd door andere ziekenhuizen die ook zorg verlenen en er zijn meerdere organisaties waaraan een ziekenhuis verantwoording aflegt. Deze organisaties kunnen sociale druk uitoefenen op de uitvoering van beleid, bijvoorbeeld door middel van 'peer pressure' (Damschroder et al., 2009). Peer pressure is de druk om beleid uit te voeren dat omringende organisaties ook uitvoeren. Er kunnen verschillende mechanismen aan ten grondslag liggen. Zo kan peer pressure als heuristiek ontstaan. Een organisatie neemt dan beleid over van andere organisaties, zonder het zelf te onderzoeken of alternatieven te overwegen, vanuit de gedachte dat beleid dat door verschillende soortgelijke organisaties wordt gevolgd wel adequaat moet zijn (Rao, Greve, & Davis, 2001). Zowel angst om minder te presteren dan omringende organisaties als het gemak van uitbestede besluitvorming, het is immers efficiënt dat men het passende beleid niet zelf hoeft uit te vinden, drijven dit mechanisme aan.

Naast peer pressure als heuristiek kan reputatie als mechanisme worden onderscheiden. Hierbij speelt niet zozeer de wens om optimaal te presteren een rol, maar draait het om legitimiteit (Walston et al., 2001). Organisaties proberen niet alleen hun prestaties te maximaliseren, maar richten zich ook op een zo groot mogelijke legitimiteit. Zij zoeken draagvlak voor het beleid dat zij uitvoeren en willen dat de omgeving hun uitvoering accepteert en waardeert. Een manier om dit te bereiken is het uitvoeren van beleid dat past bij de overtuigingen van de sociale omgeving. Andersom zijn organisaties terughoudend om beleid uit te voeren dat omringende organisaties afkeuren, omdat het de legitimiteit verkleint. Beslissingen over de uitvoering van beleid worden dus niet altijd genomen op basis van inhoudelijke argumenten, maar ook op grond van reputatie en sociale druk. Als omringende organisaties de uitvoering van bepaald beleid laken, verkleint de kans op succesvolle uitvoering.

In het geval van ZIRE zal peer pressure als heuristisch onwaarschijnlijk zijn. Met ZIRE wordt immers geen beleid overgenomen van andere organisaties maar wordt weloverwogen nieuw beleid gemaakt. Reputatie als mechanisme voor peer pressure is waarschijnlijker. Het zou kunnen dat de uitvoering van ZIRE wordt veranderd om de legitimiteit te vergroten. De uitvoering zal dan meer gaan lijken op de uitvoering in andere ziekenhuizen die wel alle kwaliteitsindicatoren registreren.

Hypothese 2b: als omringende organisaties de deïmplementatie meer steunen, zal de deïmplementatie succesvoller zijn.

Juridische omgeving

Ten slotte kan bij de omgeving ook een juridische component op de voorgrond worden geplaatst (Flottorp et al., 2013). Wetgeving en rechtspraak kunnen op diverse manieren een grote invloed op de uitvoering van beleid hebben. Nieuw opgestelde wetten of verordeningen kunnen bepaalde activiteiten en praktijken verbieden, het handelen van de uitvoerende organisatie kan worden gecorrigeerd door gerechtelijke uitspraken en organisaties zijn wettelijk verplicht zich aan contractueel afgesproken afspraken te houden. Het geheel van contracten, wetten, verordeningen en gerechtelijke uitspraken die aan de uitvoering raken vormen de juridische omgeving van een organisatie. Hoe beter de uitvoering van ZIRE binnen deze juridische omgeving past, hoe succesvoller de deïmplementatie zal verlopen. Als wetten of contracten (een deel van) de indicatorenregistratie verplichten, kunnen organisaties bij de rechtbank hieraan gehouden worden en zal de deïmplementatie niet succesvol plaatsvinden.

Hypothese 2c: Des te beter deïmplementatie binnen juridische kaders past, des te succesvoller het zal zijn.

Uitvoerende organisatie

De kenmerken van de uitvoerende organisatie komen in veel studies naar implementatie terug (Coolisma & Van Montfort, 2014; Flottorp et al., 2013; Kaplan et al., 2012). De twee organisatiekenmerken die veelvuldig op de voorgrond staan zijn de cultuur in de organisatie en het leiderschap in de organisatie.

Cultuur

Cultuur komt in grofweg de helft van de studies met een framework voor succesvolle implementatie in ziekenhuizen voor (Flottorp et al., 2013). Hoewel het op verschillende manieren door verschillende wetenschappelijke disciplines wordt bestudeerd, lijkt er eenduidigheid te zijn over de betekenis van cultuur in een organisatie: het zijn de normen, waarden en overtuigingen die een organisatie heeft (Gershon, Stone, Bakken, & Larson, 2004; Kaplan et al., 2012; Tompkins, 2005). Cultuur is dus een sociaal construct, iets dat niet altijd tastbaar is, maar waarvan de invloed wel degelijk zichtbaar is in mensen en organisaties (Damschroder et al., 2009; Kwantes & Glazer, 2017). Het beïnvloedt persoonlijkheden, hoe mensen zich uiten, denken en problemen oplossen, hoe organisaties zijn opgebouwd en functioneren.

Cultuur kan worden onderverdeeld in de normen en waarden van een organisatie en in de overtuigingen van een organisatie (Kwantes & Glazer, 2017). Met normen en waarden wordt de perceptie van wat goed is bedoeld, van wat de moeite waard is om na te streven. Sommige organisaties kunnen bijvoorbeeld ten koste van anderen rijkdom nastreven, terwijl

andere organisaties juist gericht zijn op een eerlijke verdeling en goed contact met naasten. Overtuigingen zijn percepties van wat waar is in de wereld, bijvoorbeeld dat hard werken wordt beloond. Het zijn heuristische die werknemers gebruiken om zaken te begrijpen en die helpen bij het maken van keuzes. Organisaties bekrachtigen bepaalde overtuigingen en waarden door te belonen of te straffen (Kwantes & Glazer, 2017). Hierdoor leren werknemers wat de cultuur in de organisatie is. De overtuigingen en waarden waarvan mensen denken dat ze in een cultuur worden gedeeld zijn een belangrijke richtlijn voor het gedrag van de werknemers. Cultuur is daarmee niet volledig extrinsiek aan de werknemer, maar bestaat deels uit de aannames over de cultuur.

De invloed van cultuur is omvangrijk en raakt ook aan de uitvoering van beleid. Welke waarden en overtuigingen werknemers hebben, bepaalt hoe zij zich gedragen en dus ook hoe zij beleid uitvoeren. Om de uitvoering succesvol te laten verlopen, is het van belang dat de waarden en de overtuigingen in de organisatie passen bij het beleid (Flottorp et al., 2013; Gustafson et al., 2003). De organisatiecultuur is passend als de werknemers vinden dat het beleid de zaken waarnaar de organisatie streeft verwezenlijkt en als zij de onderliggende veronderstellingen delen. Zo past bijvoorbeeld bij een organisatie die streeft naar gelijkwaardigheid een nieuw op bonussen geënt salarissysteem niet goed en zal in een organisatie waarin de gezamenlijke overtuiging leeft dat hard werken loont, beleid dat de werkweek terugdringt waarschijnlijk niet als bevorderlijk worden beschouwd. Als het beleid niet passend is bij de heersende cultuur in de organisatie kan dat weerstand oproepen en de uitvoering belemmeren (Damschroder et al., 2009). Werknemers zullen niet geneigd zijn om beleid uit te voeren dat niet werkt of dat niet nastrevenswaardig is. Aan beleid en organisaties kunnen in principe oneindig waarden en overtuigingen ten grondslag liggen. Er zijn dus geen universele normen, waarden en overtuigingen die tot succesvolle uitvoering leiden.

Werknemers weten zowel impliciet als expliciet uit welke waarden en overtuigingen de cultuur in de organisatie bestaat (Kwantes & Glazer, 2017). Cultuur is vaak een vanzelfsprekend gegeven, waardoor werknemers niet altijd bewust zijn van de leidende waarden en overtuigingen die in de organisatie aanwezig zijn. Bij discongruent beleid kunnen de waarden en overtuigingen plotseling duidelijk worden door het ongemak dat ontstaat als de organisatiecultuur wordt uitgedaagd door beleid met andere veronderstellingen of waarden. Waarden en opvattingen die impliciet als vanzelfsprekend worden beschouwd, worden uitgedaagd en daarmee zichtbaar. Dit fenomeen ervaart men bijvoorbeeld bij een 'cultuurshock', bijvoorbeeld bij reizen naar het buitenland (Kwantes & Glazer, 2017). De vanzelfsprekende eigen cultuur blijkt niet vanzelfsprekend en wordt daarmee expliciet.

Concluderend bestaat organisatiecultuur uit gedeelde waarden (wat is nastrevenswaardig?) en overtuigingen (wat is waar?). Het in volle omvang meten van cultuur is niet haalbaar, maar bij het verklaren van de implementatie ook niet noodzakelijk. Niet de daadwerkelijke cultuur lijkt belangrijk voor succesvolle deïmplementatie, maar de perceptie van aansluiting tussen cultuur en beleid. Daarbij kennen werknemers de organisatiecultuur deels impliciet, maar explicitering treedt op indien de cultuur wordt uitgedaagd door beleid dat hier niet bij past. Indien de cultuur niet past, ontstaat er weerstand bij de uitvoerders en zal de deïmplementatie niet goed worden uitgevoerd.

Hypothese 3: als het deïmplementeren meer past bij de organisatiecultuur, zal de deïmplementatie succesvoller zijn.

Leiderschap

Daarnaast is leiderschap een belangrijke onderdeel van de uitvoerende organisatie. Leiderschap wordt eveneens door ongeveer de helft van de studies met een framework voor succesvolle implementatie genoemd (Flottorp et al., 2013). De betekenis die leiderschap heeft in de wetenschap is eenduidig. Hoe leiderschap eruit kan zien, ingedeeld kan worden of welke aspecten ervan relevant zijn, is dat echter niet.

Leiderschap is 'een proces van sociale invloed waarbij één persoon in staat is om de hulp van anderen in te roepen bij het vervullen van een gemeenschappelijke taak' (Chemers, 1997, p.1). Leiderschap speelt zich dus af in een groep, is sociaal van aard en draait om het behalen van een gemeenschappelijke doel. Hoewel dit een simpel gegeven lijkt, zijn er veel verschillende visies op leiderschap die elk een ander aspect benadrukken. Traditioneel is effectief leiderschap, door de traditioneel hiërarchische structuur van organisaties, opgevat als het geven van heldere bevelen, het stellen van regels, het delegeren van taken en het coördineren van de activiteiten van de werknemers (Chin, 2015). Met de tijd is het besef gegroeid dat doelen op meerdere manieren bereikt kunnen worden en zijn organisaties veranderd, met meer nadruk op teamwork in plaats van hiërarchie. Daarmee is ook een nieuw beeld van leiderschap ontstaan. Leiderschap kan ook op verschillende manieren worden ingevuld. Zo kunnen bijvoorbeeld beloning en straf, maar ook inspiratie, charisma en intellectuele prikkeling gebruikt worden om te leiden.

Er kunnen verschillende aspecten van leiderschap op de voorgrond worden geplaatst (Chin, 2015). Auteurs delen leiderschap bijvoorbeeld in naar de manier van leiden, inspireren en prikkelen versus belonen en bestraffen, naar de kenmerken die de leider heeft, zoals de mate van assertiviteit en responsiviteit, of naar de relaties die de leider heeft met zijn of haar werknemers. Daarnaast is leiderschap niet exclusief weggelegd voor de leidinggevenden. Leaders kunnen zowel een formeel leidinggevende positie bezitten als informeel een leidersrol op zich nemen en zij kunnen zich binnen elke laag van de organisatie bevinden (Chin, 2015; Damschroder et al., 2009).

In de literatuur is er weinig aandacht voor het effect van het type leiderschap op de uitvoering van beleid. Wel benadrukken verschillende studies dat het voor een succesvolle uitvoering van belang is dat er een leider aanwezig is en dat deze leider over de juiste vaardigheden beschikt (Flottorp et al., 2013). De uitvoering verloopt eerder succesvol als er een leider is met het vermogen om werknemers te sturen en te motiveren (Damschroder et al., 2009; Kaplan et al. 2012). Net als bij cultuur, gaat het bij leiderschap niet om het type leiderschap, maar is het voor succesvolle implementatie van belang dat het getoonde leiderschap passend is (Flottorp et al., 2013). Of het stimuleren van de uitvoerders via inspireren en charisma of via belonen en bestraffen geschiedt, is voor een succesvolle uitvoering niet van belang, zolang zij maar gestimuleerd worden. Als de uitvoerders zich door een leider gestimuleerd voelen om te deïmplementeren, zullen zij in actie komen, kunnen veranderingen worden doorgevoerd en zullen de doelen van het beleid eerder worden bereikt.

Hypothese 4: als leiderschap stimulerender is, zal deïmplementatie succesvoller zijn.

De uitvoerders

Het belang van het microsysteem, de uitvoerders op de werkvloer, is benadrukt in de bespreking van het bottom-up-model. Ook in het implementatieonderzoek in de medische sector komen de kenmerken van de uitvoerders aan bod. Er is vrijwel geen studie waar geen

facetten van de uitvoerders in terug komen. Coolsma en Van Montfort (2014) onderscheiden vier kenmerken van uitvoerders die invloed hebben op de mate waarin de uitvoering overeenkomt met het oorspronkelijke beleid: het weten, het willen, het kunnen en het moeten van de uitvoerders.

Weten

Kennis is een factor van belang die in elk framework voor succesvolle implementatie in de gezondheidszorg wordt genoemd (Flottorp et al., 2013). Van de studies die gericht zijn op één of enkele specifieke verklarende factoren voor implementatiesucces onderzochten 46 studies het effect van bewustzijn van het beleid op implementatie en 31 studies het effect van vertrouwde met het beleid op implementatie (Cabana et al., 1999). Daarmee zijn het de twee meest bestudeerde factoren. Uitvoerders moeten begrijpen wat de doelen en de middelen van het beleid zijn en de onderliggende veronderstellingen kennen (Coolsma & Van Montfort, 2014). Als het ontbreekt aan kennis van het beleid zal dat leiden tot een interpretatie gebaseerd op eigen inzichten. Dit verkleint de kans op een succesvolle uitvoering. Bovendien moeten uitvoerders op de hoogte zijn van het bestaan van beleid voordat zij het uit kunnen voeren. Artsen krijgen bijvoorbeeld veel informatie tot zich, wat het lastig maakt om overal kennis van te vernemen (Cabana et al., 1999). Onwetendheid over het bestaande beleid komt veelvuldig voor en bemoeilijkt implementatie.

Hypothese 5a: als uitvoerders beter weten wat het deïmplementatiebeleid inhoudt, zal deïmplementatie succesvoller zijn

Kunnen

Het kunnen is het tweede kenmerk van belang voor succesvolle uitvoering (Coolsma & Van Montfort, 2014). De competenties van de uitvoerders zijn hierbinnen een belangrijk onderdeel. In ongeveer de helft van de frameworks voor succesvolle implementatie in de gezondheidszorg komen competenties in enige vorm terug (Flottorp et al., 2013). Competenties zijn de mate waarin de uitvoerder in staat is het beleid uit te voeren (Coolsma & Van Montfort, 2014). Een werknemer is competent als hij of zij over de minimale vaardigheden beschikt om ZIRE uit te kunnen voeren. Als uitvoerders onvoldoende vaardigheden bezitten om het beleid toe te kunnen passen, zal dit niet succesvol worden uitgevoerd. Bovendien kan er weerstand ontstaan bij de uitvoerders als zij onvoldoende geschikt zijn om het nieuwe beleid uit te voeren (Gustafson et al., 2003). Welke vaardigheden voor de uitvoering noodzakelijk zijn, is afhankelijk van het beleid en de lokale omstandigheden.

Om beleid uit te kunnen voeren is het daarnaast van belang dat de uitvoerders beschikken over voldoende hulpbronnen. Dit kan gaan om de financiële middelen om de benodigde activiteiten te bekostigen, maar ook om de beschikbaarheid van technische middelen (Coolsma & Van Montfort, 2014). Als uitvoerders door een gebrek aan hulpbronnen niet in staat worden gesteld om het beleid uit te voeren, zal het niet succesvol verlopen. Dat hulpbronnen een belangrijke verklarende factor voor succesvolle implementatie zijn, blijkt uit de 45 studies binnen de implementatiewetenschap die zich hebben gericht op het effect van hulpbronnen op implementatie en uit de aanwezigheid van hulpbronnen als onderdeel van elk framework over implementatie in de gezondheidszorg (Cabana et al., 1999; Flottorp et al., 2013). De ondersteunende ICT, de toegekende financiële middelen en de beschikbare tijd

worden frequent als belangrijke factoren genoemd om succesvolle uitvoering te kunnen verrichten (Cabana et al., 1999; Flottorp et al., 2013; Kaplan et al., 2012).

Hypothese 5b: als uitvoerders meer vaardigheden hebben om te deïmplementeren, zal deïmplementatie succesvoller zijn.

Hypothese 5c: als uitvoerders meer financiële middelen, ondersteunende ICT en tijd voor de uitvoering hebben, zal deïmplementatie succesvoller zijn.

Willen

Het willen draait om de motivatie van de uitvoerders om het beleid uit te voeren (Coolsma & Van Montfort, 2014). Motivatie betekent ergens toe worden aangezet (Ryan & Deci, 2000). Motivatie heeft een richting, het gaat om een intentie om een handeling te verrichten, en het bevat energie, motivatie is iets dat activeert.

Hoewel motivatie, ook in studies over uitvoering, vaak als uniform gegeven wordt gepresenteerd, valt er niet alleen een onderscheid te maken in de hoeveelheid motivatie die een persoon heeft, maar ook in het type motivatie. Een scholier die gemotiveerd is om huiswerk te maken uit nieuwsgierigheid, wordt gedreven door een ander soort motivatie dan een scholier die huiswerk maakt om geen straf te krijgen. In het eerste voorbeeld is er sprake van intrinsieke motivatie: 'het verrichten van een activiteit vanwege een inherente voldoening' (Ryan & Deci, 2000, p. 56), in het tweede voorbeeld speelt extrinsieke motivatie: 'het verrichten van een activiteit om een scheidbaar resultaat te behalen' (Ryan & Deci, 2000, p. 60). In het geval van intrinsieke motivatie wordt dus een activiteit gedaan omwille van het plezier dat die activiteit geeft, terwijl bij extrinsieke motivatie een activiteit wordt gedaan vanwege de instrumentele waarde, men krijgt er iets voor terug.

Een verder onderscheid in extrinsieke motivatie kan gemaakt worden aan de hand van een interne of externe oorsprong van handelen (Ryan & Deci, 2000). Motivatie met een interne oorsprong valt eveneens onder het 'willen' te scharen, omdat deze motivatie van binnenuit ontstaat. Een scholier kan bijvoorbeeld huiswerk maken om straf te ontlopen of omdat hij of zij schrijver wil worden en een goede taalbeheersing daarvoor noodzakelijk acht. In beide gevallen heeft het handelen een instrumentele waarde, maar in het eerste geval komt de motivatie van buiten, terwijl in het tweede geval het handelen vanuit een intrinsieke wens naar schrijverschap en bijbehorende vaardigheden en waarden ontstaat.

In implementatiestudies wordt motivatie veelvuldig als factor van invloed genoemd (Flottorp et al., 2013). Hoe hoger de motivatie, hoe groter de kans op een succesvolle uitvoering. Motivatie zet uitvoerders in beweging om beleid uit te voeren en bepaalt de richting waarin uitvoerders handelen. Als uitvoerders voldoening krijgen van het uitvoeren van het beleid, is de kans groter dat ze dit uitvoeren.

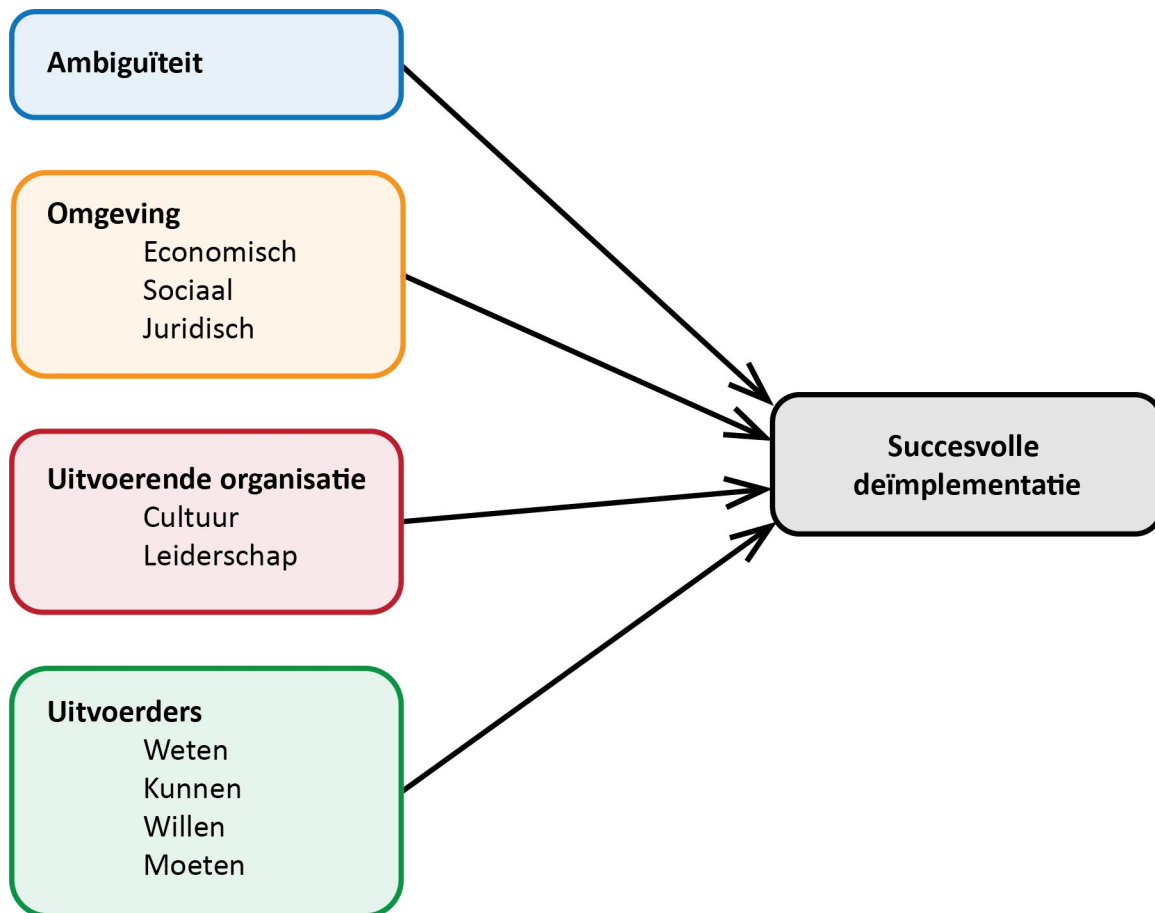
Hypothese 5d: als uitvoerders meer intrinsiek gemotiveerd zijn of meer extrinsieke motivatie van interne oorsprong hebben, zal deïmplementatie succesvoller verlopen.

Moeten

Via contracten, verantwoording en toezicht worden uitvoerders gestuurd op de manier waarop zij hun werk verrichten. Coolsma en Van Montfort (2014) definiëren het moeten als de mate waarin de uitvoerders worden gedwongen op een bepaalde manier te handelen. Uitvoerders worden door het 'moeten' extrinsiek gemotiveerd om beleid uit te voeren. Het

zijn de opbrengsten, bijvoorbeeld het voorkomen van sancties, die maken dat uitvoerders het beleid uitvoeren. Dergelijke vormen van sturing laten soms weinig ruimte voor afwegingen door de uitvoerders en kunnen daarmee de kans vergroten op een succesvolle uitvoering.

Hypothese 5e: als uitvoerders meer gestuurd zijn, zal deïmplementatie succesvoller zijn.



Figuur 1. Conceptueel model van de factoren van invloed op het succes van deïmplementatie

Methoden

Onderzoeksstrategie en -benadering

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is kwalitatief onderzoek het meest geschikt. Kwalitatief onderzoek, onderzoek van talige data, levert minder waarnemingseenheden, maar rijker materiaal op dan kwantitatief onderzoek (Bleijenbergh, 2013). Dit maakt het geschikt om te onderzoeken welke factoren in de ziekenhuizen aanwezig zijn en via welk mechanisme ze de implementatie beïnvloeden. Het verloop van de uitvoering, welke factoren zijn op welk moment van invloed geweest en welk effect heeft dit op de deïmplementatie van indicatoren gehad?, is bijvoorbeeld lastig te vangen in gesloten enquêtevragen, maar kan wel adequaat met open interviewvragen onderzocht worden. Kwalitatief onderzoek is geschikt om hoe- ('hoe is ZIRE uitgevoerd?') en waarom-vragen ('waarom zijn niet alle niet-zinnige indicatoren gedeïmplementeerd?') te beantwoorden (Yin, 2014).

Deze thesis volgt een deductieve onderzoeksbenadering. Deductief onderzoek is theoretisch gestuurd onderzoek, waarbij wetenschappelijke literatuur als uitgangspunt wordt genomen voor het bestuderen van de empirie (Bleijenbergh, 2013). Hiertegenover staat een inductieve onderzoeksbenadering, dat primair empirisch gestuurd is. Zoals besproken in het theoretisch kader is met name de implementatiewetenschap gebruikt om de mogelijke factoren te achterhalen die de implementatie beïnvloeden.

Er zijn verschillende kwalitatieve onderzoekstrategieën mogelijk. Deze thesis maakt gebruik van casestudy-onderzoek. In casestudy-onderzoek worden specifieke cases diepgaand onderzocht zodat er inzicht wordt verkregen in de wijze waarop bepaalde processen zich in de praktijk voltrekken en de reden waarom ze zich zo voltrekken (Verschuren & Doorewaard, 2007). Hoewel casestudy-onderzoek ten koste gaat van de breedte, er ontstaat geen overzicht van de implementatie in alle ziekenhuizen in Nederland, behoeft het verklaren van het succes van de implementatie de gedetailleerde diepte die bij casestudy-onderzoek hoort. Casestudy-onderzoek biedt daarbij de mogelijkheid om met methodentriangulatie de mogelijk beïnvloedende factoren met verschillende methoden van dataverzameling te bestuderen (Myers, 2013).

In casestudy-onderzoek kunnen één of meerdere cases onderzocht worden (Bleijenbergh, 2013). Een meervoudige casestudy kan beschouwd worden als meerdere experimenten en heeft als voordeel dat de cases elkaar kunnen versterken (Yin, 2014). Zoals de bevindingen van één experiment sterker worden als ze worden bevestigd in een tweede en derde experiment, zo worden de bevindingen van een case sterker als ze worden bevestigd in andere cases. Idealiter worden 6 tot 10 cases geselecteerd, maar ook een tweevoudige casestudy kan een versterking van het onderzoek betekenen. Een enkelvoudige casestudy heeft het risico dat het idiosyncratisch wordt, dat de conclusie slechts bij deze specifieke case passend is (Eisenhardt & Graebner, 2007). De drie betrokken ziekenhuizen zijn alle als case geselecteerd. In onderzoek vindt er vaak pragmatische selectie plaats (Hak, 2007). Deze selectiemethode gaat vaak gepaard met selectiebias, omdat de cases die zich al in het gezichts- of sociale veld van de onderzoeker bevinden een grote kans hebben om uitgekozen te worden (Hak, 2007). Er vindt dus een soort voorselectie plaats, niet gebaseerd op toeval. Door alle betrokken ziekenhuizen te selecteren, wordt een mogelijke selectiebias door pragmatische selectie ondervangen.

Ten slotte kunnen cases holistisch of embedded worden onderzocht (Yin, 2014). Als er meerdere onderdelen binnen een case onderzocht worden, is er sprake van een embedded case study. Daartegenover staat een holistische case study, waarin de algehele aard van de case bestudeerd wordt. Een valkuil van holistisch casestudy-onderzoek is dat het vervalt in

abstracties. Bovendien is er het risico dat er gedurende het onderzoek een verschuiving optreedt in de onderzoeksvragen die onderzocht worden doordat het holistische algehele karakter onvoldoende richting geeft. Met het meenemen van de verschillende aspecten uit het top-down- en bottom-up-model is deze thesis embedded. Per case zijn de beleidskenmerken, de omgeving, de uitvoerende organisatie en de uitvoerders onderzocht.

Casusbeschrijving

Rijnstate

Rijnstate is een topklinisch ziekenhuis in de regio Arnhem. Twee oncologieketens, maag-darm en urologie, participeren in ZIRE. Omdat de oncologieketens niet een-op-een aansluiten bij de functionele indeling van het ziekenhuis, is ervoor gekozen om alle afdelingen met oncologieketen-patiënten te betrekken bij ZIRE. In totaal zijn er daarmee zeven afdelingen die ZIRE hebben uitgevoerd.

Er zijn tien organisaties waaraan deze afdelingen bij aanvang van ZIRE indicatoren leverden. Zij leverden indicatoren aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Transparantiekalender van het Zorginstituut Nederland (ZIN) en aan het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), waar data wordt verzameld om inzicht in de kwaliteit van zorg van het ziekenhuis zelf en vergelijkbare ziekenhuizen te geven. Deze registratielijsten, zoals de Dutch Colorectal Audit en de Dutch Upper GI Cancer Audit, zijn opgericht door onder meer de wetenschappelijke verenigingen waar specialisten in verenigd zijn, zoals de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie en de Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie. Daarnaast werden indicatoren aangeleverd aan de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), een samenwerkingsverband tussen verschillende wetenschappelijke verenigingen dat rapporten publiceert over de voorwaarden waaraan goede oncologische zorg zou moeten voldoen, aan de Nederlandse Vereniging voor Urologie, dat eveneens een database bijhoudt voor interne kwaliteitsverbetering en visitaties aflegt, aan de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde dat eveneens kwaliteitsvisitaties verricht, aan Integraal Kankercentrum Nederland en aan het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Daarnaast werden er gegevens verzameld voor intern gebruik en dienden er gegevens aangeleverd te worden aan het keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuis en aan het keurmerk stomazorg van de Stomavereniging. In totaal zijn er 122 indicatoren die de oncologieketens aanleverden.

Na overleg tussen artsen, verpleegkundigen, managers en cliëntenraad is met consensus vastgesteld welke indicatoren wenselijk waren om te blijven registreren. Er zijn 16 indicatoren geselecteerd: 4 indicatoren over patiëntuitkomsten en -ervaringen, 4 indicatoren over klinische uitkomsten en 7 indicatoren over de organisatie van zorg (zie tabel 1). De selectie van deze 15 indicatoren betekende dat er 107 indicatoren gedeïmplementeerd moesten worden en dat behoudens het NIAZ en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde alle bovengenoemde partijen (deels) vrijstelling voor aanlevering moesten verlenen.

Tabel 1. Geselecteerde indicatoren voor de oncologieketens in Rijnstate.

	Structuurindicatoren	Uitkomstindicatoren
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> - Medewerkerstevredenheid - Veiligheidscultuur - Leren en verbeteren n.a.v. ernstige incidenten - NIAZ-accreditatie - Kwaliteitsvisitatie - Opname/behandelduur - Risico-inventarisatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Sterfte - Ongeplande heropnames - Gecompliceerd verloop: complicaties, decubitus, delier - Positief snijvlak
Patiënt	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaringen van patiënten - Klachten 	<ul style="list-style-type: none"> - Totaal kwaliteit van leven: Functioneel en emotioneel herstel, palliatieve zorg - Verhouding kwaliteit van leven en zorgkosten

Radboudumc

Het Radboudumc is een academisch ziekenhuis in Nijmegen. De intensivere-afdeling (IC) participeert in ZIRE. De IC leverde bij aanvang van ZIRE indicatoren aan vijf organisaties. Behalve naar de IGJ en de Transparantiekalender van Zorginstituut Nederland, verzonden zij gegevens naar de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE), een door intensivisten opgerichte stichting waaraan alle Nederlandse IC's data leveren voor het vergelijken van prestaties, en aan de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), die Intensive Care geneeskunde in brede zin vertegenwoordigt. De NVIC gebruikt grotendeels de dataset van de NICE voor hun dataverzameling, maar vraagt daarnaast 8 indicatoren zelf uit. Daarnaast werden indicatoren aan de Joint Commission International (JCI) geleverd, een internationaal accreditatieorgaan voor de gezondheidszorg dat kwaliteitskeurmerken toekent. Ten slotte zijn er indicatoren ten behoeve van interne sturing aan de raad van bestuur geleverd en zijn er interne indicatoren voor kwaliteitsverbetering door de IC zelf geregistreerd. In totaal zijn er 102 indicatoren die door de IC werden verzameld.

Met behulp van een delphistudie, met intensivisten, IC-verpleegkundigen en ex-patiënten met hun naasten, zijn de indicatoren die wenselijk zijn om te blijven registreren vastgesteld. Er zijn 16 indicatoren geselecteerd: 8 indicatoren over patiëntuitkomsten en -ervaringen, 4 indicatoren over klinische uitkomsten en 4 indicatoren over de organisatie van zorg (zie tabel 2). De selectie van deze 16 indicatoren betekende dat de IC 86 indicatoren moest deïmplementeren en dat zij door alle bovengenoemde partijen vrijgesteld moest worden voor aanlevering van indicatoren.

Daarnaast werd door het afdelingshoofd besloten om de Decentraal Incident Meldingencommissie (DIM), waar zorgverleners digitaal incidenten kunnen melden, te deïmplementeren, omdat er met dossieronderzoek bij sterfte en vermijdbare schade, calamiteitenmeldingen en verschillende complicatiebesprekingen al op verschillende manieren invulling werd gegeven aan de indicator *leren van complicaties en incidenten*.

Tabel 2. Geselecteerde indicatoren voor de intensive care in het Radboudumc.

	Structuurindicatoren	Uitkomstindicatoren
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> - Teamklimaat - Veiligheidscultuur - Compliance van Crew Resource Management - Kwaliteitsvisitatie 	<ul style="list-style-type: none"> - IC-sterfte - IC-heropnames binnen 48 uur - Complicaties: delier en decubitus - Leren en verbeteren n.a.v. ernstige incidenten
Patiënt	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaringen van ex-IC-patiënten en naasten - Vragenlijst naasten - Klachten 	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteit van leven van ex-IC-patiënten tot 5 jaar na IC-opname - Kwaliteit van leven van naasten - Fysieke, mentale en cognitieve problemen tot 5 jaar na IC-opname - Sociaaleconomische gevolgen - Verhouding kwaliteit van leven en zorgkosten

Universitair Medisch Centrum Groningen

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is een academisch ziekenhuis in Groningen, waarvan de afdeling hematologie meedoet aan ZIRE. Er zijn acht organisaties waaraan de hematologie-afdeling indicatoren leverde. De gegevens werden naar de eerder besproken organisaties IGJ en SONCOS verstuurd en naar wetenschappelijke verenigingen zoals de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), met als doel kwaliteit van de intern geneeskundige zorg te bevorderen, en naar de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), die de acht samenwerkende academische ziekenhuizen in Nederland vertegenwoordigt. Daarnaast heeft het UMCG om de relatie met huisartsen te verbeteren de klankborggroep Huisarts-UMCG opgericht, deze verzamelt onder andere gegevens over de medische brieven die naar de huisartsen worden verzonden. Ten slotte zijn er twee organisaties die indicatoren verzamelen omwille van een keurmerk. Hematon is een patiëntenorganisatie voor patiënten met hemato-oncologische aandoeningen dat een kwaliteitskeurmerk, het groene vinkje, toekent aan ziekenhuizen die goede zorg bieden aan patiënten met bloed- of lymfeklierkanker. De European Society for Blood and Marrow Transplantation (EMBT) is een wetenschappelijke vereniging die de JACIE-accreditatie toekent, een accreditatie voor goede zorg omtrent hematopoietische stamceltransplantaties. Naast deze externe partijen, werd er data bijgehouden voor indicatoren voor de afdeling zelf en het ziekenhuis in brede zin. In totaal zijn er 66 indicatoren die door de hematologie-afdeling verzameld en geleverd werden.

Het management van de afdeling heeft voor aanvang van ZIRE vastgesteld welke indicatoren wenselijk zijn om te blijven registreren. Deze set indicatoren is gebaseerd op een eerder verrichte delphistudie, uitgevoerd om de prioriteiten van transplantatiepatiënten te onderzoeken. De indicatoren van deze delphistudie zijn aangevuld met medisch-inhoudelijke indicatoren. Uiteindelijk zijn er 15 indicatoren geselecteerd: 5 indicatoren over patiëntuitkomsten en -ervaringen, 5 indicatoren over klinische uitkomsten en 5 indicatoren over de organisatie van zorg (zie tabel 3). 5 van deze indicatoren waren nieuw en werden nog niet geregistreerd. De selectie van deze 15 indicatoren betekende dat de zorgverleners 56 indicatoren dienden te deïmplementeren en door alle bovengenoemde partijen behoudens JACIE en NFU, ontlast dienden te worden.

Tabel 3. Geselecteerde indicatoren voor de afdeling hematologie in het UMC Groningen.

	Structuurindicatoren	Uitkomstindicatoren
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteitsvisitatie - JACIE-accreditatie - Veiligheidscultuur - Medewerkerstevredenheid - Teamklimaat 	<ul style="list-style-type: none"> - Sterfte - Complicatie: Centrale lijninfectie - Complicatie: Ondervoeding - Ervaren pijn en interventies - Leren en verbeteren n.a.v. incidenten
Patiënt	<ul style="list-style-type: none"> - Patiëntenervaringen - Klachten - Patiëntgerichte zorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteit van leven - Functioneren: familierelaties, stress, energie

Operationalisatie

In het theoretisch kader zijn, aan de hand van het factorenmodel, de variabelen die mogelijk invloed hebben op de implementatie besproken. In het komende deel zullen de indicatoren worden besproken die aan de hand van deze variabelen zijn onderzocht. In tabel 4 zijn de indicatoren per variabele uiteengezet.

Kernbegrippen: deïmplementatie

Deïmplementatie is het gestructureerd en planmatig stoppen van bepaald handelen van lage waarde. Er zijn verschillende uitkomstmaten die gebruikt kunnen worden om het succes van deïmplementatie weer te geven (Prusaczyk, Swindle, & Curran, 2020). Van deze verschillende uitkomstmaten is de mate van getrouwheid, de mate waarin de deïmplementatie wordt uitgevoerd zoals het door beleidsmakers is bedoeld, in deze thesis het meest passend. De mate van getrouwheid is een belangrijke maat omdat een hoge mate van getrouwheid, beleid reproduceerbaar maakt voor andere organisaties en bovendien gepaard lijkt te gaan met een grotere kans op maatschappelijke impact (Allen, Shelton, Emmons, & Linnan, 2018). Daarnaast is de mate van getrouwheid bij de evaluatie van beleid van belang, omdat het duidelijk maakt of eventuele teleurstellende resultaten het gevolg zijn van ongetrouwe deïmplementatie of dat deze het gevolg zijn van een tekortschietende beleidstheorie.

Getrouwheid als uitkomstmaat gaat echter ook gepaard met nadelen. Getrouwheid heeft een wisselwerking met aanpassingsmogelijkheden. Dat beleid door uitvoerders niet kan worden aangepast, kan onpraktisch en zelfs beledigend zijn voor de uitvoerders. Aanpassingen kunnen beleid juist effectief maken, bijvoorbeeld als beleid wordt aangepast omdat de uitvoerders zien dat het in de praktijk niet werkt. Een succesvolle, getrouwe uitvoering zegt dus nadrukkelijk niets over de effectiviteit van het beleid of over het al dan niet adequaat handelen van de uitvoerders. Een succesvolle getrouwe uitvoering kan in slechte uitkomsten resulteren, terwijl een onsuccesvolle, ongetrouwe uitvoering juist goede resultaten zou kunnen behalen.

De uitvoering van deïmplementatie kan dus als succesvol worden beschouwd als het getrouw is, als de uitvoering volgens het geformuleerde beleid verloopt. We hebben gezien dat het beleid van ZIRE bestaat uit het niet langer registreren van indicatoren die zorgverleners niet zinvol vinden. Per ziekenhuis is een selectie gemaakt van de indicatoren die zorgverleners zinvol vinden (zie tabel 1-3), indicatoren die niet geselecteerd zijn behoren volgens het beleid niet meer te worden geregistreerd. Succesvolle deïmplementatie kan daarmee gedefinieerd worden als: zorgverleners registreren niet meer de indicatoren die niet

vooraf door hen als zinvol zijn geselecteerd. De mate van het succes van deïmplementatie is het aantal indicatoren dat niet langer door de zorgverleners wordt geregistreerd.

Er zijn verschillende manieren om succesvolle deïmplementatie te meten. Meten kan op een directe manier, bijvoorbeeld door met een checklist bij te houden van wat er (niet meer) gebeurt (Allen et al., 2018). Dit is een intensieve methode en is gezien de grote omvang van ZIRE, zowel wat betreft het aantal indicatoren als het aantal betrokken afdelingen, lastig uit te voeren. Het meten kan daarnaast op een indirecte manier plaatsvinden. Het geschiedt dan via opgehaalde gegevens van de verantwoordelijken voor de deïmplementatie of via interviews met de uitvoerders. Deze indirecte methode maakt het meten van omvangrijk beleid hanteerbaar, maar heeft als nadeel dat het gevoeliger is voor bias. Via indirecte methoden zullen sneller sociaal wenselijke antwoorden of overrapportage optreden.

Beide indirecte methoden zijn gebruikt bij het meten van succesvolle deïmplementatie. De lokale projectleiders hebben alle indicatoren voorafgaand aan ZIRE vastgelegd en per indicator genoteerd of er deïmplementatie heeft plaatsgevonden. Daarnaast is er in interviews steekproefsgewijs aan zorgverleners gevraagd of deze indicatoren in de praktijk ook daadwerkelijk niet worden geregistreerd.

Beleidskenmerken

De mate van de ambiguïteit van ZIRE is gemeten met behulp van een inhoudsanalyse van het projectplan en interviews. Het projectplan is beoordeeld op de eenduidigheid van de doelstelling, wat beoogt men met het deïmplementeren te bereiken?, en de instrumenten, op welke wijze moeten zorgverleners de indicatoren deïmplementeren? Beide moeten duidelijk omschreven zijn om van helder beleid te kunnen spreken, als de doelen of middelen multi-interpretabel zijn is er sprake van ambiguïteit. Daarnaast wordt het beleid van ZIRE als ambigu beschouwd wanneer het meerdere doelen heeft zonder duidelijke randschikking naar prioriteit. Verschillende uitvoerders kunnen dan immers verschillende doelen als prioriteit stellen.

Daarnaast is de ambiguïteit van ZIRE aan de hand van interviews gemeten. Er is onderzocht of de betrokkenen de doelen en instrumenten hebben opgevat zoals in het projectplan beschreven. Daarnaast is onderzocht of de betrokkenen dezelfde doelen hanteren of dat er ten gevolge van ambiguïteit verschillende doelstellingen op de voorgrond staan.

Omgeving

De invloed vanuit de omgeving kan economisch, sociaal en juridisch van aard zijn. Invloed vanuit de economische omgeving ontstaat uit een afname van de beschikbare financiën in het algemeen of uit het verlies van financiën door het deïmplementeren van de indicatoren in het bijzonder. Dit eerste kan ontstaan als het financiële budget van de organisatie wordt verkleind, bijvoorbeeld door een economische laagconjunctuur, het tweede kan ontstaan bij het ontvangen van boetes ten gevolge van het deïmplementeren of als er door andere organisaties minder geld beschikbaar wordt gesteld aan de afdeling, bijvoorbeeld uit onvrede met het deïmplementatiebeleid.

De sociale omgeving is de sociale invloed van gelijksoortige of toezichthoudende organisaties om de uitvoering van ZIRE te veranderen. Organisaties willen niet alleen effectief beleid voeren, maar willen ook draagvlak en een goede reputatie hebben. Ziekenhuizen zijn gevoelig voor de reputatie die zij hebben bij andere ziekenhuizen en toezichthoudende organisaties. De reputatie van een organisatie kan onder druk komen te staan als de organisatie beleid uitvoert dat andere organisaties niet (willen) uitvoeren. Hierdoor ontstaat

een druk om het eigen beleid te veranderen. Als het deïmplementeren van indicatoren tot een slechtere reputatie bij andere ziekenhuizen of toezichthoudende organisaties leidt, is er dus sprake van invloed vanuit de sociale omgeving.

Ten slotte kan ook het recht invloed hebben op deïmplementatie. Als wetten, contracten of gerechtelijke uitspraken het deïmplementeren van indicatoren verbieden, is er juridische druk om het deïmplementeren te veranderen.

Uitvoerende organisatie

De cultuur in de organisatie bestaat uit de normen, waarden en overtuigingen die op de werkvloer aanwezig zijn. Cultuur heeft daarmee een enorme omvang en daarmee zal elke poging het te operationaliseren onvolledig zijn. Er kunnen twee manieren worden onderscheiden waarmee wetenschappelijke disciplines omgaan met het meten van cultuur. Cultuur kan meetbaar worden gemaakt met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst, er wordt dan op een bepaald aspect van cultuur geconcentreerd (Kwantes & Glazer, 2017). Welke aspecten van cultuur van belang zijn, kan verschillend worden ingevuld. Deze methode biedt de mogelijkheid om naar specifieke relaties te kijken, maar vermindert de verklarende kracht van cultuur door zich te beperken tot een paar culturele aspecten. Cultuur kan daarnaast als holistisch geheel worden opgevat, als een verscheidenheid aan contextuele factoren dat niet gemakkelijk kan worden versmald (Kwantes & Glazer, 2017).

Voor de invloed van cultuur op het succes van deïmplementatie is het echter niet noodzakelijk om een algeheel beeld van de cultuur te krijgen, het is immers de 'perceptie van passendheid' tussen cultuur en deïmplementatie die van belang is. Als ZIRE met de cultuur van een ziekenhuisafdeling contrasteert, gaat dat ten koste van de uitvoering van het beleid. Zorgverleners moeten ZIRE vinden passen bij hun gedeelde waarden, bij wat zij belangrijk vinden. Dit is het geval als zij de doelen van ZIRE vinden passen bij de doelen van de afdeling. Daarnaast moeten zij ZIRE ook vinden passen bij hun overtuigingen; worden de veronderstellingen van ZIRE gedeeld door de uitvoerders? Dit kan zichtbaar zijn in hun verwachtingen. Als zorgverleners bij aanvang verwachtten dat ZIRE effectief zou zijn, sluiten de opvattingen van de afdeling bij ZIRE aan. Dit geldt ook als zorgverleners vinden dat deïmplementatie de juiste wijze is om de doelen van de afdeling te bereiken.

Ook voor leiderschap geldt dat de passendheid tussen leiderschap en deïmplementatie, en niet het leiderschap an sich, van belang is voor succesvolle deïmplementatie. Leiderschap speelt zich af in een groep, de afdeling, is sociaal van aard en draait om het behalen van een gemeenschappelijke doel, het uitvoeren van ZIRE (Chemers, 1997). Het is een proces waarbij een persoon anderen stimuleert om ZIRE succesvol uit te voeren, maar het kan ook afwezig zijn, mogelijk zijn zorgverleners door niemand gestimuleerd en hebben zij geen leiderschap ervaren. Het kan zorgverleners zelfs demotiveren als de manier van stimuleren niet passend is. Als zorgverleners zich door een individu gestimuleerd voelen om ZIRE uit te voeren is er passend leiderschap geweest, als iemand de zorgverleners heeft geprobeerd te stimuleren met averechts effect of als de zorgverleners door niemand gestimuleerd zijn, is er geen passend leiderschap geweest.

Uitvoerders

Weten en kunnen

Uitvoerders moeten op de hoogte zijn van het bestaan van ZIRE om het uit te kunnen voeren en voldoende kennis ervan hebben zodat er geen interpretatie gebaseerd op eigen inzichten nodig is. Het weten is aanwezig als de zorgverleners weten dat ZIRE op de afdeling wordt

uitgevoerd, zij weten welke doelstellingen het heeft, welke instrumenten het bevat en als zij weten hoe zij het moeten uitvoeren. In het geval van ZIRE zijn de doelstellingen een doelmatige en effectieve verantwoording, het vergroten van intrinsieke motivatie om kwaliteitsverbeteringen toe te passen en een groter aantal kwaliteitsverbeteringen. De instrumenten zijn het stoppen van het aanleveren van indicatoren, het efficiënter inrichten van het registratiesysteem en het inzetten van administratieve medewerkers om de zorgverleners bij het registreren te ontlasten.

Het kunnen wordt bepaald door de competenties van de uitvoerders en de beschikbare middelen. Een uitvoerder is competent als hij of zij over de minimale vaardigheden beschikt om ZIRE uit te kunnen voeren. Deze benodigde vaardigheden zijn niet universeel, maar zijn afhankelijk van het beleid en de lokale omstandigheden. De kennis van die omstandigheden en de benodigheden voor de praktijk is grotendeels aanwezig bij de lokale uitvoerders, zoals we zagen in de bespreking van het bottom-up-model. Competentie is hierom geoperationaliseerd als de ervaring van zorgverleners dat zij de vaardigheden hebben die zij noodzakelijk achten voor de uitvoering van ZIRE. De beschikbare middelen kunnen in verschillende vormen aanwezig zijn en zijn geoperationaliseerd in een drietal indicatoren: zorgverleners ervaren dat er voldoende geld beschikbaar is om ZIRE uit te kunnen voeren, dat de ondersteuning van de ICT voor de uitvoering van ZIRE voldoet en dat de zorgverleners voldoende tijd krijgen om ZIRE uit te voeren.

Willen en moeten

In implementatieonderzoek wordt vaak geen onderscheid gemaakt in typen motivatie, maar wordt vaak impliciet van intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie van interne oorsprong uitgegaan. Motivatie wordt dan gekoppeld aan termen als verlangen, intentie en willen en staat juist los van prikkels en regels (Coolsma en Van Montfort 2014; Flottorp et al., 2013; Kaplan et al., 2012). Motivatie betekent hier dus intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie van interne oorsprong. Er is sprake van gemotiveerde uitvoerders als zij voldoening krijgen van de uitvoering of als zij voldoening krijgen van de opbrengsten ervan. Tevredenheid met opbrengsten die door anderen tot stand komen zoals financiële beloning of voorkomen van sancties wordt dus nadrukkelijk niet tot motivatie gerekend.

Het moeten ontstaat daarentegen wel buiten de zorgverlener zelf. De uitvoerders voelen zich gedwongen om te deïmplementeren als er toezicht wordt gehouden of als er sancties kunnen volgen bij onvoldoende uitvoering.

Tabel 4. Overzicht van de gemeten variabelen en hun indicatoren

Variabelen	Indicatoren
Mate van het succes van deïmplementatie	Het aantal indicatoren dat niet langer door zorgverleners wordt geregistreerd
Ambigüiteit	ZIRE heeft meerdere doelen zonder rangschikking naar prioriteit
	De wijze waarop gedeïmplementeerd moet worden is niet eenduidig in het projectplan beschreven
	De doelen die met deïmplementatie bereikt moeten worden zijn niet eenduidig in het projectplan beschreven
	De respondenten hebben de doelen anders opgevat dan het in het projectplan is omschreven

	De respondenten hebben de instrumenten anders opgevat dan het in het projectplan is omschreven
	De respondenten hanteren verschillende doelstellingen voor ZIRE
Economische omgeving	Het financiële budget van de afdeling is afgenomen
	De uitvoering van ZIRE leidt tot boetes
	De uitvoering van ZIRE leidt ertoe dat er minder geld aan de afdeling beschikbaar wordt gesteld door andere organisaties
Sociale omgeving	De uitvoering van ZIRE leidt tot een slechtere reputatie bij andere ziekenhuizen
	De uitvoering van ZIRE leidt tot een slechtere reputatie bij toezichthoudende organisaties
Juridische omgeving	Wetten verbieden de uitvoering van ZIRE
	Contracten verbieden de uitvoering van ZIRE
Cultuur	Zorgverleners vinden de doelen van ZIRE passen bij de doelen van de afdeling
	Zorgverleners hadden vooraf positieve verwachtingen van deïmplementatie
	Zorgverleners vinden deïmplementatie de juiste wijze om de doelen van de afdeling te bereiken
Leiderschap	Zorgverleners voelen zich door iemand in de organisatie gestimuleerd om indicatoren te deïmplementeren
Weten	Zorgverleners weten dat ZIRE op de afdeling wordt uitgevoerd
	Zorgverleners weten dat ZIRE het doel heeft om de intrinsieke motivatie te vergroten van zorgverleners om kwaliteitsverbeteringen toe te passen
	Zorgverleners weten dat ZIRE het doel heeft om verantwoording doelmatiger te maken
	Zorgverleners weten dat ZIRE het doel heeft om verantwoording effectiever te maken
	Zorgverleners weten dat ZIRE het doel heeft om het aantal kwaliteitsverbeteringen te vergroten
	Zorgverleners weten dat het stoppen van het aanleveren van indicatoren een instrument van ZIRE is
	Zorgverleners weten dat het efficiënter inrichten van het registratiesysteem een instrument van ZIRE is
	Zorgverleners weten dat het inzetten van administratieve medewerkers voor de ontlasting van zorgverleners een instrument van ZIRE is
	Zorgverleners weten welke handelingen zij voor ZIRE moeten verrichten
Kunnen	Zorgverleners hebben de vaardigheden die zij noodzakelijk achten voor de uitvoering van ZIRE
	Zorgverleners hebben voldoende budget om ZIRE uit te voeren

	Zorgverleners ervaren voldoende ondersteuning van ICT om ZIRE uit te voeren
	Zorgverleners ervaren dat zij voldoende tijd krijgen om ZIRE uit te voeren
Willen	Het uitvoeren van ZIRE geeft zorgverleners voldoening
	Zorgverleners vinden wat ZIRE oplevert waardevol
Moeten	Er wordt toezicht gehouden op hoe zorgverleners ZIRE uitvoeren
	Zorgverleners krijgen sancties als zij ZIRE niet uitvoeren

Afkortingen: ZIRE, experiment Zinvolle Registratie.

Dataverzameling

Data is middels interviews en documenten verzameld. De interviews zijn open afgenomen met een semi-gestructureerde vragenlijst waarin de vragen en de introductie vooraf zijn geformuleerd, maar de volgorde en formulering konden variëren afhankelijk van het verloop van het gesprek. Omdat doorvragen noodzakelijk is voor het goed begrijpen van de antwoorden en het onmogelijk is om vooraf elke relevante doorvraag te formuleren, is ervoor gekozen deze niet vooraf in een interviewprotocol vast te leggen. Een onafhankelijke onderzoeker heeft beoordeeld of de vragen duidelijk genoeg waren, goed aansloten bij de te onderzoeken fenomenen en of er van suggestieve vragen sprake was. Het interviewprotocol is opgenomen in bijlage 1. Om herleidbaarheid van de geïnterviewden te voorkomen zijn de uitspraken in de resultatensectie anoniem geciteerd. Citaten van het middenmanagement en de raad van bestuur worden daarbij samen onder de noemer manager geplaatst. De citaten van de respondenten zijn aangegeven met een code van het ziekenhuis waaruit ze afkomstig zijn: Rij voor het Rijnstate, Ra voor het Radboudumc, en UM voor het UMCG.

Daarnaast is het projectplan van ZIRE gebruikt voor een inhoudsanalyse en zijn de lokale projectleiders gevraagd om alle indicatoren die bij aanvang van ZIRE geregistreerd werden vast te leggen en per indicator te noteren of er deïmplementatie heeft plaatsgevonden.

Respondentselectie

Om een overzicht te krijgen van de uitvoering van ZIRE en de factoren die het beïnvloeden is een diverse groep betrokkenen geïnterviewd. De geïnterviewden kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën: raad van bestuur, middenmanagement en werkvloer. De leden van de raden van bestuur hebben met name informatie gegeven over de omgeving. Zij hebben inzicht in de druk van overige organisaties en hoe daarmee wordt omgegaan. Daarnaast hebben zij, zij het op afstand van de werkvloer, een beeld geschetst van de uitvoerende organisatie en uitvoerders. Bovendien beschikken zij over informatie over de organisatorische kant van ZIRE, zoals de beschikbare middelen. Waar geldt dat de raden van bestuur op afstand staan van de uitvoerders, geldt dit in veel mindere mate voor het middenmanagement. Dit maakte hen geschikt om informatie te verschaffen over de organisatorische kant van ZIRE en de tijdens deïmplementatie opgespeelde problematiek. De zorgverleners op de werkvloer waren noodzakelijk om de kenmerken van de uitvoerders te onderzoeken. Daarnaast weten zij hoe de uitvoering er concreet heeft uitgezien, simpelweg omdat zij het hebben uitgevoerd. Het belangrijkste criterium voor de selectie van de interviewpartners was betrokkenheid bij ZIRE, hetzij omdat de interviewpartners het hadden uitgevoerd, hetzij omdat zij een rol hadden gespeeld bij de invoering ervan. Indien mogelijk werden daarbij interviewpartners

geselecteerd die voorafgaand aan ZIRE reeds in het ziekenhuis werkzaam waren, zodat zij kennis over de volledige uitvoering, van start tot einde, konden verschaffen en eventueel konden vergelijken met de situatie voorafgaand aan ZIRE. In samenspraak met de lokale projectleiders zijn de interviewpartners geselecteerd en benaderd. Per case zijn er negen interviews verricht: één interview met een lid van de raad van bestuur, vier interviews met het middenmanagement en vier interviews met de werkvloer (zie tabel 5). Indien er na deze interviews geen saturatie was opgetreden, werd het aantal interviews uitgebreid.

Tabel 5. Overzicht van het aantal gehouden interviews per ziekenhuis per respondentencategorie

	Rijnstate	Radboudumc	UMCG
Raad van bestuur	1	1	1
Middenmanagement	4	4	5
Zorgverleners	4	4	4

Data-analyse

De interviews zijn verbatim getranscribeerd en met behulp van ATLAS.ti 8.4.2 gecodeerd. De coderingen zijn aan de hand van de dimensies van de deïmplementatiefactoren opgesteld. Het codeerschema is tezamen met een voorbeeld opgenomen in bijlage 2. De eerste empirische deelvraag, in welke mate de indicatoren zijn gedeïmplementeerd, wordt voor een belangrijk deel beantwoord door het overzicht van de gedeïmplementeerde indicatoren van de lokale projectleiders, aangevuld met de data van de interviews. Idealiter zou in interviews per indicator de uitvoering worden besproken, maar de grote omvang van de indicatoren en het beperkte overzicht van de zorgverleners, invullen van indicatoren is immers niet de kern van hun beroep, maakt dit in praktijk onmogelijk. De tweede empirische deelvraag, welke factoren een verklaring bieden voor de mate waarin de deïmplementatie heeft plaatsgevonden, wordt beantwoord met behulp van de interviews en een inhoudsanalyse van het projectplan. De interviews met de raden van bestuur verschaften informatie over de omgeving, de interviews met het middenmanagement en de zorgverleners gaven met name kennis over de kenmerken van het beleid, de uitvoerende organisatie en de uitvoerders.

Validiteit en betrouwbaarheid

Er zijn verscheidene hulpmiddelen toegepast om de betrouwbaarheid en de interne validiteit van het onderzoek te waarborgen. Interne validiteit wijst op de afwezigheid van systematische vertekening bij het onderzoek, het wijst op meten wat je wil meten (Bleijenbergh, 2013). Betrouwbaarheid houdt in dat bevindingen niet worden vertekend door toevallige afwijkingen. De interviews zijn gehouden aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten, waarmee de betrouwbaarheid toeneemt. Door bij alle geïnterviewden dezelfde vragen te stellen wordt de kans kleiner dat de bevindingen worden vertekend door toevallige afwijkingen. Hiermee wordt eveneens de repliceerbaarheid van het onderzoek vergroot. Dat die vragen niet altijd op deze wijze geformuleerd zijn en dat het doorvragen wisselend is per geïnterviewde, vermindert daarentegen de betrouwbaarheid, maar het zorgt wel voor de flexibiliteit die nodig is om aan te sluiten bij het gespreksonderwerp, waarmee de interne validiteit versterkt wordt. Dat de interviews opgenomen en verbatim getranscribeerd zijn, maakt het mogelijk om de dataverzameling letterlijk te controleren, hetgeen de betrouwbaarheid ten goede komt.

Er is, ondanks pogingen een zo breed mogelijk palet aan actoren binnen de centra te spreken, waarschijnlijk in enige mate een selectiebias opgetreden. Betrokkenen zijn

waarschijnlijk meer geneigd te participeren in het onderzoek als zij een sterke mening, positief of negatief, hebben over ZIRE. Betrokkenen die onverschillig tegenover ZIRE staan, zijn waarschijnlijk minder bereid mee te doen in onderzoek ernaar. Daarnaast kan er vertekening door strategische beantwoording zijn opgetreden. Het is mogelijk dat interviewpartners een positiever beeld hebben geschetst van de werkelijkheid. Door middel van doorvragen en het combineren van data uit verschillende gesprekken wordt geprobeerd dit zo veel mogelijk tegen te gaan, maar enige vertekening blijft mogelijk.

De operationalisaties van de deïmplementatiefactoren zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, maar zijn geen onderdeel van een gevalideerd meetinstrument. De betrouwbaarheid en validiteit zijn dus niet in afzonderlijke studies getoetst en kunnen mogelijk aangescherpt worden. De interviewvragen zijn beoordeeld door een onafhankelijke onderzoeker om onduidelijke of suggestieve vragen te voorkomen. Daarnaast zijn bij aanvang van het coderen enkele interviews door een onafhankelijke onderzoeker gecodeerd, waarna tezamen de overeenkomsten en verschillen in coderingen zijn besproken en bijgesteld om intercodeurbetrouwbaarheid, overeenstemming tussen codeurs over het gebruik van coderingen, te bewerkstelligen. Hoe groter de intercodeurbetrouwbaarheid, hoe zuiverder de interpretatie van de data. Peer debriefing, het voorleggen van de inhoudsanalyse aan andere onderzoekers, heeft deze thesis verder versterkt. Onderzoekers hebben data en de interpretatie hiervan in conceptversies van het resultatenhoofdstuk beoordeeld, waarna indien nodig uitbreiding, nuancering of verdere onderbouwing plaatsvond. Tot slot heeft het gebruik van member check de betrouwbaarheid vergroot. De lokale projectleiders hebben feedback op de interpretatie van de data gegeven en zijn in de gelegenheid gesteld om correcties voor te stellen.

Resultaten

In het komende deel zal ik bespreken in hoeverre de deïmplementatie in de drie ziekenhuizen succesvol was en of de vijf hypothesen hier een verklaring voor kunnen bieden. Eerst zal de mate van deïmplementatie worden besproken, hierna volgen de vijf mogelijke verklaringen: ambiguïteit, omgeving, organisatiecultuur, stimulerend leiderschap en de kenmerken van de uitvoerders.

Mate van deïmplementatie

Er zijn grote verschillen in hoe de ziekenhuizen hebben gedeïmplementeerd. Het Radboudumc heeft het meeste de aanlevering en registratie van indicatoren gestaakt. Het Rijnstate en het UMCG hebben meer gebruik gemaakt van efficiënter registreren en de inzet van administratieve medewerkers. Enkele indicatoren van het UMCG zijn niet aangepast.

Ook de zorgverleners van de drie ziekenhuizen beschrijven de mate van deïmplementatie verschillend. In geen van de ziekenhuizen zijn er indicatoren die op papier niet, maar in de praktijk wel moeten worden geregistreerd. Toch registeren zorgverleners op eigen initiatief soms meer dan nodig. In het Radboudumc lijkt dit minder het geval te zijn dan in het Rijnstate en het UMCG.

Rijnstate

De oncologieketens registreerden voorafgaand aan ZIRE 122 indicatoren, waarvan 15 zinvol werden bevonden. Tijdens ZIRE zijn ze gestopt met het aanleveren van 9 indicatoren, 7 hiervan zijn gestaakt in overleg met de IGJ. Er was geen goedkeuring voor vrijstelling van de Transparantiekalender of de wetenschappelijke verenigingen. De indicatoren van het keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuis en de normen van de Stomavereniging vervielen doordat beide keurmerken opgeheven zijn. Daarnaast zijn er 60 indicatoren waarbij de registratie door iemand anders dan een zorgverlener werd verricht en 38 indicatoren waarbij de registratie efficiënter is ingericht. In totaal zijn dus 9 van de 107 indicatoren volledig gestaakt (8%) en is de rol van zorgverleners bij alle indicatoren verkleind.

De zorgverleners onderschrijven dat de indicatoren op de werkvloer zijn gedeïmplementeerd. Toch vonden er afhankelijk van tijd en persoon nog registraties plaats die niet langer noodzakelijk waren. Met name aan het begin van het experiment werd ZIRE niet als dusdanig uitgevoerd. Naarmate het experiment vorderde werd de nieuwe werkwijze door een steeds groter aantal zorgverleners gehanteerd. Een verpleegkundige vertelt bijvoorbeeld dat in het begin pijnscores toch geregistreerd werden: 'aan het begin toen wilde nog bijna niemand eraan hoor' (Rij11). Daarnaast wisselde de mate van deïmplementatie per persoon. Een aantal registraties werden bijvoorbeeld voorheen op meerdere plaatsen in het dossier neergezet en sommige zorgverleners handhaafden dit dubbel registreren: 'er zijn een aantal collega's geweest die zeggen ik wil het toch in mijn rapportage (...) het is ook maar net hoe ze het per persoon vormgeven' (Rij10).

Radboudumc

De IC registreerde voorafgaand aan ZIRE 102 indicatoren, waarvan 16 werden geselecteerd. Tijdens ZIRE stopte ze met het registreren en aanleveren van 61 indicatoren. Voor 54 hiervan werd vrijstelling verleend, voor 7 indicatoren werd eenzijdig besloten niet aan te leveren. Daarnaast zijn er 9 indicatoren waarbij de registratie door iemand anders dan een zorgverlener is verricht en 16 indicatoren waarbij de registratie efficiënter is ingericht. In

totaal zijn dus 61 indicatoren van de 86 gestopt (71%) en is de inbreng van zorgverleners bij alle indicatoren verminderd.

Uit de interviews blijkt eveneens dat zorgverleners de indicatoren hebben gedeïmplementeerd en niet langer registreren. Soms deïmplementeren zij zelfs te veel, zo zegt een arts: 'we zien juist een beetje overshoot in de dingen die nog wel geregistreerd moeten worden, dat die ook minder geregistreerd worden. Dat mensen bijvoorbeeld de pijn niet meer registreren, maar daardoor ook de delierscore niet altijd meer netjes invullen' (Ra15). Een verpleegkundige schets hetzelfde beeld: 'als mensen iets niet in hoeven te vullen, dan vullen ze het niet in. Nee, dat gaat heel snel uit het systeem van mensen hoor.' (Ra16). Toch vonden ook in het Radboudumc nog registraties plaats die niet langer nodig waren: 'ik vind het niet lastig, maar ik merk dat het lastig is voor sommige mensen (...). Ik zie nog steeds dat vinkjes gezet worden.' (Ra19).

UMC Groningen

De afdeling hematologie van het UMCG registreerde voorafgaand aan ZIRE 66 indicatoren. Met ZIRE werden er 5 nieuwe indicatoren geïntroduceerd en in totaal 15 indicatoren zinvol bevonden. De afdeling kreeg vrijstelling van de IGJ, waarmee 9 indicatoren niet meer geleverd hoefden te worden. Geen van de wetenschappelijke verenigingen gaf goedkeuring voor vrijstelling. Voor 9 indicatoren is de registratie efficiënter ingericht en bij 27 indicatoren is de registratie door iemand anders dan een zorgverlener verricht. In totaal zijn daarmee 9 van de 56 indicatoren geheel losgelaten (17%) en is bij 45 indicatoren de rol van zorgverleners gereduceerd. Bij 11 indicatoren heeft er geen aanpassing plaatsgevonden (20%).

In de interviews noemen de zorgverleners dat een grote groep deïmplementatie volledig toepast, maar dat er wel extra zaken worden genoteerd: 'we geven onze eigen invulling aan een aantal dingen die we essentieel vinden voor de overdracht van gegevens. Dat is een soort eigenwijsheid. En daarom neemt de rapportage nog steeds tijd.' (UM24).

Succesvolle deïmplementatie?

ZIRE bestaat uit het gestructureerd stoppen van registreren. De mate van het succes ervan is het aantal registraties dat zorgverleners niet langer verrichten. De data laten zien dat dit aantal geen specifiek getal is, omdat het afhangt van de deïmplementatiemethode en van het individu. Het stoppen van (het aanleveren van) indicatoren biedt de zekerheid dat de zorgverleners niet meer verplicht zijn te registreren, maar bij de methoden van efficiënter registreren en overname door administratieve medewerkers geldt dit in mindere mate. Soms hoeven zorgverleners dan niets meer te registreren, bijvoorbeeld omdat de ICT automatisch gegevens genereert, vaak blijft er echter wel een noodzaak om te registreren maar wordt dit eenvoudiger gemaakt door het aantal te vinkjes te verminderen of het aantal plekken waar geschreven moet worden terug te dringen. Zorgverleners deïmplementeren dan gedeeltelijk.

Daarnaast verschilt het aantal indicatoren dat niet langer wordt geregistreerd per persoon. Zelfs als het aanleveren is gestopt en registratie geen doel dient, registreren sommige zorgverleners bepaalde indicatoren nog. De mate van deïmplementatie is dus ook een persoonlijk gegeven.

Ondanks dat succes daarmee niet in één getal is uit te drukken, is het mogelijk iets te zeggen over het succes van de deïmplementatie in de drie ziekenhuizen. Het Radboudumc heeft het merendeel van de indicatoren volledig losgelaten en er lijkt weinig extra geregistreerd te worden door de zorgverleners. Er is dus sprake van een grote mate van succes. De deïmplementatie in Rijnstate is door minder indicatoren volledig los te laten

minder succesvol dan in het Radboudumc, maar alle indicatoren zijn minstens gedeeltelijk gedeïmplementeerd. Daarnaast lijkt het aandeel zorgverleners dat meer registreert dan nodig, hoewel groter dan in het Radboudumc, een minderheid. De deïmplementatie is dus in redelijke mate succesvol. In het UMCG is een deel volledig losgelaten, een deel niet gedeïmplementeerd en een meerderheid deels gedeïmplementeerd. Ook lijken zorgverleners soms meer te registreren dan nodig. De deïmplementatie in het UMCG is daarmee matig succesvol en het minst succesvol van de drie ziekenhuizen.

Verklarende factoren

Ambigüiteit van beleid

De ambigüiteit van het beleid is gemeten door de prioritering van de doelen en de eenduidigheid van de doelen en instrumenten van ZIRE in het projectplan te onderzoeken. Daarnaast is met behulp van de interviews onderzocht of de betrokkenen de doelen en instrumenten eenduidig opvatten en of ambigüiteit ertoe heeft geleid dat de betrokkenen verschillende doelen hadden bij de deïmplementatie.

Eenduidige doelen

ZIRE heeft meerdere doelen. Het moet het aantal kwaliteitsverbeteringen verhogen, intrinsieke motivatie van zorgverleners om aan zorgkwaliteit te werken vergroten en de verantwoording effectief en doelmatig laten plaatsvinden. Deze doelen worden expliciet in het projectplan beschreven, behoudens het doel om het aantal kwaliteitsverbeteringen te vergroten, dat impliciet in het beleidsplan wordt genoemd: 'dit projectvoorstel beschrijft een experiment (...) voor optimale interne kwaliteitsverbeteringen' (projectplan ZIRE, 2017, p.4).

De doelen zijn merendeels eenduidig. Het vergroten van het aantal kwaliteitsverbeteringen is een ondubbelzinnig doel. Ziekenhuisafdelingen voeren gedurende een jaar verschillende acties uit om de zorgkwaliteit te verbeteren, van het aanpassen van medische protocollen tot het maken van afspraken om bepaalde termen in de communicatie met patiënten te mijden, en ZIRE wilt dit aantal verhogen. De betrokkenen van alle ziekenhuizen vatten dit doel zoals beschreven op, alleen in Rijnstate wordt er daarnaast een andere betekenis gegeven aan kwaliteitsverbetering. Enkele geïnterviewden hadden het doel om kwaliteit te verbeteren door middel van het versterken van de professionaliteit van de verpleegkundige: 'voor mij is het doel voor verpleegkundigen om minder te registreren, zodat alleen maar geregistreerd wordt wat belangrijk is, zodat dat ook wat meer zichtbaar wordt en mensen zich wat minder vasthouden aan lijstjes, maar zich meer gaan vasthouden aan dingen die er echt toe doen.' (Rij13). Een verpleegkundige die beter begrijpt wat van belang is in zijn of haar werkzaamheden, levert betere kwaliteit van zorg. Deze dubbele opvatting van kwaliteit heeft het succes van deïmplementatie waarschijnlijk niet verminderd, omdat de deïmplementatie van indicatoren als middel centraal blijft staan.

De doelstelling om de intrinsieke motivatie van zorgverleners te vergroten is eveneens eenduidig. De betrokkenen van de ziekenhuizen interpreteerden dit correct als het vergroten van het aan de slag willen gaan met kwaliteit. Dit geldt ook voor doelmatige verantwoording, omdat de auteurs duidelijk maken dat hiermee het verminderen van registratielast wordt beoogd. Zorgverleners zouden door ZIRE minder tijd aan registreren moeten besteden. Alle betrokkenen vatten doelmatige verantwoording ook als zodanig op.

Effectieve verantwoording is daarentegen niet eenduidig, want er zijn meerdere interpretaties mogelijk. Men zou verantwoording bijvoorbeeld effectief kunnen noemen als het de dienstverlening verbetert, maar bijvoorbeeld eveneens als het toezichthouders

afdoende informatie biedt om tot behoorlijke oordeelsvorming te komen. Het projectplan geeft geen nadere beschrijving van wat effectieve verantwoording inhoudt, ook niet impliciet. Bovendien zijn de overige doelen in eenheden, zoals tijd, uit te drukken en gedurende het experiment ook gemeten, maar geldt dit voor effectieve verantwoording niet. Geen van de geïnterviewden noemde effectieve verantwoording als doel, de interpretatie van effectieve verantwoording door zorgverleners is dus onduidelijk. Mogelijk had het doel meer op de voorgrond gestaan als het minder ambigu was geweest. Het gebrek aan eenduidigheid heeft waarschijnlijk geen negatieve invloed gehad op het succes van de deïmplementatie, de overige doelen gaven immers voldoende richting om te deïmplementeren.

Eenduidige instrumenten

De instrumenten van ZIRE zijn grotendeels eenduidig. Zorgverleners moeten een set zinvolle indicatoren selecteren en niet gekozen indicatoren dienen te worden gedeïmplementeerd. Het deïmplementeren van indicatorenregistraties door zorgverleners kan door indicatoren niet langer te registreren of door het registratieproces efficiënter in te richten. Efficiënter registreren bestaat bijvoorbeeld uit het schrappen van dubbele registraties, het hergebruiken van registraties voor meerdere indicatoren of door administratieve medewerkers de registraties te laten verrichten.

Hoe deze instrumenten moeten worden uitgevoerd, is niet nader omschreven. Het laten selecteren van zinvolle indicatoren door zorgverleners is een proces dat op meerdere manieren kan worden uitgevoerd en er wordt geen richtlijn gegeven hoe dit behoort te worden gedaan. Desondanks is het eenstemmig in de drie ziekenhuizen uitgevoerd met delphi-studies. Bovendien heeft dit geen invloed op het succes van deïmplementatie, omdat de selectie van te deïmplementeren indicatoren juist de maatstaf vormt waaraan het succes wordt afgelezen. Er is ook geen richtlijn over hoe het registratieproces efficiënter ingericht moet worden, hoewel een nauwgezette omschrijving van aanpassingen wellicht onmogelijk is omdat elk ziekenhuis zijn eigen inefficiënties zal hebben. Ook dit is door de betrokkenen eenstemmig uitgevoerd, met nadruk op het verminderen van het aantal plaatsen waar geregistreerd moet worden en reductie van het aantal te zetten vinkjes. Het schrappen van het registreren en aanleveren van indicatoren en het laten registreren door administratieve medewerkers zijn daarentegen instrumenten die niet op verschillende manieren uit te voeren zijn. Concluderend heeft de ambiguïteit wat betreft de instrumenten in het projectplan van ZIRE door de homogeniteit in de uitvoering geen gevolgen gehad voor het succes van deïmplementatie.

Geen hiërarchie

In het projectplan van ZIRE zijn de doelen niet hiërarchisch naar belang geordend. Dit kan verklaren waarom de betrokkenen andere doelen centraal zetten. Er zijn grote verschillen in wat de betrokkenen met ZIRE willen bereiken, zowel tussen de beroepsgroepen als tussen de drie ziekenhuizen. Een groot aantal doelen maakt het mogelijk, en misschien wel onoverkomelijk, dat bij de uitvoering de nadruk op enkele specifieke doelen komt te liggen.

Bij de zorgverleners stond het verminderen van de registratielast voorop: '[ZIRE is] nodeloze registraties schrappen, waardoor wij wat meer tijd hebben voor de echte zorg zoals ik dat noem' (Rij14) en 'ZIRE was om de registratielast, die er natuurlijk ontzettend is met allerlei lijstjes, hopelijk wat te gaan verminderen.' (Ra16). Voor de managers waren vooral andere doelen belangrijk. Met ZIRE wilden de meesten van hen zorgverleners centraal zetten. Zij wilden met name zorgverleners intrinsiek motiveren en voorzien van nuttigere informatie

zodat zij meer kwaliteitsverbeteringen konden doorvoeren: 'dat ze het idee hebben dat is nuttig (...), omdat ze het belangrijk vinden, omdat ze zo de zorg kunnen evalueren of verbeteren.' (Rij12), 'Het gaat er eigenlijk om, als je iets zelf kiest en je het eigenaarschap terugkrijgt, dat je ook weer veel meer geneigd bent om iets met die informatie te doen en om je zorg op basis van die cijfers te verbeteren.' (Ra5). De registratielast was daarbij vaak niet van belang: 'We hebben het ZIRE-project niet ingezet als een manier om de registratielast te verminderen, maar als een enorme mogelijkheid om je te kunnen focussen op de dingen die er in onze ogen toe deden.' (Ra1). Deze discrepantie in gestelde doelen had waarschijnlijk geen groot effect op het succes van de deïmplementatie. De zorgverleners waren gretig om de indicatoren te deïmplementeren om zo minder registratielast te hebben, de managers hebben de zorgverleners centraal gezet en hen ondersteund om te doen wat zij belangrijk vonden bij ZIRE. De ambiguïteit en daarmee discrepantie in doelen heeft waarschijnlijk wel gevolgen gehad voor de betrokkenheid van de zorgverleners bij kwaliteitsverbeteringen. Omdat dit hun doel niet was, hebben zij waarschijnlijk minder kwaliteitsverbeteringen aangedragen dan mogelijk. Dit staat echter los van hun inzet bij het deïmplementeren van indicatoren.

Daarnaast heeft de ambiguïteit tot verschillen in de doelen van de drie ziekenhuizen geleid. In vergelijking met de andere ziekenhuizen lag de nadruk in Rijnstate op registratielast en het versterken van de professionaliteit van de verpleegkundige. Dit heeft waarschijnlijk een grote invloed gehad op de uitvoering van ZIRE. Rijnstate heeft zich niet alleen op het verminderen van registratielast door indicatoren gericht, maar ook op het verminderen van de registratielast van de dagelijkse zorg. Het merendeel van wat zorgverleners in het patiëntendossier optekenen is immers niet voor de verantwoording aan toezichthouders, maar dient de communicatie aan collega's zodat zij weten waar de patiënt last van heeft, welke acties zijn ondernomen en welke overwegingen er zijn gemaakt. Tijdens ZIRE werd de manier van noteren aangepast, de niet afwijkende zaken hoefden niet langer te worden opschreven, waarmee ZIRE zich dus naar zinvolle dossiervoering in het algemeen verbreedde. Deze verbreding werd ook door de betrokkenen ervaren: 'Ik denk dat je binnen Rijnstate twee trajecten kunt herkennen. De ene is rondom de indicatoren. Daarnaast hebben we tegelijkertijd ontdekt dat er mogelijkheden waren om minder te registreren bij onderdelen die niet aan de indicatoren gekoppeld waren.' (Rij3). Deze verbreding lijkt een gevolg van de ambiguïteit, omdat het aanpassen van de notaties van de dagelijkse zorg een logische vervolgstap is als lastenreductie en het versterken van verpleegkundig handelen centraal staan. Want waarom zou men zich alleen concentreren op het registreren van indicatoren als er meer winst te behalen valt bij registreren in het algemeen? Het effect op het succes van deïmplementatie lijkt niet groot. Het is voorstelbaar dat de deïmplementatie van indicatoren relatief aan belang inboette en dat er daardoor minder is ingezet op vrijstelling, maar dit was volgens de gesprekspartners niet aan de orde: 'vrijstelling heeft daar op deze punten geen rol in gespeeld' (Rij3). Ook stellen zij dat het geen negatieve invloed heeft gehad op de prioriteit van de deïmplementatie van indicatoren.

In het Radboudumc lag de nadruk relatief meer op het includeren van kwaliteit van zorg in de werkzaamheden van de zorgverlener. Dit heeft waarschijnlijk in belangrijke mate de genomen maatregelen bepaald. Vaak kwam dit ten goede aan het succes van deïmplementatie, bijvoorbeeld als het management zorgverleners stimuleerde zelf over het experiment na te denken waardoor zij gemotiveerd raakten, soms ten nadele. De keuze om het DIM-systeem, waar zorgverleners incidenten melden, af te schaffen, waardoor zij zelf de verbeteringen na incidenten moesten oppakken, is een voorbeeld van inclusie van

kwaliteitsverbeteringen in de werkzaamheden dat gepaard ging met veel weerstand en daardoor onwil om ZIRE uit te voeren. De nadruk op kwaliteit betekende ook dat de blik gericht bleef op de indicatoren, wat de deïmplementatie waarschijnlijk ten goede kwam.

In het UMCG is de betekenis van ZIRE over de tijd verschoven. In eerste instantie dachten betrokkenen met ZIRE met name registratielast te gaan verminderen, maar later kwam het patiëntenperspectief meer op de voorgrond te staan. Zinnige registratie verschoof van afscheid nemen van niet-zinnige indicatoren naar nadruk op wel zinnige registraties. Dat het UMCG als enige ziekenhuis eigen indicatoren heeft toegevoegd, toont bijvoorbeeld deze nadruk. Een manager vertelt over die verschuiving: 'Heb je 2500 parameters nodig om [kwaliteit] vast te leggen? (...) dat was de reden om te zeggen: laten we kijken of we dat met minder kunnen doen. En uiteindelijk is die gedachte geëvolueerd en heeft het woord zinvol toch wel een andere betekenis gekregen, in die zin dat (...) we een model hebben omarmd waarbij we niet alleen naar de ziekte an sich kijken, maar ook naar het functioneren' (UM2). De nadruk op het includeren van het patiëntenperspectief in de indicatoren heeft waarschijnlijk grote invloed gehad op de uitvoering van ZIRE en op het succes van deïmplementatie. Als registratielast niet van belang is, ontbreekt het ook aan de urgentie om te deïmplementeren. Dit kan verklaren waarom het het UMCG lijkt ontbreken aan de wil om het lange traject van vrijstelling verkrijgen in te gaan en waarom het UMCG als enige de registratie van sommige indicatoren niet heeft aangepast.

Omgeving

De economische, sociale en juridische omgeving lopen door elkaar heen. De drie ziekenhuizen zijn omringd met organisaties waaraan zij indicatoren leveren en deze organisaties kunnen wetten, boetes of reputatieverlies inzetten om te voorkomen dat deze leveringen stoppen. Om hiervan gevrijwaard te blijven, werd samen met deze organisaties onderhandeld over een vrijstelling voor het aanleveren van indicatoren. Met welke organisaties vrijstelling is besproken, verschilt per ziekenhuis, maar er valt een indeling te maken in de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Transparantiekalender van ZIN, de wetenschappelijke verenigingen en de accreditatie-organen.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Gezien alle drie de ziekenhuizen indicatoren leverden aan de IGJ werd besloten tot een gezamenlijk overleg over vrijstelling. De IGJ ging initieel niet akkoord: 'er was niet alleen weerstand, er was eigenlijk een absoluut nee van de Inspectie' (Rij3). Er worden verschillende redenen genoemd voor deze afwijzing: de IGJ wilde vooraf weten 'welke set indicatoren ZIRE zou hanteren' (Rij4), de IGJ hanteerde de 'gedachte dat je vooral ook procesindicatoren nodig hebt om goed inzicht in kwaliteit van zorg te krijgen' (Rij3), de IGJ had 'niet de durf of de drive of de motivatie om open te staan voor nieuwe vormen van toezicht' (Rij3) en het zou aan de personen liggen die op dat moment binnen de IGJ de leiding hadden: 'de IGJ-mensen zitten in zo'n vast stramien en er zijn maar twee of drie mensen daar enthousiast over ZIRE' (Ra5). Na ongeveer twee jaar met meerdere overleggen met de ziekenhuizen en het ministerie van VWS, en inzicht in de te hanteren set indicatoren, besloot de IGJ akkoord te gaan met vrijstelling. De personele wijzigingen binnen de IGJ (R3, R5), de invloed van VWS (Rij3) en een nieuwe werkwijze van de IGJ (Rij4) worden als oorzaken voor dit akkoord genoemd. Zo zegt een manager: 'in de Inspectie waren ze toen bezig met een beoordelingskader vertrouwen. (...) Nou als je dat serieus neemt als Inspectie, dan kon je eigenlijk niet meer zeggen dan willen we [ZIRE] niet.' (Rij4).

Toestemming van de IGJ was van belang voor de deïmplementatie van ZIRE, omdat de indicatorenlevering wettelijk verplicht is, maar ook omdat toestemming van de IGJ als noodzakelijk werd gezien om de legitimiteit van ZIRE te vergroten. Toestemming van de IGJ zou helpen om de overige organisaties te overtuigen van vrijstelling. Zo vertelt een manager: 'zonder de IGJ-vrijstelling was het gestaakt. De IGJ heeft toestemming gegeven als een soort overruler van al die andere registraties. (...) dus dat gaf ons wel heel veel krachten van oké, als IGJ al zegt 'we ondersteunen het', dan kunnen we in ieder geval van start. Dan hebben we iets' (UM6).

Transparantiekalender Zorginstituut Nederland

Ook voor de vrijstelling van de Transparantiekalender van ZIN vond gezamenlijk overleg plaats, omdat zowel Rijnstate als het Radboudumc hieraan indicatoren leverden. Het ZIN stond welwillend tegenover vrijstelling, maar vond dat de organisaties die de Transparantiekalender gebruiken deze toestemming moesten geven. Hierom werd in gesprek gegaan met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiëntenfederatie, die vrijstelling afwezen. Managers vertellen hierover: 'toen zei het Zorginstituut van nou, goed idee. Ga maar aan de slag, maar wij vinden wel dat de onderliggende partijen waar we overleg mee hebben zich daarin moeten kunnen vinden.' (Rij3), 'Die [Patiëntenfederatie] zei: we hebben zo hard gewerkt voor het transparant krijgen van allerlei indicatoren, waardoor patiënten goed kunnen afwegen of ze, en naar welke plek ze toe gaan. En als wij nu deze pilot toestaan, dan verliezen we iets wat heel belangrijk is in het keuzepalet van die patiënten' (Ra7) en 'vanuit de zorgverzekeraars is het hetzelfde: we hebben het nu eenmaal afgesproken en in de benchmark met andere ziekenhuizen vinden wij het dus heel belangrijk dat het blijft zoals het is.' (Ra7).

De twee ziekenhuizen gingen verschillend om met deze afwijzing. Rijnstate besloot zich te schikken en de indicatoren aan te blijven leveren, het Radboudumc besloot tegen de wens in van de Patiëntenfederatie en ZN geen gegevens te versturen. Dit verschil lijkt voort te vloeien uit strategische keuzes en de omvang van de omgevingsdruk.

Het management van Rijnstate overwoog om zonder toestemming de indicatoren niet aan te leveren, maar zij besloten hiervan af te zien vanwege juridische, financiële en reputatie-overwegingen: 'dat hebben we wel overwogen. Maar dan ben je echt in overtreding en overtreedt je ook een wet' (Rij3), 'Er zitten boetes op. Dan krijg je een hele negatieve beeldvorming' (Rij3). Behoudens deze mogelijke negatieve gevolgen was het ook een strategische keuze om de gegevens volledig aan te leveren: 'We hebben ook wel bedacht, zullen we gewoon burgerlijk ongehoorzaam zijn? Maar weet je, dat wil ik best zijn op momenten, maar ik dacht dat gaat op de lange termijn niet helpen. Daarvoor zijn we te klein. Kijk, als 80% van de ziekenhuizen dat gaat doen, then we're talking. Dat is een krachtig signaal. Maar als alleen het Radboud en Groningen en wij dat gaan doen, ja dan zijn we de odd ones out.' (Rij4). Omdat een strategie van burgerlijke ongehoorzaamheid tot vervreemding van omringende organisaties zou kunnen leiden, werd gekozen voor een strategie op langere termijn om de Transparantiekalender van binnenuit te veranderen. Een manager zegt daarover: 'ik denk, op het moment dat de volgende fase van de Transparantiekalender ontstaat, dat we daar goed moeten opletten (...), dat we die partijen maximaal beïnvloed hebben, belobbyd hebben, om dit onderdeel daarin te krijgen.' (Rij4).

Men zou kunnen stellen dat Rijnstate inschatte dat zij te weinig macht hadden om weerstand te bieden aan de economische, sociale en juridische druk van ZN en Patiëntenfederatie. Als zij meer macht hadden gehad, bijvoorbeeld in de vorm van legitimiteit

als 80% van de ziekenhuizen naast hen zou staan, hadden zij waarschijnlijk de indicatoren niet aangeleverd en was de implementatie op dat vlak succesvoller geweest. Dat het inschatten van zowel de eigen macht als de macht van de ander invloed heeft op de uitvoering van de implementatie wordt nog duidelijker als de vergelijking met het Radboudumc wordt gemaakt.

Zoals genoemd kreeg ook het Radboudumc geen vrijstelling voor de Transparantiekalender. Desondanks besloten zij geen gegevens te versturen. Voor de betrokken managers was dat een vanzelfsprekendheid die voortvloeide uit de keuze mee te doen aan het experiment: 'We hebben gewoon gezegd, wij zitten in dit ZIRE-project en een voorwaarde om het ZIRE-project te laten slagen is ook dat we de rest van de onzin uiteindelijk niet meer doen. (...) Als je tegelijkertijd nog je oude manier van doen houdt, dan leer je niet vertrouwen op een andere manier van werken.' (Ra7).

Dat er met het afzien van levering mogelijk negatieve effecten zouden optreden, werd in ogenschouw genomen, maar werd gering ingeschat omdat de IC als afdeling een klein onderdeel is van de gehele gezondheidszorg en omdat de geleverde indicatoren niet sterk relevant lijken voor de betrokken organisaties. Een manager stelt: 'Plus dat dit zo'n kruimel is op al hun werk, dat ik dacht van waar maak je je nu druk over? Volgens mij ga je je daar ook helemaal niet druk over maken. Want het is zo klein hier voor alles wat jullie doen, dat ik ook daar niet zoveel geweld van verwacht. En zo wel, dan denk ik dat we een goed verhaal hebben. Dus dit is wel een principe-iets.' (Ra7), 'en toen we het daar met het Zorginstituut over hadden, want je kunt echt een boete krijgen, een flinke boete, toen zeiden ze ook ja maar de IC-indicatoren zijn helemaal niet zo goed bedacht' (Ra5).

Een belangrijk ander aspect voor het afzien van levering is dat het Radboudumc als partij ook macht heeft. Verschillende managers noemen die macht als contramechanisme tegen sancties: 'als je niet aanlevert krijg je gewoon een boete en we hebben hem niet gehad. (...) Ik denk ook echt dat we het hadden uitgespeeld in de media of iets dergelijks, dus dat weet het Zorginstituut ook wel.' (Ra5), 'zij zijn denk ik echt bang voor hun reputatie. (...) Ik heb eigenlijk altijd gezegd als we officieel terughebben dat ze niet meedoen, dan ga ik dat echt aan de grote klok hangen. En dat hebben we nog niet gedaan. En dat weten ze ook. Dus ja, ik ben niet bang' (Ra5), en zoals een manager reageerde op de vraag of het risico op boetes meespeelde bij de besluitvorming: 'Jawel, maar ja dan denk ik dat het te overzien is, en ik denk dat we daar dan een punt van maken. Dan blazen wij het ook op aan onze zijde.' (Ra7).

De gekozen strategie lijkt erop gericht ZIRE in zijn totaliteit door te zetten, in de overtuiging dat het experiment als succesvol zal worden gezien, waarmee eventuele rimpelingen zouden worden gladgestreken. Het Radboudumc was zich bewust van de risico's, met name economisch door boetes, maar achtte de kans klein dat dit zou plaatsvinden. Het besef van tegenmacht en het schijnbare gebrek aan belang van de indicatoren maakten het makkelijker deze route in te slaan. Tekenend voor deze strategie is het volgende citaat: 'Ik heb gedacht, we gaan gewoon door. Dan komt de bewijslast wel aan het eind van het traject' (Ra7). Succes wordt geacht een beschermend effect te hebben op andere negatieve effecten, zoals het verlies van reputatie. Daarmee werd de invloed van de sociale omgeving om de deïmplementatie aan te passen kleiner: 'omdat al heel snel bleek dat het toch een succesvol project was. Dus ik ben geen seconde bang geweest voor het kwijtraken van goodwill' (Ra1). Hierdoor konden zij weerstand bieden, de indicatoren niet aanleveren en de deïmplementatie volgens plan laten verlopen.

Wetenschappelijke verenigingen

Ook bij het verkrijgen van vrijstelling bij de wetenschappelijke verenigingen waren er verschillen tussen de drie ziekenhuizen. In Rijnstate werd het verkrijgen van vrijstelling niet kansrijk geacht. Het draagvlak voor ZIRE was laag bij deze verenigingen en het vergroten van de legitimiteit door goedkeuring van de Patiëntenfederatie en ZN was niet gelukt. Hierom werd besloten alle indicatoren toch aan te leveren. Een manager vertelt hierover: 'Die [verenigingen] zijn nog veel strakker in de leer. (...) die denken daar anders' (Rij3), 'de wetenschappelijk vereniging hadden we bewust als laatste neergezet in de rij om te gaan doen omdat het met hen makkelijker is over vrijstelling te praten als een heleboel andere partijen het al hebben gegeven. Ja en omdat dat niet lukte bij de andere partijen zijn we ook bij de wetenschappelijk verenigingen niet meer formeel begonnen.' (Rij3).

Heel anders ging het verkrijgen van vrijstelling bij het Radboudumc. De goede relaties van het management, dat ook deels lid is, met de wetenschappelijke verenigingen zorgden voor een probleemloos proces van vrijstellingsverzekering. Het werd makkelijker voor de verenigingen om vrijstelling te verlenen, omdat de vraag vanuit de eigen gelederen kwam. Daarbij waren zij zelf ook benieuwd naar de uitkomsten van het experiment. Beide komen tot uiting in het volgende citaat: 'stichting NICE, ja daar draai ik projecten mee, dus dan heb je ze al een beetje bijgepraat en dan formuleer je een brief, die laat je door de intensivisten sturen en dan krijg je een hele leuke reactie terug van: nou geweldig, we zijn heel erg benieuwd naar de uitkomsten.' (Ra5).

In het UMCG werd het verkrijgen van vrijstelling een moeizaam proces gevonden. Dat veel partijen, met ieder hun eigen ideeën en betekeniswereld, op één lijn moesten worden gebracht vond men frustrerend. Daarbij werd ervaren dat de externe partijen moeite hadden om vertrouwen te geven aan de zorgverleners, mede vanwege een behoefte aan controle en de angst dat er iets fout zou gaan. De volgende citaten illustreren dit: 'Ik moet zeggen dat ik het al met al een moeizaam traject vond en dat had met name te maken met al die instanties die we langs moesten. (...) Die angst van al die instanties om het bestaande los te laten. Dat vond ik het een heel bureaucratisch gevecht achter de schermen' (UM21), 'waar ik vooral de nadruk op wil leggen is dat het zoveel verschillende werelden zijn. (...) iedere stakeholder heeft ook weer zijn eigen wereld' (UM22).

Daarbij ontbrak het aan de noodzaak om de weerstand vanuit de omgeving het hoofd te bieden. Er zijn veel gegevens waarin de hematologie-afdeling interesse heeft en het aantal indicatoren waarvan per organisator vrijstelling verlangd werd is klein. Daarbovenop hebben veel externe partijen losstaand van ZIRE registratielast verkleind door het aantal indicatoren terug te dringen. Met de tijd verdwenen daarmee niet-zinvolle indicatoren, zonder dat daar toestemming voor vereist was. Reputatieverlies door het niet aanleveren van indicatoren, maar ook het vervolgen van het moeizame overlegtraject, wogen daarmee niet op tegen de relatief kleine winst die met vrijstelling geboekt zou worden. Dat het gevoel van urgentie ontbrak is zichtbaar in het volgende citaat van een manager: 'Bij hematologie waren er zoveel dingen die we niet hoefden los te laten dat we eigenlijk bij heel veel partijen niet veel hoefden te vragen. Plus dat in de afgelopen jaren er ook door partijen heel hard gewerkt is om registraties terug te brengen.' (UM6).

Legitimiteit, de invloed vanuit de sociale omgeving, lijkt dus het belangrijkste te zijn bij de vrijstelling van indicatoren van de wetenschappelijke verenigingen. Als de verenigingen het eens waren met de deïmplementatie ging het door, als ze het ermee oneens waren niet. Daarnaast lijkt er bij het UMCG een beperkte bereidwilligheid te zijn geweest om ten koste van een lang traject de legitimiteit bij de verenigingen te vergroten.

Accreditatie-organen

Het Radboudumc is het enige ziekenhuis dat indicatoren van een accreditatie-orgaan wilde deïmplementeren. Het verkrijgen van vrijstelling van het accreditatieorgaan Joint Commission International verliep lastig. JCI was initieel niet enthousiast om de IC vrij te stellen van de voorwaarden voor accreditatie. Veelvuldige uitleg over het experiment en het gegeven dat de rest van het ziekenhuis wel conform de JCI-regels zou handelen, maakte dat JCI overstag ging: 'JCI had er wel heel veel moeite mee. (...) Maar dat hebben we gewoon vanaf het begin uitgelegd en als wij konden laten zien dat wij een beter alternatief hadden dan dat JCI in zijn eisenpakket stelde, dan vonden ze het goed. Dus dat hebben we ook werkelijk gedaan. (...) Toen zijn we er echt hard ingegaan met literatuur, bewijsvoering, gesprekken met Amerika, conference calls. We hebben eigenlijk wel over het algemeen steun gevonden. En toch voor elkaar gekregen wat we wilden.' (Ra1). Het initiële gebrek aan draagvlak kon met veelvuldige overleggen en overtuiging worden omgezet in een akkoord over vrijstelling.

Overige invloeden

Er was naast de invloed van de omringende organisaties geen invloed van de omgeving. Er vonden geen budgetveranderingen plaats, de uitvoering van ZIRE leidde niet tot minder inkomsten, noch waren er contracten die de uitvoering van ZIRE verboden.

Belang van omgeving?

Concluderend was de omgeving van grote invloed op het succes van deïmplementatie. Het bepaalde dat het Radboudumc de meerderheid van haar indicatoren kon staken en dat het Rijnstate en het UMCG het merendeel toch moesten aanleveren. De omgeving was daarbij geen abstract gegeven, zoals 'krachten van financiële schaarste', maar zij bestond uit concrete omringende organisaties die economische, sociale en juridische invloed uitoefenden. Hoewel alle drie mechanismen werden ingezet en van invloed zijn geweest, lijkt de sociale omgeving het meeste invloed te hebben gehad. Alleen het gebrek aan draagvlak bij de wetenschappelijke verenigingen was voldoende om toch indicatoren aan te blijven leveren. Daarbij was dit geen statisch gegeven, maar iets dat beïnvloed kon worden. Het verwerven van draagvlak hielp om de deïmplementatie toch door te kunnen zetten. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar bij de vrijstelling van de JCI voor het Radboudumc en het gebrek aan vrijstelling van de wetenschappelijke verenigingen voor het Rijnstate en het UMCG. De laatste twee toonden een beperkte inzet voor het verwerven van legitimiteit. De mate waarin ziekenhuizen tegen hun omgeving ingaan is dus ook bepalend bij de invloeden vanuit de omgeving. De invloed vanuit de omgeving lijkt een som tussen het belang dat het ziekenhuis aan deïmplementatie hecht en de macht die het heeft aan de ene kant, en de macht die de omringende organisatie heeft en het belang dat het hecht aan het registreren aan de andere kant. Die wisselwerking lijkt bijvoorbeeld ertoe te hebben geleid dat het Radboudumc tegen de wens in van ZN en de Patiëntenfederatie de indicatorenlevering staakte, maar het Rijnstate deze beslissing niet wenste te nemen. Al met al lijkt de invloed van de omgeving evident en lijken de hypothesen dat de steun van omringende organisaties, een binnen juridische kaders passende deïmplementatie en een gebrek aan economische schaarste het succes van deïmplementatie vergroot, bevestigd.

Uitvoerende organisatie

Cultuur

In alle ziekenhuizen waren de verwachtingen van ZIRE positief en werden de doelen door de afdeling gedeeld. Zorgverleners waren met name tevreden over het doel registratielast te verminderen en dachten dat ZIRE hierbij kon helpen. Een manager zegt: 'De administratieve lasten terugdringen en alleen maar vastleggen wat van belang is. (...) iedereen was heel erg enthousiast: Ja, dat gaan we doen!' (Rij12). Ook het doel om meer kwaliteitsverbeteringen te laten plaatsvinden, kwam overeen met de doelen van de betrokkenen. Een zorgverlener vertelt over zijn verwachtingen: 'Ik had wel het idee dat we daar heel veel winst zouden kunnen halen. De dingen die je wel echt wil weten en in de gaten wil houden en wil verbeteren, dat je daar veel beter je tijd in kon steken.' (Ra15).

Toch pasten niet alle normen, waarden en overtuigingen op de afdelingen bij de principes van ZIRE. Niet alle zorgverleners hadden de overtuiging dat de implementatie de juiste wijze was om de doelen van de afdeling te bereiken. In Rijnstate speelde met name de angst dat zonder registraties niet alle zorg geleverd zou worden. In het Radboudumc dachten zorgverleners dat door ZIRE incidenten minder goed zouden worden opgepakt.

Registreren lijkt een belangrijk onderdeel te zijn geworden van het vak van verpleegkundige. Het belang ervan lijkt met de jaren door de verpleegkundigen te zijn geïnternaliseerd. Een manager noemt: 'Er is in jaren in de pers, in opleidingen, in de zorgvelden zelf, door alle mogelijke vakgroepen, internistenvereniging, chirurgenvvereniging, altijd sterk geappelleerd op registreren, registreren, registreren.' (Rij8), 'je hamert er zo op dat ze het allemaal moeten gaan doen, dat het op een gegeven moment een automatisme is dat ze het allemaal doen.' (Rij9). De implementatie van indicatoren staat daarmee haaks op dat wat eerder is aangeleerd en wordt daarom niet als de juiste wijze gezien om de doelen van de afdeling te bereiken. Registratie wordt gezien als belangrijk middel om goede zorg te waarborgen. Ten eerste omdat het houvast geeft aan de zorgverleners zelf, dat zij alles wat nodig is voor goede zorg gedaan hebben: 'gewoon een check voor jezelf heb ik alles wel gedaan vanavond? Ben ik niks vergeten om te doen in de dagdienst of in de avonddienst?' (Rij10). Ten tweede omdat het houvast geeft dat hun collega's dat ook gedaan hebben: 'ten aanzien van de patiënt, dat je natuurlijk gewoon zeker wil weten dat er de handelingen gedaan zijn die gedaan moeten worden.' (Rij11). Zeker als de patiënt kwetsbaar is en verpleegkundigen zich verantwoordelijk voelen, als er dus behoefte is aan zekerheid dat goede zorg geleverd wordt, wendt men zich tot registreren. Een verpleegkundige en manager vertellen: 'We hebben ook leukemiepatiënten die echt gewoon heel erg ziek zijn en daar is gewoon-- Ja, daar is gewoon heel veel vertrouwen onderling ook nog voor nodig' (Rij11), 'Het is moeilijk omdat men zich hyperverantwoordelijk voelt voor de patiënt. Daarmee komen we in een soort cyclus terecht van als ik het maar goed overal opschrijf dan gaat het wel goed' (Rij9). In alle ziekenhuizen speelden deze overwegingen in enige mate, maar in Rijnstate waren deze gedachten het sterkst aanwezig. Een verklaring hiervoor is dat Rijnstate met ZIRE notatie in brede zin veranderde en de onzekerheid daarmee groter was, zeker in vergelijking met het UMCG, waar minder gedeïmplementeerd werd, en de IC, waar permanente monitoring van de vitale gegevens van de patiënten plaatsvindt.

Met het wegvallen van registraties ontstond er een nieuwe onzekerheid met een negatief gevolg voor de deïmplementatie. Om toch zekerheid te hebben, bleven zorgverleners registreren. Om te kunnen deïmplementeren was er behoefte aan een controlemechanisme ter vervanging: vertrouwen. Een verpleegkundige vertelt daarover: 'ik heb me wel vergist in hoe lastig verpleegkundigen het vinden om dat soort dingen juist los te laten. En dus ook een

soort vertrouwen in elkaar te hebben dat bepaalde dingen wel gebeurd zijn, al is het dan niet geregistreerd.’ (Rij10). Gedurende ZIRE is er door betrokkenen nadruk gelegd op het ontwikkelen van vertrouwen en is het vertrouwen langzaamaan gegroeid, waardoor de implementatie steeds succesvoller plaatsvond. Een manager vertelt hierover: ‘dat besef, die cultuurverandering, dat vertrouwen geven aan de professional, dat is een van de belangrijkste dingen die we geleerd hebben en dat vraagt tijd. En dat vraagt constant daarop sturen, benadrukken, benoemen en zorgen dat verpleegkundigen dat onderling met elkaar zo uitspreken, dat de leidinggevende dat naar verpleegkundigen toe uitspreekt’ (Rij3).

In het Radboudumc was er met het afschaffen van het DIM-systeem, waar zorgverleners incidenten kunnen melden, een concreet onderdeel van ZIRE waarvan de zorgverleners niet overtuigd waren dat het paste bij het doel goede zorg. Ten eerste omdat er ten tijde van de deïmplementatie nog geen vervangende systematiek was. Omdat het onduidelijk was waar zorgverleners incidenten konden melden, ontstond er een angst voor het verlies van informatie. Hoe werd er zicht gehouden op de dingen die fout gingen? De angst dat dit tot verminderde kwaliteit zou leiden, resulteerde in weerstand tegen afschaffing: ‘we hadden niet gelijk iets wat ervoor in de plaats kwam. En hoe moeten we dat dan doen? Ja, daar had ik nog niet gelijk een antwoord op. En dat vond ik lastig. En niet iedereen zit in de wedstrijd van we gaan het wel ontdekken met elkaar’ (Ra18). Ten tweede omdat er een DIM-commissie was opgezet waarin zorgverleners waren opgeleid om te handelen op de DIM-meldingen. Deze zorgverleners voelden zich verantwoordelijk en waren overtuigd van het nut van ‘hun’ DIM. Dat de DIM waar zij belang aan hechten verdween, versterkte de weerstand: ‘dat lag wel gevoelig. Want daar waren mensen allemaal net getraind en die waren vol enthousiasme met dat DIM aan de slag gegaan.’ (Ra20).

Met de invoering van een gelaagd trapsysteem, zorgverleners moesten incidenten zo veel mogelijk zelf oppakken en opschalen bij overstijgende problematiek, vonden meer zorgverleners ZIRE een correcte werkwijze om kwaliteit te bewerkstelligen en verminderde deze weerstand over de tijd heen. Een manager vertelt dat de initiële weerstand sterk gezakt is en dat er ‘één of twee mensen [zijn] die dat nog niet kunnen begrijpen, die er niet overheen kunnen komen.’ (Ra18).

Concluderend heeft de cultuur een belangrijke rol gespeeld bij de deïmplementatie. Hoewel de afdelingen de doelen en verwachtingen van ZIRE deelden, was er de overtuiging dat registratie noodzakelijk was voor goede zorg. Hierdoor ontstond weerstand en bleven zorgverleners geneigd indicatoren te registreren. In Rijnstate nam met het ontstaan van vertrouwen, zowel in eigen kunnen als in de ander, de noodzaak van registratie af. In het Radboudumc kon met een nieuwe systematiek de weerstand worden weggenomen. Cultuur is daarmee geen onoverkoombaar deterministisch blok aan het been gebleken, maar een proces dat kan veranderen met tijd en sturing. Wel heeft het de deïmplementatie vertraagd, omdat er tijd moest worden besteed aan het passend maken van ZIRE met de cultuur: ‘We hebben de implementatiestrategie wel een paar keer aan moeten passen, we wilden veel sneller’ (Ra18). De hypothese dat deïmplementatie succesvoller verloopt als de cultuur hierbij passend is, lijkt daarmee bevestigd.

Leiderschap

In het Rijnstate en het Radboudumc was er stimulerend leiderschap, in het UMCG werd dit niet ervaren. Opvallend is daarbij dat het getoonde leiderschap in de drie ziekenhuizen schijnbaar hetzelfde is. In alle ziekenhuizen was er leiderschap dat als ‘faciliterend’ kan worden beschreven, met nadruk op het luisteren naar de zorgverleners, het benadrukken van

hun autonomie en het ondersteunen bij maken van aanpassingen: 'ik heb heel veel van onderop laten komen, van de verpleegkundigen, en ik heb ook gefaciliteerd' (UM22), 'het moet een gemeenschappelijk doel worden waardoor iedereen het gevoel heeft van, oh ik kan hier iets veranderen, in plaats van: er wordt iets voor mij veranderd. En daar is [de projectleider] wel heel goed in.' (Rij13).

Dat zulk leiderschap inderdaad stimulerend werkte om ZIRE uit te voeren, wordt zichtbaar in de momenten dat het leiderschap hiërarchisch plaatsvindt. In het Radboudumc trok het afdelingshoofd zich bewust terug om te voorkomen dat hij de zorgverleners te dominant zou sturen, desondanks bleef de schaduw van macht boven de uitvoering van ZIRE hangen. Mensen hielden bij de deïmplementatie rekening met de mening van het afdelingshoofd en soms werden er door de leiding besluiten genomen die het domein van ZIRE raakten. Dit dissoneerde met het gevoel van autonomie van de werkvloer en zij waren hierdoor minder geneigd te deïmplementeren. Hoe leiderschap, ook bij pogingen afstand te nemen, van invloed kan zijn is zichtbaar in de volgende twee citaten: 'toen ik hier voor het eerst kwam en ik zat op die vergadering, toen dacht ik echt: zijn we nu helemaal gek geworden hier? Elke tweede opmerking was ja, maar dat moeten we wel eerst aan het afdelingshoofd vragen of dat kan. (...) Je moet mensen de ruimte geven. Ik zeg niet dat het afdelingshoofd dat bedoelt zo, maar het is wel hoe de cultuur hier is en was in ieder geval.' (Ra17) en: 'Dat voelt iedereen heel goed aan, van wie heeft echt de macht. Nou, er heeft maar één iemand de macht in onze unit en dat is het afdelingshoofd.' (Ra17). De gevoeligheid die dit opleverde, blijkt uit een citaat van een manager die zorgverleners vertelde over enkele beslissingen over de uitvoering van ZIRE: 'aan het begin zei ik nog weleens de naam van het afdelingshoofd, nou dan werden mensen dus furieus want dan wisten ze, ja het is gewoon één iemand die dat bepaald heeft.' (Ra5).

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen waarom het leiderschap in het UMCG ondanks een soortgelijke stijl niet stimulerend werd ervaren. In het UMCG was de leidende rol weggelegd voor de kwaliteitsfunctionaris en, vanwege de tijdlast van de klinische werkzaamheden, niet voor het afdelingshoofd. Veel ZIRE-gerelateerde activiteiten werden door het afdelingshoofd aan de kwaliteitsfunctionaris gelaten: 'De kwaliteitsfunctionaris trekt het hele project daar en die doet daar heel veel in. Je hebt wel iemand nodig die daar de tijd voor heeft en er constant achter aan kan' (UM2). Sommige geïnterviewden denken dat klinici noodzakelijk zijn bij het overtuigen en stimuleren van de zorgverleners, omdat zorgverleners minder geneigd zijn te luisteren naar managers. Een grotere rol van het afdelingshoofd zou dan een stimulerend effect gehad op de deïmplementatie: 'als [men] geen mensen die in de praktijk werken aan zich weet te binden, dan zijn dit soort projecten tot mislukken gedoemd want je krijgt dat van de buitenkant niet voor elkaar' (UM25), 'de afdeling meenemen daar heb je natuurlijk wel het afdelingshoofd echt bij nodig. Een kwaliteitsfunctionaris, al is het nog zo'n goede, die heeft natuurlijk een hele andere rol in het spel op een afdeling' (UM6). Toch is een grote rol voor het afdelingshoofd niet noodzakelijk voor stimulerend leiderschap. In Rijnstate werd door de interne projectleider leiding gegeven en zorgverleners vonden het niet problematisch dat zij geen klinische achtergrond had.

Een andere mogelijke verklaring is dat Rijnstate en het Radboudumc leiderschap breder hebben ingebed. In beide ziekenhuizen is een projectgroep opgericht met daarin medisch specialisten, verpleegkundigen, kwaliteitsfunctionarissen en de interne projectleiders. Zij werden gevraagd om mee te denken over ZIRE en om het op de afdeling uit te dragen door te informeren en te enthousiasmeren. Zij namen daarbij de 'faciliterende' leiderschapsstijl met serieus nemen, nieuwe ideeën stimuleren en samen die nieuwe ideeën

uitvoeren, over: 'ik heb vooral geprobeerd om het bespreekbaar te maken, (...) niet: dit is de regel en zo gaan we het doen, maar: wat is de reden waarom je het zo doet? En dan komen mensen tot zelfreflectie, tot nieuwe inzichten (...). Op die manier denk ik dat het beter heeft gewerkt. Ze krijgen toch meer het gevoel dat het vanuit henzelf komt' (Rij11). Voor de zorgverleners was dit stimulerend: '[Dat projectgroeplid] heeft ons daarin meegenomen en die heeft ons ook gestimuleerd. En ook de discussies daarover aangezwengeld: denk er even over na, hebben jullie ideeën?' (Ra19). In het UMCG ontbrak het aan deze brede inbedding en wellicht zou de aansturing stimulerender zijn geweest indien er meer mensen hierbij betrokken zouden zijn. Een zorgverlener stelt dat zij dit inderdaad heeft gemist: 'een groepje verpleegkundigen had erbij betrokken kunnen zijn, of tenminste iets meer, en dat die dan de taak hadden gekregen van goh neem het team erin mee. (...) ik denk dat ik dat had gewild, zodat je het team meer betrokken had kunnen maken' (UM26).

Een derde mogelijke verklaring is dat het leiderschap onvoldoende sturend is geweest. Dat te veel sturing averechtse effecten kan hebben is duidelijk, maar mogelijk zorgt te weinig sturing eveneens voor te weinig stimulering. In veel gesprekken lijkt de balans tussen sturen en ruimte geven een essentieel onderdeel van ZIRE. Zo zegt een manager onder meer: 'de hele filosofie van we gooien het weer in de schoot van de zorgprofessionals, dat vraagt toch om begeleiding. Maar op een manier dat het wel van henzelf blijft. Dus dat was heel erg schipperen. (...) Als je weer teveel voorover gaat zitten dan gaan mensen weer achterover zitten.' (Ra5). En hoewel het afdelingshoofd weloverwogen uit de projectgroep stapte om de afdeling de ruimte te geven voor de uitvoering van ZIRE, speelde hij een wel belangrijke rol bij de invoering ervan. Hij nam het besluit ZIRE op te gaan starten en droeg uit waarom dat van belang was. Het succes hiervan werd door enkelen genoemd: 'het zou compleet onmogelijk geweest zijn zonder een vaandeldrager. Als er niet iemand was die voor alle troepen was gaan staan en had uitgelegd waarom we dit willen doen (...) en dat alle verpleegkundige en dokters die persoon ook geloven' (Ra1).

Ten slotte kan het ook zijn dat er in het UMCG wat betreft ZIRE een gebrek aan leiderschap is ervaren omdat de betekenis van ZIRE voor de mensen anders is. Het kan zijn dat er meer leiderschap is getoond dan de zorgverleners doorhebben, maar dat zij het niet met ZIRE associëren. Sommige respondenten ervoeren bijvoorbeeld wel leiderschap op het gebied van het includeren van het patiëntenperspectief: 'in het dagelijkse werk wordt er wel heel veel aandacht [op het functioneren van de patiënt] gelegd, dus daar is het afdelingshoofd heel erg sterk in (...). Als dat je kerndoel is dan staat er een hele sterke leider die daarvoor gaat.' (UM6). Het getoonde leiderschap was echter niet gericht op deïmplementeren en daarmee voor deïmplementatie niet passend. Het heeft in het UMCG geen bijdrage geleverd aan succesvolle deïmplementatie. Dit gebrek aan leiderschap werd door respondenten gemist en had waarschijnlijk een negatieve invloed op het succes van de deïmplementatie: 'we hebben geen ondersteuning gehad (...) gewoon begeleiden, wat maakt eigenlijk niet uit, maar gewoon iemand die helpt met (...) begeleiding van de groepen' (UM23).

Concluderend heeft leiderschap een belangrijke rol gespeeld bij het deïmplementeren. Te veel sturing leidde tot weerstand en afname van de bereidheid te deïmplementeren, te weinig sturing leidde waarschijnlijk tot onvoldoende stimulering van zorgverleners om ZIRE uit te voeren. Daarbij leek een 'faciliterende' leiderschapsstijl, waarbij de autonomie van de zorgverleners werd benadrukt en zij werden ondersteund bij het maken van aanpassingen, passend. Bij de twee ziekenhuizen die hun leiderschap breed inbedden, waren de zorgverleners het meest enthousiast over de leiding. Een clinicus in de belangrijkste leidende rol lijkt hulpzaam, maar niet noodzakelijk. Mogelijk zorgt het breed betrekken van artsen en

verpleegkundigen bij het leiderschap al voor voldoende raakvlakken met de zorgverleners. Dat het succes van de implementatie afhangt van het getoonde leiderschap is helder. In de ziekenhuizen met leiderschap werden zorgverleners aangezet om te deïmplementeren, in het ziekenhuis zonder werd leiding gemist. De hypothese dat de kans op succesvolle deïmplementatie groter wordt bij stimulerend leiderschap lijkt daarmee bevestigd.

Uitvoerders

Weten

In het Rijnstate en het Radboudumc is bekend dat ZIRE op de afdelingen wordt uitgevoerd en dat hierbij registraties worden gedeïmplementeerd en registratielast wordt verminderd. Dat er behoudens registratielastreductie meer doelen zijn, is vaak niet bekend bij de uitvoerders. De meeste betrokkenen noemen één of twee doelen. Het vergroten van intrinsieke motivatie om zorgkwaliteit te verbeteren werd door enkele respondenten genoemd. Het doel om het aantal kwaliteitsverbeteringen te vergroten was eveneens bij enkele respondenten bekend. Niemand in de drie ziekenhuizen noemde effectieve verantwoording als doel van ZIRE. De kennis van de instrumenten van ZIRE is bij deze twee ziekenhuizen wisselend. Dat er voor indicatoren vrijstelling is verleend, is bij de zorgverleners bekend. Ook weet men dat het efficiënter inrichten van het registratieproces wordt gebruikt om registratielast te verminderen. Daarentegen weten de zorgverleners niet dat er ook registraties door administratieve medewerkers worden verricht of dat de beoogde vrijstelling voor Rijnstate grotendeels is afgewezen. De invloed van deze hiaten in kennis op het succes van deïmplementatie is lastig vast te stellen. Zorgverleners zouden waarschijnlijk niet meer indicatoren hebben gedeïmplementeerd als zij alle doelen hadden gekend of wisten dat administratieve medewerkers op de achtergrond meeschreven. Weten dat ze moesten stoppen met registreren en dat hierdoor registratielast zou dalen was afdoende om de deïmplementatie uit te voeren. Daartegenover staat dat meer kennis tot meer motivatie kan leiden, zoals zichtbaar wordt in de vergelijking met het UMCG.

In het UMCG waren veel zorgverleners niet op de hoogte van het bestaan van ZIRE: 'Ik denk dat (...) als ik nu het woord ZIRE hier zou noemen, dat de helft niet weet wat het is.' (UM26). Bij degenen die ZIRE kennen is het verminderen van registratielast vaak het enige bekende doel. Dat de vrijstelling van de IGJ een instrument van de deïmplementatie is, weten veel zorgverleners niet. Dat het registreren efficiënter is ingericht, is bij de meesten wel bekend. Dit verschil met Rijnstate en het Radboudumc komt waarschijnlijk door onvoldoende informatievoorziening. Er is weinig communicatie geweest over ZIRE en de werkvloer is weinig betrokken: 'eigenlijk hebben we er gewoon een mail over gehad van: goh dingen veranderen. Maar we zijn er als team niet in meegenomen waarom het zo is' (UM26), en: 'ik denk dat er weinig mensen op de hoogte zijn omdat er met name heel veel achter de schermen gebeurt. (...) Het is niet echt iets dat heel veel aandacht heeft op de werkvloer en in die hoedanigheid ook ergens in de bewustzijn van de dokters leeft.' (UM28). Het gebrek aan kennis kan op twee manieren invloed hebben op het succes van deïmplementatie. Ten eerste kun je iets niet uitvoeren als je niet op de hoogte bent van het bestaan ervan. Ten tweede kan kennis van ZIRE zorgverleners motiveren het uit te voeren, onbekend maakt immers ongeliefd.

Het eerst punt lijkt in het UMCG niet aan de orde. Zorgverleners wisten niet van het bestaan van ZIRE, maar kenden wel, in ieder geval onbewust, de uitwerking ervan: 'het is niet voor iedereen duidelijk dat ZIRE de kapstok is waaraan alles is opgehangen. (...) ze hebben meer met de uitwerking te maken gehad, dan met de afkorting ZIRE.' (UM23). Men kende ZIRE niet, maar wist wel dat pijn niet langer geregistreerd hoefde te worden zolang er geen

afwijkingen waren. Evengoed was het bij de meesten niet bekend dat de afdeling meer ruimte had gekregen om te sturen op kwaliteit, maar zorgverleners vroegen patiënten wel nadrukkelijk naar hun functioneren in plaats alleen naar hun ziekte. Het waarom ontbrak, maar in de uitvoering lieten zorgverleners zien de ZIRE-principes (deels) te kennen.

Het tweede punt was waarschijnlijk wel aan de orde. Een manager stelt dat ZIRE terughoudend is ingevoerd: 'ik moet eerlijk zeggen dat het allemaal heel low profile is gegaan hoor. Daar zit ook wel een beetje het manco in. Misschien hadden we iets groters en meeslependers kunnen doen' (UM23). Daarmee was de kennis van de zorgverleners over het experiment klein en waren ze niet geneigd het uit te voeren. Een verpleegkundige vertelt: '[Niemand] die ons op de hoogte heeft gehouden of informatie heeft gegeven, nee. (...) Ik denk dat ik dat had gewild (...), dat we ons daardoor ook verantwoordelijk ervoor voelen en dat we kritisch kijken naar onze eigen handelen.' (UM26). Het gebrek aan kennis was zodoende van invloed op het succes van de deïmplementatie.

Ten slotte waren de instrumenten van ZIRE wellicht deels bekend bij de betrokkenen, maar ontbrak het in de drie ziekenhuizen initieel aan kennis over hoe de deïmplementatie in de praktijk moest worden uitgevoerd. Met name in het Radboudumc heeft onzekerheid over de rolverdeling tot vertraging van deïmplementatie geleid. De stuurgroep wist in het begin niet goed wat van hen verwacht werd bij de uitvoering van ZIRE. Dat er gedeïmplementeerd moest worden was bekend, maar er was geen kennis over de praktische zaken die met de deïmplementatie gepaard gingen. Het schrappen van indicatoren leidt tot een nieuwe werkwijze en de stuurgroep wist niet hoe ze die moesten vormgeven: 'er was helemaal geen implementatieplan (...) ik ben gewend, als we iets gaan implementeren, dan gaan we een plan schrijven, want dan moeten we wat aan kennis en vaardigheden [doen], dan moeten we wat aan communicatie doen, dan moeten we er [mensen] bij betrekken, dat was er allemaal helemaal niet.' (Ra18), 'we moesten ook heel erg ons de vraag stellen ja, maar hoe ziet kwaliteit er dan uit bij ons nu? En dat heeft ons heel veel tijd, dat heeft ons zeker een jaar gekost voordat we daar een beetje een houding ten opzichte van hadden.' (Ra17). Ook bij de zorgverleners was er bij de start onwetendheid over hoe de deïmplementatie in de praktijk moest worden uitgevoerd. Vooral de verpleegkundigen van Rijnstate en het Radboudumc geven aan dat ZIRE na maatregelen van de projectgroepen duidelijker werd: 'In het begin [was er] heel veel onzekerheid, wat moet nu geregistreerd worden en wat niet? Er was wel veel informatie en de projectleider kwam vaak langs. We konden ook echt iedereen vragen.' (Ra19).

Concluderend ontbrak het in alle ziekenhuizen aan kennis over de doelen en instrumenten van ZIRE. Toch heeft dit waarschijnlijk geen negatieve invloed gehad op de deïmplementatie. Waarschijnlijk hoeven uitvoerders niet van alle doelen en instrumenten op de hoogte te zijn, maar is er een bepaald minimum aan kennis dat benodigd is voor succesvolle deïmplementatie. Daarbij zijn maatregelen nodig om dit minimale kennisniveau te bereiken, het te terughoudend invoeren van deïmplementatie zorgt voor een gebrek aan kennis. Met name welke handelingen zorgverleners moet verrichten is daarbij van belang. In alle ziekenhuizen was er bij de zorgverleners minstens impliciete kennis van de handelingen die ZIRE vroeg. Desondanks lijkt de deïmplementatie in het UMCG door onvoldoende kennis minder succesvol te zijn verlopen, omdat het de zorgverleners door het ontbreken aan kennis ontbrak aan motivatie. De hypothese dat deïmplementatie succesvoller plaatsvindt als uitvoerders weten wat het deïmplementatiebeleid inhoudt lijkt dus bevestigd. Tenslotte kunnen niet alle concrete beslissingen over de uitvoering van de deïmplementatie van tevoren worden vastgelegd of bedacht, maar zo veel mogelijk kennis over de rolverdeling en de

uitvoering is van belang. Anders moeten uitvoerders het zelf ontdekken en kan de deïmplementatie pas succesvol plaatsvinden nadat zij de juiste werkwijze hebben achterhaald.

Kunnen

Vaardigheden

Hoewel het op het oog tegenstrijdig lijkt dat het kan ontbreken aan vaardigheden bij deïmplementatie, deïmplementatie is immers een kwestie van iets níet doen, was dit wel aan de orde bij de uitvoering van ZIRE. Niet alle uitvoerders hebben de vaardigheden om ZIRE succesvol uit te voeren. Dit komt door de afspraak om bij de gedeïmplementeerde indicatoren de onderliggende zaken wel te vragen aan de patiënt, maar dit vervolgens, als er niets afwijkend was, niet op te schrijven. Er werd bijvoorbeeld wel dagelijks gevraagd naar pijn, maar er werd alleen geregistreerd als het in bepaalde mate aanwezig was.

Het terugdringen van onnodig registreren vraagt dus om een adequate selectie van de zaken die van belang zijn. Vooral in het Rijnstate, en in mindere mate het Radboudumc, schortte het verpleegkundigen aan het vermogen om een inschatting te maken van wanneer iets relevant is: 'de training in goed en daadwerkelijk schriftelijk en mondeling rapporteren over een situatie, dat vraagt toch bepaalde vaardigheden. Die zijn, vind ik, matig ontwikkeld. (...) Überhaupt mis ik bij zowel de MBO- als de HBO-verpleegkundigen dat men kritisch getraind is in: hoe moet ik eigenlijk kijken? Hoe moet ik eigenlijk vastleggen? En hoe voorkom ik dat ik zaken dubbelop ga zetten? Dat is nog een hele tour.' (Rij8). Het bedenken van wat waarom medisch belangrijk is, klinisch redeneren, is een vaardigheid die nodig is bij de uitvoering van ZIRE en die nog niet optimaal ontwikkeld lijkt bij de verpleegkundigen: 'ik denk dat we nog meer daarvan kunnen gebruiken. Dat moet zich zeker nog meer ontwikkelen.' (Ra19). Bij artsen wordt die vaardigheid vanwege de opleiding groter ingeschat: 'artsen zijn toch gewend aan het klinisch redeneren. Dat is hun in hun opleiding geleerd. (...) Nu is het niet zo dat verpleegkundigen dat allemaal niet zouden kunnen, maar het heeft een kortere historie.' (Ra20).

Hoewel gebrekkig klinisch redeneren ook tot te weinig registreren zou kunnen leiden, lijkt een gebrek aan vaardigheid ertoe te leiden dat zorgverleners te veel opschrijven. Waarschijnlijk ontstaat dit vanuit de angst iets belangrijks te missen. Doordat zorgverleners meer opschrijven dan nodig, deïmplementeren ze minder dan mogelijk en verloopt de deïmplementatie dus minder succesvol.

In het UMCG werd geen gebrek aan vaardigheden ervaren. De zorgverleners geven aan een goed onderscheid tussen belangrijk en minder belangrijk te kunnen maken. De belangrijkste reden lijkt hiervoor te zijn dat de leiding investeerde in de competenties van de zorgverleners: 'ze hebben cursussen gehad, communicatiecursussen en cursussen gehad over wat is ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health]? Hoe ga je ermee om? Hoe stel je de goeie vragen? Dus mensen hebben daar extra scholing in gehad.' (UM2). Scholing zou ook de reden kunnen zijn dat het vermogen van klinisch redeneren groter oogt in het Radboudumc dan in het Rijnstate. De opleiding tot intensiverecare-verpleegkundige kan na een reguliere verpleegkunde-opleiding worden gevolgd en bevat specifiek vakken over klinisch redeneren.

Gedurende het experiment namen de vaardigheden van de verpleegkundigen wel toe. Enerzijds ging dit vanzelf, anderzijds is hier actief op gestuurd: 'de verpleegkundigen die de kar trokken, die hadden daar extra oog voor. Maar ook verpleegkundigen die er langer

werkten die (...) lazen goed met elkaar: goh staat alles erin? Hebben we alles duidelijk? Heb je alles gezien?’ (Rij9).

Middelen

Naast het bezit van vaardigheden, moet men om te ‘kunnen’ ook in staat gesteld worden. In geen van de ziekenhuizen is een gebrek aan middelen ervaren: ‘Ik denk dat wij keurig gefaciliteerd worden aan alles als er iets nodig is. Maar ja, er was natuurlijk niet veel. Het viel eigenlijk alleen maar weg.’ (Ra16).

Wel is het elektronisch patiëntendossier (EPD) van invloed geweest. In zowel het Rijnstate als het UMCG werd tijdens ZIRE een nieuw EPD ingevoerd. Dit beperkte het succes van de implementatie op twee manieren. Ten eerste ging de invoering ervan ten koste van de tijd voor ZIRE. De scholingen voor het nieuwe systeem, de planningen om alle zorgverleners te laten oefenen en de energie die de veranderingen de zorgverleners kostten, gingen ten koste van de deïmplementatie van ZIRE. Een manager vertelt daarover: ‘dat is echt een heel groot project, ziekenhuisbreed. (...) een hele andere manier van registreren in het EPD, met andere velden, een andere lay-out, een andere werkwijze. Dus dat gaf al zoveel veranderingen dat je alleen daaraan al al je energie kwijt was als verpleegkundige en specialist. (...) dat heeft absoluut invloed gehad. Het heeft invloed gehad in het tempo dat we konden maken. (...) Ja dan kon je wel over ZIRE praten maar dat landt dan niet. We hebben die periode gewoon verloren qua tijd om echte acties uit te kunnen zetten.’ (Rij3). In het UMCG zijn de ervaringen met het nieuwe EPD soortgelijk: ‘we werden overvallen door het EPD-systeem, daar was iedereen dusdanig druk mee en nog steeds eigenlijk. Er zijn heel veel mensen niet comfortabel met het systeem om tijd over te houden en oplossingen aan te dragen. Dus laat staan dat er nieuwe dingen geïmplementeerd kunnen worden’ (UM28).

Ten tweede zorgde de geringe flexibiliteit van de EPD’s voor problemen bij de uitvoering. Bij de aanbesteding van het EPD waren de ontwikkelingen van ZIRE niet meegenomen, waardoor er geen ruimte was om een aantal vinkjes uit te zetten. De standaard content van het systeem laat weinig ruimte om eigen veranderingen toe te passen. Zo hadden verpleegkundigen activiteiten op hun werklijst staan, die zij in het kader van ZIRE niet meer hoefden te verrichten en konden zorgverleners pop-ups krijgen om gedeïmplementeerde zaken toch in te vullen. Hoewel deze problemen soms met creatieve oplossingen konden worden omzeild, hebben ze het succes van de deïmplementatie beïnvloed. Zorgverleners registreerden meer dan nodig om pop-ups te kunnen sluiten of omdat ze door meldingen dachten dat nodig was. Een manager vat de problematiek rondom de inflexibiliteit goed samen: ‘Dat is best een probleem, omdat het [EPD] met standaard content werkt, dus een eigen werkwijze moet je inleveren voor een standaard content. Er was dus ook geen ruimte om landelijke registraties die al in [het EPD] verwerkt waren om die te stoppen of die te veranderen. Dus dat is best lastig. Nog steeds is dat een lastig probleem, want [het bedrijf] denkt nog niet heel erg mee in de richting van ontregelen.’ (Rij12).

Daar staat tegenover dat het nieuwe EPD ook voordelen voor de deïmplementatie had. Waar voorheen verpleegkundigen sommige metingen op vier verschillende plekken registreerden, konden zij dit nu op één plek noteren en daarmee drie registraties stoppen.

In het Radboudumc waren er geen problemen met de informatietechnologie. Het EPD werd daar op verscheidene manieren aangepast om de deïmplementatie te vergemakkelijken. De registraties die niet meer hoefden te worden verricht verdwenen uit het EPD, voor enkele registraties werd het noteren minder belastend gemaakt en het EPD werd ingezet als geheugensteuntje voor de registraties die nog wel verricht dienden te worden. Waarom deze

aanpassingen hier wel gemaakt konden worden en in de overige twee ziekenhuizen niet, komt waarschijnlijk door de goede relaties met de verantwoordelijken. Een manager vertelt dat de aanpassingen zonder grote problemen verliepen: 'het werkt niet als die vinkjes er [in het EPD] wel staan en dat je maar moet verkondigen: het [registreren] hoeft niet. Dat werkt gewoon niet. Maar wij kregen [bij het EPD] alle voorrang. En ja, dat heeft dan toch weer met die korte lijntjes te maken, dat de baas die erover ging een oud IC-verpleegkundige hier is geweest.' (Ra5). Daarnaast zou dit verschil een gevolg kunnen zijn van het al langer ingevoerde EPD. In de overige twee ziekenhuizen werd er een nieuw EPD ingevoerd en mogelijk maakt een nieuw ingevoerd systeem het lastiger om kleinere aanpassingen te doen, omdat het zwaartepunt ligt bij het werkzaam krijgen van het systeem aan sich. De invoering van een nieuw EPD is een groot project en daardoor is er geen ruimte voor specifieke verfijningen voor afdelingen. Dit mechanisme lijken respondenten te herkennen: 'de raad van bestuur heeft aangegeven: nee, we maken daar geen verandering in nu. Misschien later wel, als we het allemaal goed onder de knie hebben' (UM2). Naast het EPD waren er geen zaken die tot onvoldoende tijd voor ZIRE hebben geleid.

Concluderend heeft het kunnen grote invloed gehad op het succes van deïmplementatie. De deïmplementatie verliep succesvoller in de ziekenhuizen waar de zorgverleners de juiste vaardigheden hiervoor hadden. Deze vaardigheden waren groter bij de zorgverleners die meer training of opleiding hebben gehad. Daarnaast was er een grote invloed van de ICT. Het systeem kon het zorgverleners, ook als zij wel de vaardigheden en de motivatie bezaten, moeilijk maken om indicatoren te deïmplementeren. Hoewel ICT deïmplementatie ook kan faciliteren, en dat soms ook deed, was er vaker sprake van een remmende invloed. Uit de gesprekken met de respondenten rijst een beeld van een rigide systeem dat uit kostenoverwegingen niet flexibel wordt gemaakt. Toch was de invloed die de invoering van de nieuwe EPD's op het succes van deïmplementatie had, wellicht groter. Deze grote projecten maakten het onmogelijk om tijd te besteden aan ZIRE en de deïmplementatie kon pas succesvol plaatsvinden nadat de invoeringen van de EPD's waren afgerond. De hypothesen dat deïmplementatie succesvoller is als uitvoerders de vaardigheden hebben en als zij voldoende ondersteunende ICT en tijd ontvangen, lijkt dus bevestigd. De invloed van (de afwezigheid van) voldoende financiële middelen op het succes van deïmplementatie is niet goed te beoordelen doordat er in geen van de ziekenhuizen van tekorten sprake was.

Willen

In alle drie de ziekenhuizen was er de wil om ZIRE uit te voeren. De zorgverleners in Rijnstate en het Radboudumc waren gemotiveerd door de registratielastvermindering die de deïmplementatie opleverde: 'ik ben wel tevreden (...), ik heb nu meer tijd' (Ra19), 'Ik had zelf echt moeite ermee dat we steeds meer moesten registreren, waar we steeds minder tijd hadden voor de mensen, dus ja, ik ben heel gemotiveerd.' (Rij14). Dit leidde tot extrinsieke motivatie van interne oorsprong, het zijn immers de opbrengsten die motiveerden en meer tijd voor zorgverlening is een wens vanuit de zorgverleners zelf. Daarnaast gaf de autonomie die de zorgverleners bij het deïmplementeren ervoeren voldoening: 'eigenlijk heb je best veel vrijheid bij ZIRE omdat, als je eigen team erachter staat en het is ook niet ten nadele van de patiënt, eigenlijk gewoon heel veel mag. En ja, dat is eigenlijk heel erg fijn.' (Rij11), 'Het is mijn professe, ik weet dat ik die insteken moet controleren, ik weet wat ik moet opschrijven, dat vertrouwen in mij is al zoveel waard (...). Dat vond ik altijd heel fijn, dat bestuurders ervan uitgaan: laat toch die mensen' (Ra19). Dat zorgverleners veel ruimte kregen om een eigen

invulling aan de werkzaamheden te geven, maakte de deïmplementatie leuk om te doen en gaf daarmee intrinsieke motivatie.

Ook in het UMCG was men blij met de opbrengsten van ZIRE. Met name de nieuwe nadruk op het functioneren van de patiënt werd gezien als een waardevolle toevoeging: 'we bespreken de patiënten met speciale aandachtspunten, zodat je dat meer kunt uitdiepen met de fysiotherapie, maatschappelijk werk en diëtiëk erbij. Dat is een belangrijke slag. (...) ik vind dat de kwaliteit wel heel erg toegenomen is' (UM27). Deze opbrengsten, hoewel onderdeel van ZIRE, staan echter los van deïmplementatie. Dus hoewel het zorgverleners motiveert, motiveert het ze, in tegenstelling tot zorgverleners die blij zijn met de opbrengsten van tijdswinst, niet tot de deïmplementatie van indicatoren. De opbrengsten van tijdswinst werden echter niet gezien: 'er gebeurt heel veel achter de schermen denk ik, maar als behandelend arts heb ik daar weinig, ja zowel weinig last van gehad als veel voordelen [van gehad].' (UM28). Hierdoor ging het deïmplementeren minder leven. Er zijn verschillende oorzaken denkbaar voor het ervaren gebrek aan tijdswinst. Dat de deïmplementatie in het UMCG minder succesvol is verlopen dan in de overige ziekenhuizen lijkt logischerwijs invloed hierop te hebben gehad. Doordat er minder indicatoren gedeïmplementeerd werden, was er minder tijdswinst, wat vervolgens tot minder motivatie en tot minder succesvolle deïmplementatie leidde. Deze oorzaak wordt ook door respondenten gezien: 'wat ook speelt, waardoor het niet meer tot leven kwam, is dat de vrijstelling maar beperkt was. Namelijk alleen een paar IGJ-indicatoren (...). Ze merkten eigenlijk niet dat ze minder konden registreren.' (UM6).

Ook in de beide andere ziekenhuizen werd, ondanks een succesvollere deïmplementatie, de tijdswinst niet door iedereen gezien. Voor sommigen viel die opbrengst tegen. De winst van enkele woorden niet registreren, bijvoorbeeld over de afwezigheid van pijn, ten koste van het aanleren van een nieuwe routine werd soms als te beperkt beschouwd: 'Ja, ik heb het nu uitgevraagd en dan hoef ik alleen maar een 3 neer te zetten: wat is nou de moeite dat ik die 3 er neer zet?' (Rij12), 'Ik had gehoopt dat we meer tijd zouden krijgen. (...) Een paar minuten. Ja, wat is een paar minuten?' (Ra16). Een andere reden dat de tijdswinst niet door iedereen werd gezien, is de gewenning aan deïmplementatie die optrad. Hierdoor bleef niet iedereen bewust van de opbrengsten en zakte de motivatie om te deïmplementeren in enige mate weg. Het bewust vieren van de successen van ZIRE hielp zorgverleners bewust te blijven. Dat er gewenning optreedt en dat successen de motivatie vergroten wordt zichtbaar in twee voorbeelden: 'we zijn een keertje op RTL-nieuws geweest. Daarmee dringt het door dat we een unieke positie hebben. (...) Doordat we veel media-aandacht hebben is iedereen opeens weer heel erg trots' (Ra5). Daarnaast openbaarden de opbrengsten van ZIRE zich op sommige momenten plotseling en deze momenten, waarin het succes onverwachts naar voren kwam, motiveerden de zorgverleners. Een verpleegkundige geeft hier een voorbeeld van: 'Mensen moesten het echt gaan ervaren. (...) ZIRE levert niet echt 20 minuten per dag op. Dat kun je niet sec zeggen. (...) Maar wat we wel zagen was toen wij reduceerden – in de vakantie mengen we afdelingen door elkaar, wij kregen verpleegkundigen van een andere afdeling erbij en die andere afdeling die deed niet aan ZIRE – zagen ze ineens enorme lappen tekst, hele epistels, en er werd enorm lang overgedragen. Dus toen zagen ze eigenlijk pas goed de effecten van wat zij niet meer deden. (...) Dat was wel echt heel erg leuk om te zien.' (Rij9).

Ten slotte leidde het ervaren gebrek aan zeggenschap over het afgeschafte DIM-systeem in het Radboudumc tot demotivatie. Dat de autonomie van de zorgverleners werd geschaad leidde tot minder voldoening bij het deïmplementeren: 'De keuze is gemaakt om de

DIM [af te schaffen], dat zal vanuit de leiding gebeurd zijn. Dus dan vind ik het al niet transparant. Je gaat eerst de mening aan iemand vragen en dan ga je toch het lijstje zelf invullen zoals je zelf wil.' (Ra16). Deze weerstand had zijn weerslag op het succes van de deïmplementatie. Totdat de onvrede na enkele maanden van intensieve gesprekken kon worden weggenomen, bleef dit onderwerp bij vergaderingen terugkomen. Het werd pas mogelijk om succesvol te deïmplementeren nadat de wil was hersteld.

Concluderend werkten de opbrengsten van de deïmplementatie vanuit een interne oorsprong extrinsiek motiverend voor de zorgverleners, maar werden deze opbrengsten niet altijd door iedereen gezien. Met name de momenten waarop de successen konden worden gevierd, gaven de motivatie een impuls. Daarbij gaf de deïmplementatie van ZIRE door het autonome karakter ervan intrinsieke motivatie en zette dit aan om de deïmplementatie uit te voeren. Het 'willen' zal daarmee een gematigd positief effect op het succes van deïmplementatie hebben gehad en de hypothese dat intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie van interne oorsprong tot succesvollere deïmplementatie leiden, lijkt daarmee bevestigd.

Moeten

In geen van de drie ziekenhuizen was er sturing vanuit het 'moeten'. Er waren geen sancties die zorgverleners extrinsiek moesten motiveren om de deïmplementatie correct uit te voeren. Ook werd er geen streng toezicht gehouden. Wel probeerden de verpleegkundigen uit de projectgroep collega's aan te spreken als ze meer registreerden dan nodig: 'als ik late dienst had en ik zag in de dagdienst dat het geregistreerd was wat niet helemaal klopte, dan moest ik daar weer naar vragen. Het is niet zo dat ik als een of andere politieagent dat allemaal ging foutkeuren, maar dan vroeg ik gewoon van waarom heb je dit zo geregistreerd?' (Rij11). Vaak gebeurde aanspraak vanuit een educatief oogpunt: 'we hebben er al lang niet meer over gepraat trouwens, maar de laatste keer (...) kwam dat ook dat omdat twee mensen niet wisten dat bijvoorbeeld sommige dingen niet meer opgeschreven worden' (Ra19). Zorgverleners waren daarbij altijd vrij om toch te registreren als zij dat nodig achten: 'er zijn ook verpleegkundigen die het heel fijn vinden om bepaalde zaken wel te registreren. Als jij dat voor jouw werk het handigst vindt en je werkt daardoor fijn, prima' (Ra15). Er was dus geen sprake van toezicht dat zorgverleners dwong op een bepaalde manier te handelen, noch was er sprake van een beperking van de ruimte voor afwegingen door de zorgverleners. Ondanks dat zorgverleners niet door sturing werden gedwongen op een bepaalde manier te handelen, werd deïmplementatie toch grotendeels uitgevoerd. Het 'moeten' is daarmee waarschijnlijk niet nodig voor succesvolle deïmplementatie en de hypothese dat deïmplementatie succesvoller plaatsvindt als zorgverleners meer gestuurd worden is daarmee niet bevestigd. De invloed van het 'moeten' is door de afwezigheid in alle drie de ziekenhuizen echter niet goed te bepalen.

Conclusie

De verantwoording in de gezondheidszorg lijkt zijn doel voorbij te schieten en daarom wordt er in experimenten onderzocht of indicatoren gedeïmplementeerd kunnen worden. Er is echter nog onduidelijkheid over welke factoren het succes van deïmplementatie beïnvloeden. Dit heeft geleid tot de hoofdvraag: *welke factoren beïnvloeden of deïmplementatie succesvol plaatsvindt?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden werden mogelijke verklaringen in de implementatiewetenschap gezocht en werd de deïmplementatie van indicatoren in drie ziekenhuizen onderzocht.

We hebben gezien dat het succes van deïmplementatie verschilt per persoon en dus niet in één specifieke maat voor een ziekenhuis is weer te geven. Dit betekent niet dat succes onmeetbaar is. Bij ZIRE was het succes van deïmplementatie het grootst in het Radboudumc en het minst in het UMCG. Alle factoren behoudens het 'moeten' hebben daarbij de deïmplementatie beïnvloed. Ambigüiteit leidde tot verschillende betekenissen van ZIRE waardoor de nadruk in het Radboudumc bij kwaliteitsverbetering, in Rijnstate bij zinvolle dossiervoering in het algemeen en in het UMCG bij het in ogenschouw nemen van het functioneren van de patiënt kwam te liggen. Met name in het UMCG dreef ZIRE daardoor weg van het deïmplementeren van indicatoren. De omgeving weerhield het Rijnstate en het UMCG ervan te stoppen met het aanleveren van indicatoren, waardoor deze toch geregistreerd moesten worden. Voor het Radboudumc was de invloed van de omgeving kleiner, het deïmplementeren had bij de betrokken organisaties meer legitimiteit, en zij hadden voldoende macht om de omgevingsinvloeden het hoofd te bieden. Daarnaast was er de gedeelde overtuiging dat registreren noodzakelijk is voor goede zorg, waarmee de ziekenhuiscultuur niet passend was bij ZIRE. Totdat deze overtuiging over de tijd heen veranderde, had dit een negatief effect op de mate van deïmplementatie. Een ervaren gebrek aan leiderschap leidde ertoe dat zorgverleners onvoldoende gestimuleerd waren om te deïmplementeren in het UMCG. Het Rijnstate en het Radboudumc stimuleerden de zorgverleners wel door een brede inbedding van leiderschap en een juiste balans tussen het geven van ruimte en sturen. Daarnaast blijkt een bepaald minimum aan kennis en vaardigheden noodzakelijk voor deïmplementatie. In alle ziekenhuizen ontbrak het aan kennis over de doelen en instrumenten van ZIRE, maar zorgverleners hoeven niet volledig op de hoogte van het beleid te zijn om succesvol te kunnen deïmplementeren. Zij hebben hiervoor wel een minimaal kennisniveau nodig. Daarbij had kennis zowel een functionele, wat moet men doen, als motiverende functie. Daarbij zullen zorgverleners als zij onvoldoende vaardigheden hebben om te deïmplementeren meer opschrijven dan noodzakelijk en zal de deïmplementatie minder succesvol verlopen. Ten slotte kan ICT zowel bevorderend als, in dit geval vaker, remmend werken en deïmplementeren zorgverleners meer als zij door voldoening en opbrengsten intrinsiek en uit interne oorsprong extrinsiek gemotiveerd zijn.

De afwezigheid van het 'moeten' lijkt geen beperkende invloed te hebben gehad op de deïmplementatie, de respondenten geven aan dat juist de afwezigheid van toezicht en sancties tot meer succes leidde. Het effect ervan was echter beter te beoordelen geweest als het niet in alle ziekenhuizen afwezig zou zijn geweest, omdat dan een vergelijking gemaakt zou kunnen worden. Idealiter zou het effect van het 'moeten' op deïmplementatie bij ziekenhuizen met en zonder toezicht en sancties vergeleken worden. De aanwezigheid van het 'moeten' lijkt echter geen randvoorwaarde voor succesvolle deïmplementatie te zijn. Dit werpt de vraag op of alle factoren aanwezig behoren te zijn voor succesvolle deïmplementatie. Het is voorstelbaar dat er casus zijn waarbij het 'moeten' wel een effect op succesvolle deïmplementatie heeft en andere factoren niet. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat

het 'moeten' minder van belang is als het 'willen' sterk aanwezig is en vice versa. Onderzoek laat zien dat extrinsieke motivatie intrinsieke motivatie kan verminderen, dit maakt het al onwaarschijnlijker dat beide vaak samen gelijk opgaan en noodzakelijk zijn voor succes (Gneezy, Meier, & Rey-Biel, 2011). Verder onderzoek zou zich kunnen richten op welke constellaties van factoren tot succesvolle deïmplementatie leiden.

Reflectie op de theorie

Het is opvallend dat de factoren uit het top-down-model met name de vormgeving van de deïmplementatie hebben bepaald. De omgeving en de ambiguïteit bepaalden welke indicatoren wel of niet werden meegenomen in de deïmplementatie. De overige factoren, bottom-up-georiënteerd, bepaalden of individuele zorgverleners zich aan deze vormgeving conformeerden of dat ze bleven vasthouden aan de oude werkwijze. De nadruk die deze modellen leggen op de actoren in de top versus de mensen die het werk doen is hiervoor een logische verklaring. Dit speelt dus ook bij deïmplementatie en werd erg zichtbaar in de drie casus.

Daarnaast is het opvallend dat de factoren niet vastliggen, maar vaak fluctueren en 'maakbaar' zijn. In het begin waren veel bevorderende factoren niet aanwezig, waardoor de deïmplementatie niet succesvol kon plaatsvinden, maar gedurende het traject trad er vaak een verschuiving op en nam het succes toe. Soms gebeurde dit spontaan, maar vaker werd er geleerd, aan gewerkt en op gestuurd. Zo konden omringende organisaties deïmplementatie afkeuren, maar na uitleg en overleggen bijdraaien, groeide de ervaring en daarmee de kennis en kunde van zorgverleners, en leerden zorgverleners erop vertrouwen dat registreren niet noodzakelijk is voor goede zorg. De verklarende factoren liggen dus niet vast en er is van determinisme geen sprake.

Verder blijken de factoren uit de implementatiewetenschap geschikt om deïmplementatie te verklaren. Zeven van de acht onderzochte factoren hadden een duidelijke invloed op het succes van de deïmplementatie. Dit betekent niet dat er geen verschillen tussen deïmplementatie en implementatie zijn, maar het is verwonderlijk hoeveel actieve handelingen er optreden bij iets niet doen en de overeenkomsten met implementatie lijken duidelijk zichtbaar. Wel is het voorstelbaar dat bepaalde invullingen van factoren specifiek zijn voor deïmplementatie. Zo zou de cultuur bij deïmplementatie vaker dan bij implementatie niet-passend kunnen zijn door tegenwerkende overtuigingen. Voorafgaand aan de deïmplementatie voerde men immers gedurende lange tijd iets uit, waarschijnlijk met de overtuiging dat dat werkte, en als dat dan wegvalt ontstaat er een discongruentie en een behoefte aan iets ter vervanging. In Rijnstate moest men bijvoorbeeld elkaar leren vertrouwen als nieuw mechanisme, in het Radboudumc was er behoefte aan een nieuw meldsysteem voor incidenten. Daarnaast zou het kunnen zijn dat er bij deïmplementatie vaker conflicten optreden met de omgeving, simpelweg omdat die omgeving mogelijk iets niet langer krijgt dat zij wel wenst. Het 'willen' zou eveneens specifiek voor deïmplementatie kunnen zijn door een nadruk op werklast. Het is voorstelbaar dat het 'willen' bij deïmplementatie vaak wordt gedreven door werklastreductie.

De theorie over de invloeden vanuit de omgeving lijkt te kunnen worden aangescherpt. Ten eerste is het de vraag of een strikte scheiding tussen economische, sociale en juridische omgeving noodzakelijk is, of dat de omgeving beter begrepen kan worden als elke vorm van uitgeoefende macht door omringende organisaties. Tijdens ZIRE liepen de drie omgevingen door elkaar heen en werden ze allemaal gehanteerd door de organisaties die deïmplementatie trachtten te voorkomen. Ten tweede was de invloed van de omgeving niet eenzijdig, maar

was er sprake van een wisselwerking. De ziekenhuizen hadden invloed op hun omgeving, konden hun percepties veranderen en ook weerstand bieden. Centraal in deze wisselwerking leek de grootte van de macht dat de partijen hadden en het belang dat de partijen aan de implementatie hechtten van belang. Het opvallende verschil waarmee het Radboudumc en het Rijnstate omgingen met de afwijzing voor de vrijstelling van de Transparantiekalender lijkt hierdoor verklaard te kunnen worden. Het Radboudumc ervaarde zelf veel macht te hebben en hechtte sterk aan de implementatie terwijl de Transparantiekalender, ook machthebbend, minder belang aan het beperkte aantal indicatoren hechtte. Het Rijnstate daarentegen ervaarde minder machtig te zijn, terwijl de Transparantiekalender meer belang aan registreren hechtte vanwege het grotere aantal indicatoren. De uitkomst lijkt te zijn bepaald door lokale coalitiekracht

Dat de macht van lokale coalities bepalend kan zijn voor implementatie, en zoals in deze thesis te zien naar verwachting ook de implementatie, wordt beschreven door Matland (1999). Hij schrijft echter dat deze macht met name bepalend is bij situaties met ambiguïteit en conflict. Er zijn dan immers verschillende visies over hoe het abstracte doel in concrete acties vertaald moet worden en de lokale coalitiemacht bepaalt of de concurrerende perspectieven overwonnen kunnen worden. In het geval van ZIRE speelde met name ambiguïteit over het doel, daarmee waren verschillende visies mogelijk over wat ZIRE behoorde te bereiken, en was er veelvuldig conflict met de omringende organisaties.

Eerder onderzoek

Veel van de factoren die op de de implementatie van ZIRE van invloed waren, komen terug in de (beperkte) de implementatieliteratuur. Barnes et al. (2017) onderschrijven dat ICT een bevorderend effect kan hebben op de implementatie, bijvoorbeeld door aan te geven wat niet meer uitgevoerd hoeft te worden. Daarnaast dichtten zij een belangrijke rol toe aan het geven van persoonlijke feedback aan de uitvoerders. Afhankelijk van de intentie van de feedback, feedback kan gebruikt worden om uitvoerders vaardigheden bij te brengen, te motiveren of juist om toezicht op hen te houden, zitten het effect hiervan ook in het 'kunnen', het 'willen' en het 'moeten'. Ten slotte is een gelijkenis te vinden in het belang van de werklast voor de implementatie, dat ook bij Cullinan et al. (2014) terugkomt. Het vooruitzicht om bij de implementatie minder werklast te hebben is bij uitvoerders vaak een belangrijke motivatie. Daartegenover staat dat de de implementatie een nieuwe werkwijze met zich meebrengt en dat deze nieuwe werkwijze gepaard gaat met een initiële stijging van de werklast, men moet het immers eerst onder de knie krijgen. Deze strijd tussen de baten en lasten van de implementatie werd in deze thesis omschreven door een verpleegkundige die zei: 'wat is nou de moeite om een drietje neer te zetten als je naar pijn hebt gevraagd?'. Dat dit evenwicht en de nadruk op werklast in deze twee studies terugkomen en worden bevestigd in deze thesis, maakt het waarschijnlijk dat het 'willen' bij de implementatie vaker op deze specifieke manier ingevuld wordt en dat dit verschilt van implementatie.

Cullinan et al. (2014) noemen daarnaast ook enkele andere factoren die van invloed zijn op de implementatie en die ook in deze thesis terugkomen. Een gebrek aan kennis en vaardigheid, problemen met ICT en weinig tijd voor de de implementatie door te veel andere projecten verminderen alle het succes van de implementatie. Voorn et al. (2014) noemen andere beperkende factoren zoals een gebrek aan motivatie, wanneer de opbrengsten van het de implementeren de zorgverleners koud laten, en de overtuiging dat een bepaalde handeling niet gedeïmplementeerd kan worden omdat het noodzakelijk is voor goede zorg.

Al deze factoren komen terug in de verklarende factoren van deze thesis. Dat deze factoren nu ook in deze thesis, met meerdere cases en gekoppeld aan de uitkomst van deïmplementatie, worden gevonden, versterkt de bewijskracht dat zij van belang zijn voor deïmplementatie. Daarnaast vult deze thesis het bestaande onderzoek aan omdat het het belang toont voor succesvolle deïmplementatie van enkele factoren die niet zijn onderzocht. De omgeving, zowel economisch, sociaal als juridisch, heeft een grote invloed gehad op de deïmplementatie van ZIRE en is een belangrijke factor om bij volgende studies naar deïmplementatie mee te nemen. Daarnaast komt cultuur bij Voorn et al. (2014) terug als de overtuigingen van de uitvoerders, maar vallen de normen en waarden die zij hebben erbuiten. Het meenemen van normen en waarden, naast de overtuigingen, en de invloed die zij hebben op elkaar kan volgend onderzoek verder versterken.

Tot slot hebben de studies zich niet gericht op ambiguïteit en leiderschap, die beide een belangrijke rol hebben gespeeld bij de deïmplementatie van ZIRE. De verschillende betekenissen die de ziekenhuizen aan ZIRE gaven ten gevolge van de ambiguïteit en het beperkende effect van gebrekkig leiderschap in het UMCG maken dat beide factoren in ogenschouw genomen moeten worden bij onderzoek naar verklaringen voor succesvolle deïmplementatie.

Kracht en beperkingen

Deze thesis had op enkele punten sterker kunnen zijn. Hoewel het meten van de uitkomsten van deïmplementatie een kracht is van het onderzoek, had een meer solide meting het onderzoek verder kunnen versterken. De gebruikte methode waarin de projectleiders, vanwege hun overzicht van ZIRE, het aantal gedeïmplementeerde indicatoren noteerden en zorgverleners kwalitatief naar de uitkomsten werd gevraagd heeft enkele minpunten. Ten eerste is deze methode afhankelijk van de projectleider en de wijze waarop hij of zij de deïmplementatie in het ziekenhuis weer wil geven, al ondervangen de interviews met de zorgverleners dit ten dele. Ten tweede geven de gesprekken met de zorgverleners een indicatie van hoeveel er op individuele basis nog geregistreerd wordt, maar de concrete grootte blijft nevelig. Het is genoeg om de mate van het succes aan te duiden, maar onvoldoende om de factoren aan concrete indicatoren toe te wijzen. De invloed van de omgeving kan bijvoorbeeld in aantal indicatoren worden uitgedrukt, voor de bottom-up-factoren geldt dit niet. Een directe methode van meten, met bijvoorbeeld een checklist en waarnemingen, of een grotere steekproef met een lijst aan indicatoren bij de interviews had dit wellicht wel mogelijk gemaakt. Al zouden deze methoden met andere nadelen gepaard gaan, zoals het verdringen van andere vragen in de beperkte interviewtijd.

Daarnaast ging de inclusie van de respondenten via de projectleider. Het zou kunnen dat de gekozen respondenten een te gunstig beeld van de uitvoering van ZIRE hebben geschetst. Niet alleen bewust uit strategische overwegingen, maar dit zou ook onbewust vanuit enthousiasme kunnen ontstaan. Ook omdat respondenten met affiniteit met ZIRE waarschijnlijk meer geneigd zijn te reageren op de uitnodiging om te participeren in dit onderzoek. Dat er in de interviews genoeg ongewenste zaken aan bod zijn gekomen is in dat kader bemoedigend.

De operationalisatie van de gehanteerde variabelen is niet in onderzoek gevalideerd. Andere operationalisaties zijn mogelijk en zullen mogelijk andere accenten met zich mee brengen. In deze thesis konden metingen van variabelen dicht bij elkaar liggen. De tevredenheid met de opbrengsten (motivatie), de verwachting dat deïmplementatie de doelen van de afdeling zou bereiken (de overtuigingen binnen de cultuur), het weten en de

ervaren ambiguïteit kunnen elkaar wat betreft betekenis dicht naderen. Hoewel er wel degelijk een conceptueel verschil is, kan het zijn de respondenten de vragen net anders hebben opgevat of dat er bij het interpreteren van hun uitspraken de concepten elkaar hebben geraakt. Daarentegen is de wisselwerking die vaak in de operationalisaties terugkwam een kracht. Niet alleen cultuur werd gemeten, maar de verhouding die het had met deïmplementatie werd onderzocht. Ditzelfde geldt voor andere factoren zoals leiderschap.

Ten slotte is het een kracht van het onderzoek dat het de variabelen uit de medische literatuur aanvult met conceptualisering en mechanismen van invloed. Veel medische implementatieonderzoeken worden gekenmerkt door lange lijsten van mogelijk invloedrijke variabelen zonder dat deze variabelen altijd duidelijk gedefinieerd zijn of zonder dat er een theorie is hoe deze variabelen van invloed zijn. Met het koppelen van medische literatuur aan bestuurskundige literatuur konden de sterke punten van beide elkaar versterken.

Vervolgonderzoek

Ik heb met deze thesis laten zien welke factoren van invloed zijn op het succes van deïmplementatie. Daarbij was de selectie van de variabelen gebaseerd op de implementatiewetenschap. Dat de meeste geselecteerde variabelen op deïmplementatie van invloed waren, toont het nut van het gebruik van de implementatieliteratuur bij het bestuderen van deïmplementatie. Toch is het voorstelbaar dat er andere variabelen op deïmplementatie dan op implementatie van invloed zijn. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het identificeren van andere variabelen. Er zijn waarschijnlijk meer variabelen van invloed op succesvolle deïmplementatie dan deze zeven. Daarnaast zou vervolgonderzoek de invloed van de variabelen kunnen kwantificeren. Enerzijds omdat er vele mogelijke variabelen van invloed zijn en kwantificering de belangrijkste variabelen zou kunnen uitlichten, anderzijds omdat een vergelijking tussen de belangrijkste variabelen van deïmplementatie en implementatie interessant zou zijn en de verschillen tussen beide concepten zou kunnen aanduiden. Mogelijk zijn sommige variabelen sterk van invloed op het één en minder op het ander en dit zou een verdere verdieping van de relatie tussen beide begrippen kunnen geven.

Daarnaast zou deïmplementatie in een andere context bestudeerd kunnen worden. ZIRE richt zich specifiek op het deïmplementeren van indicatoren, maar mogelijk zijn er andere variabelen van invloed bij het deïmplementeren van andere handelingen. Bij het staken van medische handelingen zou bijvoorbeeld de patiënt van invloed kunnen zijn op het succes. Ook zou onderzoek naar het succes van deïmplementatie van indicatoren in andere sectoren tot andere en waardevolle resultaten kunnen leiden.

Tot slot heb ik in deze thesis gebruik gemaakt van een conceptueel model waarbij de factoren onderling niet op elkaar van invloed waren, maar mogelijk vindt er wel interactie tussen de variabelen plaats. Vervolgonderzoek zou zich op deze interactie kunnen richten. Daarbij zou onderzoek naar de samenhang tussen variabelen en hun invloed op succesvolle deïmplementatie van meerwaarde zijn. Zoals eerder genoemd is het voorstelbaar dat constellaties van variabelen het succes van deïmplementatie beïnvloeden. Het is mogelijk dat variabelen het effect van elkaar onderling versterken of juist verzwakken.

Concluderend heb ik met deze thesis een bijdrage geleverd aan een onderwerp waarover nog veel te ontdekken valt. Vervolgonderzoek kan zich op vele verschillende aspecten van deïmplementatie richten. De identificatie van de zeven beïnvloedende factoren is wat dat betreft een startschot.

Referentielijst

- Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of nursing scholarship, 40*(4), 302–310.
- Allen, J. D., Shelton, R. C., Emmons, K. M., & Linnan, L. A. (2018). Fidelity and Its Relationship to Implementation Effectiveness, Adaptation, and Dissemination. In R. C. Brownson, G. A. Colditz, & E. K. Proctor (Red.), *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice* (pp. 267 - 291). New York, NY: Oxford University Press.
- Barnes, G. D., Misirliyan, S., Kaatz, S., Jackson, E. A., Haymart, B., Kline-Rogers, E., ... Sales, A. (2017). Barriers and facilitators to reducing frequent laboratory testing for patients who are stable on warfarin: a mixed methods study of de-implementation in five anticoagulation clinics. *Implementation Science 12*, 87.
- Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Van Bodegom-Vos, L., & Marang-van de Mheen, P. (2016). De-implementatie van onnodige zorg: dezelfde aanpak als implementatie of toch anders? *Kwaliteit in Zorg, 2*, 28-31.
- Van Bodegom-Vos, L., Vermeulen, H., & Marang-van de Mheen, P. (2017). Het terugdringen van onnodige verpleegkundige handelingen: hoe pak je dat aan? *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, 15*(2), 4-7.
- Bolt, T. (2015). *A Doctor's Order: the Dutch Case of Evidence-Based Medicine (1970-2015)*. Antwerpen, België: Garant.
- Bonafide, C. P., & Keren, R. (2018). Negative Studies and the Science of Deimplementation. *JAMA Pediatrics, 172*(9), 807-809.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C., & Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA, 282*(15), 1458-1465.
- Chemers, M. (1997). *An Integrative Theory of Leadership*. New York, NY: Psychology Press.
- Chin, R. J. (2015). Examining teamwork and leadership in the fields of public administration, leadership, and management. *Team Performance Management, 21*(3-4), 199-216.
- Coolsma, J. C., & Van Montfort, A. J. G. M. (2014). De Uitvoering van Overheidsbeleid. In A. Hoogerwerf, & M. Herweijer (Red.), *Overheidsbeleid: een inleiding in de beleidswetenschap*. Alphen aan den Rijn, Nederland: Kluwer.
- Cullinan, S., Fleming, A., O'Mahony, D., Ryan, C., O'Sullivan, D., Gallagher, P., & Byrne, S. (2015). Doctors' perspectives on the barriers to appropriate prescribing in older hospitalized patients: a qualitative study. *British Journal of Clinical Pharmacology, 79*, 860– 869.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*, 50.
- DeLeon, P. (1999), The Missing Link Revisited. *Review of Policy Research, 16*, 311-338.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory Building From Cases: Opportunities And Challenges. *AMJ, 50*, 25–32.
- Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that

- prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8, 35.
- Van der Geest, M. (2018, 23 mei). Schouder aan schouder in de strijd tegen zorgbureaucratie: 'Als een regel onzinnig is, kap er dan ook echt mee'. *de Volkskrant*. Geraadpleegd op <http://www.volkskrant.nl/>
- Gershon, R. R., Stone, P. W., Bakken, S., & Larson, E. (2004). Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *Journal of nursing administration*, 34(1), 33–40.
- Gneezy, U., Meier, S., & Rey-Biel, P. (2011). When and Why Incentives (Don't) Work to Modify Behavior. *Journal of Economic Perspectives*, 25(4), 191-210.
- Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health services research*, 38(2), 751–776.
- Hak, T. (2007). Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. In: P. Lucassen, & T. Hartman (Eds.), *Kwalitatief onderzoek*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hecló, H. (1972). Policy Analysis. *British Journal of Political Science*, 2(1), 83-108.
- Helderman, J. K. (2016). *De Effecten van Stelsels: Een drieluik over stelselhervormingen en transities in de Nederlandse gezondheidszorg*. Geraadpleegd op de website van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2016/10/10/de-effecten-van-stelsels---een-drieluik-over-stelselhervormingen-en-transities-in-de-nederlandse-gezondheidszorg>
- Hill, M., & Hupe, P. (2014). *Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance*. Londen, Engeland: Sage.
- Huizing, A. R., Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Berger, M. P. (2006). Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics* 6, 17.
- Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle C. M., & Margolis, P. A. (2012). The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 21, 13-20.
- Kleijne, I. (2017, 4 april). Bureaucratie in zorg: wat is dat eigenlijk? *Medisch Contact*. Geraadpleegd op <https://www.medischcontact.nl/>
- Kwantes, C. T., & Glazer, S. (2017). *Culture, organizations, and work: clarifying concepts*. Cham, Zwitserland: Springer.
- Majone, G. (1997). From the Positive to the Regulatory State: Causes and Consequences of Changes in the Mode of Governance. *Journal of Public Policy*, 17(2), 139-167.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174.
- Mazmanian, D., & Sabatier, P. (1983). *Implementation and public policy*. Northbrook, IL: Scott Foresman.
- McKay, V. R., Morshed, A. B., Brownson, R. C., Proctor, & E. K., Prusaczyk, B. (2018). Letting Go: Conceptualizing Intervention De-implementation in Public Health and Social Service Settings. *American Journal of Community Psychology*, 62(1-2), 189-202.
- Meier, K. J. (1999). Are We Sure Lasswell Did It This Way? Lester, Goggin and Implementation Research. *Policy Currents*, 9(1), 5-8.
- Meurs, P. L., Van de Donk, W. B. H. J., Dijstelbloem, H., Engelen, E. R., Hemerijck, A. C.,

- Jansweijer, R. M. A., ... Verhoeven, I. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press.
- Myers, M.D. (2013) *Qualitative Research in Business & Management* (2nd ed.). Londen, Engeland: Sage.
- Nieuwlaat, R., Schwalm, J., Khatib, R., & Yusuf, S. (2013). Why are we failing to implement effective therapies in cardiovascular disease? *European Heart Journal*, *34*(17), 1262–1269.
- Nilsen, P., Ingvarsson, S., Hasson, H., Von Thiele Schwarz, U., & Augustsson, H. (2020). Theories, models, and frameworks for de-implementation of low-value care: A scoping review of the literature. *Implementation Research and Practice*, *1*, 1-15.
- Niven, D. J., Mrklas, K. J., Holodinsky, J. K., Straus, S. E., Hemmelgarn, B. R., Jeffs, L. P., & Stelfox, H. T. (2015). Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. *BMC medicine*, *13*, 255.
- O'Toole, L.J. (2000). Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *10*, 263-288.
- Pettigrew, A., Woodman, R., & Cameron, K. (2001). Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research. *Academy of Management Journal*, *44*(4), 697-713.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. B. (1974). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Berkeley: University of California Press.
- Prusaczyk, B., Swindle, T., & Curran, G. (2020). Defining and conceptualizing outcomes for de-implementation: key distinctions from implementation outcomes. *Implementation science communications*, *1*, 43.
- Rao, H., Greve, H., & Davis, G. F. (2001). Fool's Gold: Social Proof in the Initiation and Abandonment of Coverage by Wall Street Analysts. *Administrative Science Quarterly* *46*(3), 502-526.
- Regan, P. (1984). Personal Information Policies in the United States and Britain: The Dilemma of Implementation Considerations. *Journal of Public Policy*, *4*(1), 19-38.
- Rijksoverheid. (2018). *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*. Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/regeldruk-in-de-zorg/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>
- Ryan R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, *55*(1), 68-78.
- Sabatier, P. (1986). Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, *6*(1), 21-48.
- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1980), The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Studies Journal*, *8*, 538-560.
- Schellekens, W. (2015). Indicatoren? Gewoon opnieuw beginnen, maar nu 'van binnen naar buiten'. In J. De Blok, L. Vogelpoel., & T. Jansen (Red.), *Het alternatief voor de zorg. Humaniteit boven bureaucratie* (pp. 300-310). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Thomas, E. J., & Classen, D. C.. (2014). Patient Safety: Let's Measure What Matters. *Annals of Internal Medicine*, *160*(9), 642-64.
- Tompkins, J. (2005). *Organization theory and management*. Londen, Engeland: Wadsworth.

- Upvall, M. J., & Bourgault, A. M. (2018). De-implementation: A concept analysis. *Nursing forum*, 53(3), 376-382.
- Vedung, E. (2010). Four Waves of Evaluation Diffusion. *Evaluation*, 16(3), 263–277.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2007). *Het Ontwerpen van een Onderzoek* (4th ed.). Den Haag, Nederland: Boom.
- Voorn, V. M., Marang-van de Mheen, P. J., Wentink, M. M., Kaptein, A. A., Koopman-van Gemert, A. W., So-Osman, C., ... Van Bodegom-Vos, L. (2014). Perceived barriers among physicians for stopping non-cost-effective blood-saving measures in total hip and total knee arthroplasties. *Transfusion*, 54, 2598-2607.
- Walston, S. L., Kimberly, J. R., & Burns, L. R. (2001). Institutional and economic influences on the adoption and extensiveness of managerial innovation in hospitals: The case of reengineering. *Medical care research and review*, 58(2), 194–233.
- Wang, V., Maciejewski, M. L., Helfrich, C. D., & Weiner, B. J. (2018). Working smarter not harder: Coupling implementation to de-implementation. *Healthcare*, 6(2), 104–107.
- Weatherly, R., & Lipsky, M. (1977). Street-level bureaucrats and institutional innovation: Implementing special education reform. *Harvard Educational Review*, 47, 171-197.
- Weggelaar, A. M., Van de Bovenkamp, H., & Bal, R. (2016, 13 april). Zand in de kwaliteits-machinerie. *Medisch Contact*. Geraadpleegd op <https://www.medischcontact.nl/>
- De Winter, P. (2019, 17 april). Genoeg gevinkt. *De Groene Amsterdammer*. Geraadpleegd op <https://www.groene.nl>
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Bijlage 1. Interviewprotocollen aan de hand van de drie respondentencategorieën.

1. Raad van bestuur

INLEIDING

- Hartelijk bedanken
- Korte introductie van mijzelf
- Doel van dit gesprek
- Informatie over het gesprek: de duur en de inhoud.
- Toestemming voor opname?
- Controleren of alles helder is.

VOORSTELLEN

Kort over uzelf, hoelang in functie, hoelang in organisatie?

OPENINGSVRAAG

1. Wat is ZIRE volgens u?
 - a. Wat is het doel van ZIRE?
 - b. Hoe moet ZIRE dat doel bereiken?

INTRODUCTIEVRAAG

2. Wat ziet u als uw rol bij ZIRE?
3. Wat waren vooraf uw verwachtingen van ZIRE?

TRANSITIEVRAAG

4. Kunt u iets vertellen over uw ervaringen met ZIRE tot nu toe?
5. Bent u tevreden over ZIRE? *Principes, uitvoering*
 - a. Waarom wel/niet?

KERNVRAGEN

Meedoen met ZIRE

6. Wie heeft ZIRE geïnitieerd?
7. Wat waren redenen om mee te doen aan ZIRE?
8. Hoe stonden interne partijen daartegenover?

Omgeving

9. Hoe stonden externe partijen daartegenover?
 - a. Hoe verliep de interactie met deze partijen?
 - b. Welke rol heeft u gespeeld in het verkrijgen van vrijstelling van externe partijen?
 - i. Hoe is dit proces verlopen?
 - ii. Zijn er dingen die u nu anders zou doen in dat proces?
 - c. Hebben zij druk uitgeoefend om ZIRE anders uit te voeren?
 - i. Leidt de uitvoering van ZIRE tot een slechtere reputatie?
 1. *Bij andere ziekenhuizen*
 2. *Bij toezichthouders*
 - ii. Hebben zij boetes gegeven vanwege ZIRE of hiermee bedreigd?

- iii. Hebben zij vanwege ZIRE minder geld aan het ziekenhuis beschikbaar gesteld?
10. Zijn er wetten, regels, afspraken of contracten die invloed hebben op ZIRE?
- a. Zouden deze idealiter moeten worden aangepast? Lukte dat? Waarom wel/niet?

Vormgeving

11. Heeft u vrijstelling gegeven voor bepaalde interne kwaliteitsmetingen?
- a. Wat waren redenen om dit wel/niet te doen?
 - b. Hoe is dit proces verlopen?
 - c. Heeft u zelf een rol gehad in het selecteren van deze kwaliteitsmetingen?
 - d. Wat maakt het lastig om vrijstelling te geven of niet?
 - i. *Welke dilemma's komen hierbij kijken?*
12. Wordt er, ondanks vrijstelling, nog met oude registraties gewerkt?
- a. Zo ja, waarom is dat zo?

Afdeling

13. Is er een leider die de afdeling meeneemt?
- a. Hoe heeft deze persoon dat gedaan?
 - b. Zijn er negatieve kanten aan de manier van leidinggeven?

Autonomie

14. Hebben medewerkers de ruimte gekregen om invulling te geven aan ZIRE?

Uitvoering

15. Liepen er andere projecten tijdens ZIRE?
- a. Beïnvloedde dat ZIRE?
 - b. Wat kreeg prioriteit?
16. Hebben jullie de middelen om ZIRE uit te voeren?
- a. Was er voldoende ondersteuning van ICT om ZIRE uit te kunnen voeren?
 - b. Waren er voldoende financiële middelen om ZIRE uit te kunnen voeren?
17. Zijn er budgetveranderingen opgetreden tijdens ZIRE?

Afsluiting

18. Wat is volgens u, van alle dingen die we besproken hebben, het meest belangrijk/invloedrijk?
19. Heeft u ideeën over hoe het ZIRE-experiment verbeterd zou kunnen worden?
20. Zijn er nog relevante zaken die niet aan bod zijn geweest?

2. Middenmanagement

INLEIDING

- Hartelijk bedanken
- Korte introductie van mijzelf
- Doel van dit gesprek
- Informatie over het gesprek: de duur en de inhoud.
- Toestemming voor opname?
- Controleren of alles helder is.

VOORSTELLEN

Kort over uzelf, hoelang in functie, hoelang in organisatie?

OPENINGSVRAAG

1. Wat is ZIRE volgens u?
 - a. Wat is het doel van ZIRE?
 - i. Past dit doel bij de afdeling?
 - b. Hoe moet ZIRE dat doel bereiken?

INTRODUCTIEVRAAG

2. Wat ziet u als uw rol bij ZIRE?
3. Wat waren vooraf uw verwachtingen van ZIRE?

TRANSITIEVRAAG

4. Kunt u iets vertellen over uw ervaringen met ZIRE tot nu toe?
5. Bent u tevreden over ZIRE? *Principes, uitvoering*
 - a. Waarom wel/niet?

KERNVRAGEN

Meedoen met ZIRE

6. Wie heeft ZIRE geïnitieerd?
7. Wat waren redenen om mee te doen aan ZIRE?
8. Hoe stonden interne partijen daartegenover?

Vormgeving

9. Ik heb begrepen dat de afdeling vrijstelling heeft gekregen voor bepaalde registraties.
 - a. Hoe is dit proces van vrijstelling krijgen verlopen?
 - b. Hoeveel van deze registraties zijn ook daadwerkelijk niet geregistreerd?
 - i. Waarom worden die nog geregistreerd?
 - ii. *Evt. voorbeeld noemen: wordt pijn nog geregistreerd?*
10. Is het registratieproces met ZIRE efficiënter ingericht?
 - a. Zo nee/ja, hoe komt dat?
 - b. Welke aanpassingen zijn er geweest?
11. Zijn er nog andere veranderingen geweest in de uitvoering van kwaliteitsmetingen tijdens ZIRE?

Omgeving

12. Hoe stonden externe partijen tegenover het opstarten van ZIRE?
 - a. Hoe verliep de interactie met deze partijen?
 - b. Hebben zij druk uitgeoefend om ZIRE anders uit te voeren?
 - i. Leidt de uitvoering van ZIRE tot een slechtere reputatie?
 1. *Bij andere ziekenhuizen*
 2. *Bij toezichthouders*
 - ii. Hebben zij boetes gegeven vanwege ZIRE of hiermee bedreigd?
 - iii. Hebben zij vanwege ZIRE minder geld aan het ziekenhuis beschikbaar gesteld?
13. Zijn er wetten, regels, afspraken of contracten die invloed hebben op ZIRE?
 - b. Zouden deze idealiter moeten worden aangepast? Lukte dat? Waarom wel/niet?

Autonomie

14. Hebben medewerkers de ruimte gekregen om invulling te geven aan ZIRE?
 - a. *Toezicht, sancties*
15. Is er inhoudelijke bemoeienis geweest van hogerhand?

Afdeling

16. Heeft u het idee dat het leeft op de afdeling?
 - a. Wat maakt dat het (niet) leeft?
17. Is er een leider die de afdeling meeneemt?
 - a. Hoe heeft deze persoon dat gedaan?
 - b. Zijn er negatieve kanten aan de manier van leidinggeven?
18. Welke vaardigheden zijn nodig om ZIRE goed uit te kunnen voeren?
 - a. Zijn deze aanwezig op de afdeling?

Uitvoering

19. Krijgt ZIRE veel aandacht en tijd?
20. Lopen er andere projecten doorheen?
 - a. Beïnvloedt dat ZIRE?
 - b. Wat krijgt prioriteit?
21. Hebben jullie de middelen om ZIRE uit te voeren?
 - a. hebben jullie voldoende ondersteuning van ICT om ZIRE uit te kunnen voeren?
 - b. Hebben jullie voldoende financiën om ZIRE uit kunnen voeren?

Afsluiting

22. Wat is volgens u, van alle dingen die we besproken hebben, het meest belangrijk/invloedrijk?
23. Heeft u ideeën over hoe het ZIRE-experiment verbeterd zou kunnen worden?
24. Zijn er nog relevante zaken die niet aan bod zijn geweest?

3. Werkvloer

INLEIDING

- Hartelijk bedanken
- Korte introductie van mijzelf
- Doel van dit gesprek
- Informatie over het gesprek: de duur en de inhoud.
- Toestemming voor opname?
- Controleren of alles helder is.

VOORSTELLEN

Kort over uzelf, hoelang in functie, hoelang in organisatie?

OPENINGSVRAAG

1. Wat is ZIRE volgens u?
 - a. Wat is het doel van ZIRE?
 - i. Past dit doel bij de afdeling?
 - b. Hoe moet ZIRE dat doel bereiken?

INTRODUCTIEVRAAG

2. Wat ziet u als uw rol bij ZIRE?
3. Wat waren vooraf uw verwachtingen van ZIRE?

TRANSITIEVRAAG

4. Kunt u iets vertellen over uw ervaringen met ZIRE tot nu toe?
5. Bent u tevreden over ZIRE? *Principes, uitvoering*
 - a. Waarom wel/niet?

KERNVRAGEN

Vormgeving

6. Ik heb begrepen dat de afdeling vrijstelling heeft gekregen voor bepaalde registraties.
 - a. Hoe is het afbouwen van het registreren van de indicatoren verlopen?
 - b. Hoeveel van deze kwaliteitsindicatoren zijn ook daadwerkelijk niet geregistreerd?
 - i. Waarom worden die nog geregistreerd?
 - ii. *Evt. voorbeeld noemen: wordt pijn nog geregistreerd?*
7. Is het registratieproces efficiënter ingericht?
 - a. Zo nee, hoe komt dat?
 - b. Welke aanpassingen zijn er geweest?
 - c. Hoe is dat verlopen?
8. Zijn er nog andere veranderingen geweest in de uitvoering van kwaliteitsmetingen tijdens ZIRE?

Autonomie

9. Hebben medewerkers de ruimte gekregen om invulling te geven aan ZIRE?
 - a. *Toezicht, sancties*
10. Is er inhoudelijke bemoeienis geweest van hogerhand?

Omgeving

11. Zijn er regels of afspraken die ZIRE beïnvloeden?
 - a. Zouden deze idealiter moeten worden aangepast? Lukte dat? Waarom wel/niet?

Afdeling

12. Heeft u het idee dat het leeft op de afdeling?
 - a. Wat maakt dat het (niet) leeft?
 - b. Geeft het u voldoening om ZIRE uit te voeren?
 - c. Vindt u het waardevol wat ZIRE oplevert?
13. Is er een leider die de afdeling meeneemt?
 - a. Hoe heeft deze persoon dat gedaan?
 - b. Zijn er negatieve kanten aan de manier van leidinggeven?
14. Weten collega's op de afdeling dat ZIRE wordt uitgevoerd?
15. Welke vaardigheden zijn nodig om ZIRE goed uit te kunnen voeren?
 - a. Zijn deze aanwezig op de afdeling?

Uitvoering

16. Krijgt ZIRE veel aandacht en tijd?
17. Lopen er andere projecten doorheen?
 - a. Beïnvloedt dat ZIRE?
 - b. Wat krijgt prioriteit?
18. Hebben jullie de middelen om ZIRE uit te voeren?
 - a. Hebben jullie voldoende ondersteuning van ICT om ZIRE uit te kunnen voeren?
 - b. Hebben jullie voldoende financiën om ZIRE uit te kunnen voeren?
19. Zijn er veranderingen geweest in hoe het EPD wordt gebruikt voor kwaliteitsmetingen?

Afsluiting

20. Wat is volgens u, van alle dingen die we besproken hebben, het meest belangrijk/invloedrijk?
21. Heeft u ideeën over hoe het ZIRE-experiment verbeterd zou kunnen worden?
22. Zijn er nog relevante zaken die niet aan bod zijn geweest?

Bijlage 2. Codeboom

Tabel 6. Codeboom

Variabele	Code	Uitleg
Mate van het succes van deïmplementatie	uitkomst	mate van deïmplementatie door zorgverleners
	vrijstelling	over vrijstelling van indicatoren
	efficiëntie	over efficiënter inrichten van registratieproces
	administratief	over registreren door administratieve medewerkers
Ambigüiteit	doelen	de genoemde doelen door de respondent
	instrumenten	de genoemde instrumenten door de respondent
	eenduidigheid	de betekenis die respondenten gaven aan doelen en instrumenten
Economische omgeving	economisch	boetes en afname van financiën door externe partijen
Sociale omgeving	reputatie	over de reputatie bij andere ziekenhuizen en toezichthouders
Juridische omgeving	juridisch	over wetten en contracten
Cultuur	verwachtingen	de verwachtingen van respondenten van ZIRE
	instemming	of respondenten de doelen en instrumenten van ZIRE vinden passen bij de afdeling
Leiderschap	leiderschap	over leiderschap
Weten	kennis	of respondenten weten dat ZIRE wordt uitgevoerd en wat zij moeten doen
	doelen	de genoemde doelen door de respondent
	instrumenten	de genoemde instrumenten door de respondent
Kunnen	vaardigheden	over de vaardigheden op de afdeling
	prioriteit	over de bestede tijd aan ZIRE
	EPD	over het elektronisch patiëntendossier
	middelen	over de financiële middelen bij de uitvoering van ZIRE

Willen	motivatie	over de voldoening en opbrengsten van ZIRE voor zorgverleners
Moeten	moeten	over toezicht en sancties
Overig	maatregelen	De genomen maatregelen tijdens ZIRE
	intern	Interactie met interne partijen
	extern	Interactie met externe partijen