

Hoe naar ziekenhuizen te kijken?

Een universeel toepasbaar model waarmee ziekenhuizen kunnen worden ingeschat



Radboudumc

Masterthesis voor Bestuurskunde
Erik Hilgers

S3021637



Radboudumc

HOE NAAR ZIEKENHUIZEN TE KIJKEN?

Een universeel model waarmee ziekenhuizen kunnen worden ingeschat

Erik Hilgers

3021637

Masterthesis aan de Radboud Universiteit Nijmegen

Bestuurskunde

In opdracht van het Radboudumc

Met dank aan:

Dr. J.A.M. de Kruijf - Radboud Universiteit Nijmegen

Drs. M.M. Saras - Radboudumc

2015

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Probleemstelling	p. 7
1.1 Inleiding	p. 7
1.2 Doel- en vraagstelling	p. 8
1.3 Deelvragen	p. 8
1.4 Relevantie van het onderzoek	p. 9
1.5 Leeswijzer	p. 10
 Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	 p. 11
2.1 Positiebepaling	p. 11
2.1.1. Waarom positiebepaling voor ziekenhuizen?	p. 11
2.1.2. Hoe bepaal je die positie?	p. 14
2.2 Strategie en positionering	p. 15
2.2.1. Wat houden strategie en positionering in?	p. 15
2.2.2. Typen strategieën	p. 17
2.2.3. Strategische positionering onder zorgverleners	p. 23
2.2.4. Samenvatting	p. 29
2.3 Netwerkvorming	p. 30
2.3.1. Wat is een netwerk?	p. 30
2.3.2. Typen netwerk en netwerksturing	p. 33
2.3.3. Netwerken in de zorg	p. 35
2.3.4. Samenvatting	p. 37
2.4 Vraag en aanbod in de zorg	p. 37
2.4.1. Zorgvraag van patiënten	p. 37
2.4.2. Zorgaanbod van ziekenhuizen	p. 39
2.5 Kwaliteit van zorg	p. 40
2.6 Prestaties	p. 42
2.6.1. Benchmarking	p. 42
2.6.2. Samenvatting	p. 43
2.7 Conclusie: Model op basis van de theorie	p. 44
2.7.1. Waarom positiebepaling	p. 44
2.7.2. Strategie	p. 44
2.7.3. Netwerkvorming	p. 45
2.7.4. Kwaliteit van zorg	p. 45
2.7.5. Samenvatting van het model	p. 46
 Hoofdstuk 3: Methodologisch kader	 p. 48
3.1 Interviews met deskundigen	p. 48
3.1.1. Radboudumc	p. 48
3.1.2. Nederlandse Zorgautoriteit	p. 49

3.1.3. Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen	p. 49
3.1.4. Inspectie voor de Gezondheidszorg	p. 49
3.1.5. Beperkingen en risico's	p. 49
3.2 Operationalisatie	p. 50
3.2.1. Abstractieniveau van variabelen	p. 50
3.2.2. Informatieverzameling	p. 51
3.3 Aanpassing van het model	p. 51
3.4 Toepassing van het model	p. 52
Hoofdstuk 4: Empirie I: Aanpassing model	p. 53
4.1 Interviews met deskundigen	p. 53
4.1.1. Algemene informatie	p. 53
4.1.2. Strategie	p. 54
4.1.3. Netwerkvorming	p. 54
4.1.4. Kwaliteit van zorg	p. 55
4.2 Het aangepaste onderzoeksmodel	p. 56
4.2.1. Algemene informatie	p. 56
4.2.2. Strategie	p. 59
4.2.3. Netwerkvorming	p. 61
4.2.4. Kwaliteit van zorg	p. 63
4.2.5. Het oude en nieuwe model vergeleken	p. 65
4.3 Samenvatting	p. 67
Hoofdstuk 5: Empirie II: Casus CWZ	p. 68
5.1 Algemene informatie	p. 68
5.1.1. Portfoliokeuze	p. 68
5.1.2. Ziekenhuisbestuur	p. 71
5.1.3. Financiële situatie	p. 73
5.1.4. Situatie medewerkers	p. 76
5.2 Strategie	p. 77
5.2.1. Kernwaarden	p. 77
5.2.2. Kernkwaliteiten	p. 77
5.2.3. Strategische keuzes bij de totstandkoming van beleid	p. 78
5.2.4. Interne of externe focus	p. 78
5.2.5. Tegenstrijdigheden omtrent strategie	p. 78
5.3 Netwerksamenwerking	p. 78
5.3.1. Samenwerkingspartners	p. 79
5.3.2. Motieven voor samenwerking	p. 79
5.3.3. Gebieden van samenwerking	p. 79
5.3.4. Verloop van samenwerkingsverbanden	p. 80

5.3.5. Typen netwerk	p. 80
5.4 Kwaliteit van zorg	p. 81
5.4.1. Kwaliteitscultuur	p. 81
5.4.2. Structuurindicatoren	p. 82
5.4.3. Procesindicatoren	p. 82
5.4.4. Uitkomstindicatoren	p. 84
5.5 Conclusie	p. 85
Hoofdstuk 6: Empirie III: Casussen Rijnstate en Maasziekenhuis Pantein	p. 86
6.1 Algemene informatie	p. 86
6.1.1. Rijnstate	p. 86
6.1.2. Maasziekenhuis Pantein	p. 87
6.2 Strategie	p. 89
6.2.1. Rijnstate	p. 89
6.2.2. Maasziekenhuis Pantein	p. 89
6.3 Netwerkvorming	p. 90
6.3.1. Rijnstate	p. 90
6.3.2. Maasziekenhuis Pantein	p. 90
6.4 Kwaliteit van zorg	p. 91
6.4.1. Rijnstate	p. 91
6.4.2. Maasziekenhuis Pantein	p. 92
6.5 Conclusie	p. 93
Hoofdstuk 7: Analyse	p. 95
7.1 Algemene informatie	p. 95
7.1.1. Portfoliokeuze	p. 95
7.1.2. Ziekenhuisbestuur	p. 96
7.1.3. Financiële situatie	p. 96
7.1.4. Personeelszaken	p. 96
7.2 Strategie	p. 97
7.3 Netwerksamenwerking	p. 98
7.4 Kwaliteit van zorg	p. 99
7.5 Struikelblokken in het model	p. 101
Hoofdstuk 8: Conclusie	p. 103
8.1 Beantwoording deelvragen	p. 103
8.2 Reflectie	p. 104
8.3 Aanbevelingen	p. 105
Literatuurlijst	p. 106

Hoofdstuk 1 – Probleemstelling

1.1 Inleiding

Door de marktwerking in de zorg hebben zorgverleners meer vrijheid, en dus ook meer verantwoordelijkheid gekregen. De druk van consumenten, ofwel patiënten, naar de zorgverleners is sterk toegenomen. Mede om deze reden werken verschillende zorginstellingen in Nederland steeds vaker samen en maken door middel van netwerkvorming gebruik van elkaars kennis (Maarse, 2011, p. 132). Vooral regionale partners blijken vaak veel voor elkaar te kunnen betekenen, en op veel punten is er sprake van een bestuurlijke indikking (KPMG, 2013). Daarnaast zorgen deze veranderingen in het zorglandschap ervoor dat elk ziekenhuis haar eigen speerpunten heeft, om zichzelf te onderscheiden van de rest. Aan de andere kant zijn ook de verhoudingen tussen ziekenhuizen als concurrenten van elkaar aangescherpt.

Ook het Radboudumc heeft te maken met diverse externe actoren, waaronder dus ook andere ziekenhuizen. Deze omliggende ziekenhuizen vervullen allemaal een bepaalde rol ten opzichte van elkaar. Ze zijn leverancier, afnemer en/of concurrent van het Radboudumc. Bovendien vervult het als academisch centrum een bijzondere positie ten opzichte van de andere ziekenhuizen in de regio, door de onderzoeks- en onderwijs/opleidingsfunctie. Ook de last resort functie in de patiëntenzorg maakt het Radboudumc bijzonder. Dit houdt in dat het Radboudumc de meest complexe behandelingen uitvoert, waarbij medisch specialisten in andere ziekenhuizen de patiënt doorverwijzen naar het Radboudumc. Dit komt slechts voor wanneer de artsen in een algemeen of topklinisch ziekenhuis niet meer weten hoe ze een patiënt nu verder moeten behandelen. Het Radboudumc is een ziekenhuis dat onderwijs en innovatie als academisch ziekenhuis hoog in het vaandel heeft staan. In algemene en topklinische ziekenhuizen vindt men onderwijs en innovatie uiteraard ook belangrijk, maar bij academische ziekenhuizen ligt hier net iets meer nadruk op. De vier kernwaarden die het Radboudumc daarnaast probeert na te leven zijn het leveren van aantoonbaar onderscheidende kwaliteit van zorg, persoonsgerichte zorg, doelmatigheid en duurzame netwerken (Radboudumc, geraadpleegd op: 5-5-2014)

Zoals gezegd kent het Radboudumc de vorming van duurzame netwerken als één van de vier strategische pijlers. Voor het starten of het behouden van een duurzaam netwerk is het noodzakelijk om een goede kijk te hebben op de omliggende ziekenhuizen, zodat men later niet voor vervelende verrassingen komt te staan. Ook is het belangrijk om te weten op welke gebieden het ene ziekenhuis van het andere kan leren, en op welke gebieden dit niet het geval is. Kortom wil het Radboudumc dus inzicht in de situatie omtrent de bedrijfsvoering en de medische dienstverlening bij de verschillende specialismen van andere ziekenhuizen in de regio.

1.2 Doel- en vraagstelling

De doelstelling van het onderzoek luidt daarom als volgt:

Het ontwikkelen van een universeel model waarmee ziekenhuizen nauwkeurig kunnen worden ingeschat, teneinde een betere kijk te krijgen op de positie van deze ziekenhuizen ten opzichte van het Radboudumc.

Bij dit onderzoek wordt zowel gekeken naar het medische domein als naar de manier van bedrijfsvoering binnen de tweedelijnszorg. Samen completeren zij het beeld van de te onderzoeken ziekenhuizen. Zorginstellingen in de eerste en derde lijn blijven in dit onderzoek buiten beschouwing. Door deze kennis te achterhalen kan het Radboudumc bepalen waar zij zelf staat ten opzichte van deze concurrenten en/of (potentiële) samenwerkingspartners. Het Radboudumc is daarom vooral geïnteresseerd in de ontwikkeling van een model waarmee de positie van die andere ziekenhuizen kan worden ingeschat. Van tevoren is nog niet bekend of deze informatie gebruikt gaat worden ten behoeve van samenwerking of concurrentie. Om die reden wordt het model niet in één specifieke richting geduwd. Het gaat dus meer om het creëren van een database van informatie over andere ziekenhuizen.

De hoofdvraag die aansluit op de doelstelling van dit onderzoek luidt: *Hoe kan voor het Radboudumc een zo volledig mogelijk beeld worden verkregen van de situatie bij andere ziekenhuizen?*

1.3 Deelvragen

Om een goed antwoord te kunnen geven op de zojuist genoemde hoofdvraag is het noodzakelijk om eerst een aantal deelvragen te beantwoorden.

Waarom kan een positiebepaling voor ziekenhuizen relevant zijn?

Het Radboudumc wil met dit onderzoek inzicht verkrijgen in hun positie ten opzichte van andere ziekenhuizen met behulp van een marktverkenning van de regio. De eerste stap die gezet moet worden is dan ook om te achterhalen wat positiebepaling precies is en waarom dit juist voor ziekenhuizen relevant kan zijn bij hun strategische positionering.

Wat zijn relevante kenmerken om de positie van een ziekenhuis te bepalen?

Voordat er iets gemeten kan worden is het eerst van belang om te bepalen wat er gemeten gaat worden. Eerst zal daarom via een diepgaande literatuurstudie een kader van relevante kenmerken worden opgesteld, waarmee zal worden gekeken naar de praktijk in een nog te selecteren ziekenhuis. Dit moet een universeel model worden, dat toepasbaar is op elk

ziekenhuis waarvan het Radboudumc meer wil weten. Dit kader biedt daarom de houvast voor het gehele onderzoek.

Hoe positioneren andere ziekenhuizen zich op de relevante kenmerken t.o.v. hun omgeving?

Om erachter te komen hoe sterk het model nu is, zal het model in de praktijk getoetst moeten worden. Er zal dan ook één ziekenhuis worden gekozen om dit model op toe te passen. Dit moet de gebreken en de sterke punten van het model duidelijk maken.

Welke verklaringen zijn er voor het wel of niet achterhalen van de benodigde informatie om een goed beeld van het ziekenhuis te schetsen?

Door met deze vraag te reflecteren op de uitkomsten van het praktijkonderzoek worden de oorzaken van de manier waarop het model heeft uitgepakt achterhaald. Er wordt bekeken of alle relevante informatie nu is achterhaald, en wanneer dit niet het geval is: waarom dan niet? Door de redenen waarom bepaalde vragen onbeantwoord zijn gebleven te achterhalen, kunnen sterke aanbevelingen gedaan worden voor een volgend onderzoek.

1.4 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek is erop gericht om een model te ontwikkelen dat universeel toepasbaar is om de positie van een ziekenhuis in haar omgeving te bepalen. Op maatschappelijk vlak kan er door middel van dit model meer transparantie ontstaan onder zorgverleners. Het belangrijkste doel van het Radboudumc is om meer inzicht te krijgen in de positie van andere ziekenhuizen. Met de ingewonnen informatie kan wellicht een basis worden gelegd voor het aangaan van samenwerkingsverbanden of kan de concurrentiepositie worden verstevigd. Wanneer er bijvoorbeeld drie zorginstellingen in een regio binnen een half uur reisafstand zijn, die allemaal uitmuntend presteren op het gebied van neurochirurgie, is er geen sprake van nutoptimalisatie. Een bijgevolg kan dan namelijk zijn dat andere specialismen niet de aandacht en het budget krijgen die ze verdienen. Door middel van een model waarmee de positionering en de focus van een bepaald ziekenhuis kan worden vastgesteld, kunnen dit soort inefficiënte manieren binnen de gezondheidszorgsector worden aangetoond. Op wetenschappelijk niveau is het onderzoek relevant omdat het bijdraagt aan de kennis over ziekenhuispositionering. Door een model te ontwikkelen met voor ziekenhuizen relevante variabelen en indicatoren wordt meer inzicht verkregen in de variabelen die van belang zijn bij het inschatten van de positie van een ziekenhuis. De indicatoren zullen worden gemeten aan de hand van jaarverslagen, eerdere prestatiemetingen en beleidsplannen.

1.5 Leeswijzer

In het resterende deel van dit onderzoek wordt geprobeerd een antwoord te geven op de hoofdvraag. Dit gebeurt in enkele stappen. De eerste stap die gezet zal worden zijn de bestaande theorieën en literatuur over positiebepaling van ziekenhuizen, en alle aspecten die hierbij mogelijk relevant zijn, in kaart te brengen. Dit zal gebeuren in hoofdstuk 2. Vervolgens worden de gevonden relevante kenmerken in het methodologisch kader in hoofdstuk 3 vertaald naar geoperationaliseerde indicatoren, die inzicht verschaffen in de mate waarin de gevonden kenmerken aanwezig zijn in ziekenhuizen. In het methodologisch kader zal ook worden gesproken over de manier waarop deze informatie verkregen kan worden. In hoofdstuk 4 wordt vervolgens d.m.v. interviews met experts op het gebied van het Nederlandse zorglandschap een verbeterd model vastgesteld. Na dit model te hebben afgerond zal de benodigde empirische data verzameld worden, waarna dit gedocumenteerd wordt in hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6. Dan volgt nog een analyse en interpretatie van de gevonden gegevens van de verschillende onderzochte ziekenhuizen, waarna de conclusie het onderzoek afsluit. Tot slot worden er nog aanbevelingen gedaan, op basis van de verworven kennis.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk zal de literatuur worden weergegeven die helpt bij het opstellen van een universeel toepasbaar model om een goede blik te kunnen krijgen op de omliggende ziekenhuizen van het Radboudumc. Dit model moet uit een aantal relevante kenmerken komen te bestaan, waarvoor in dit hoofdstuk de theoretische fundering wordt gelegd.

2.1 Positiebepaling

Het Radboudumc wil met dit onderzoek achterhalen wat haar positie is ten opzichte van de omliggende ziekenhuizen op verschillende aspecten. Om dit te bewerkstelligen zullen de manieren van bedrijfsvoering en de strategische keuzes van andere ziekenhuizen worden geanalyseerd. In deze paragraaf zal de theorie worden geraadpleegd omtrent positiebepaling. Eerst zal worden ingegaan op de vraag waarom positiebepaling juist voor ziekenhuizen zo relevant is. Daarna zullen de mogelijke voordelen van deze positiebepaling worden uiteengezet, waarna ook nog wordt ingegaan op de verschillende manieren waarop de positiebepaling gebruikt kan worden bij het vormen van een nieuwe strategie.

2.1.1 Waarom positiebepaling voor ziekenhuizen?

Sinds 2006 zijn er grote veranderingen zichtbaar in het Nederlandse zorglandschap. Het gezondheidszorgsysteem is onderhevig geweest aan hervormingen, die door middel van gereguleerde marktwerking moeten leiden tot een verschuiving van een aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde zorg (Maarse, 2011. p. 41).

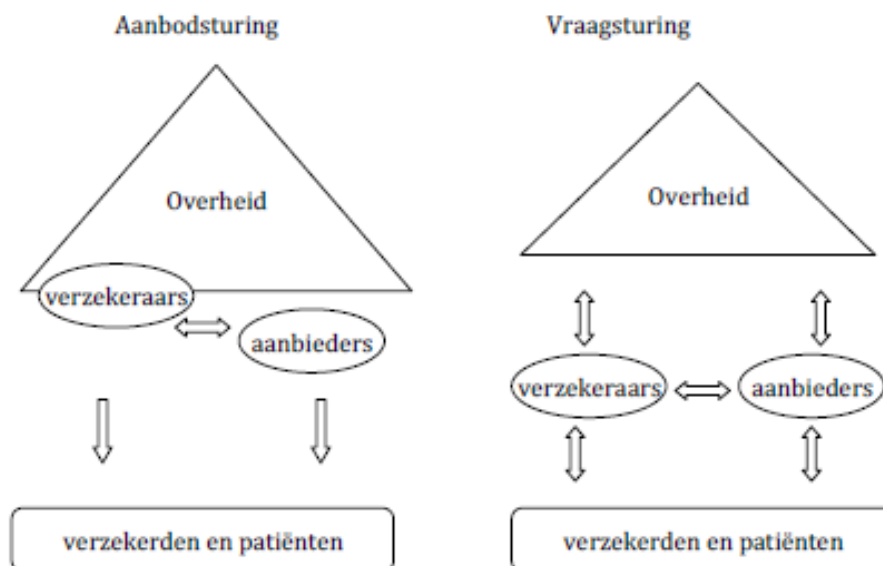
In Nederlandse termen houdt een aanbodgestuurde zorg in dat er een sterk gecentraliseerd besturingsmodel is, waarbij er sterke bemoeienis is van de overheid met de aanbodcapaciteit van de zorg, de prijsvorming, het uitgavenniveau en de ziektekostenverzekering (Maarse, 2011, p.41). Wat betreft de definitie van het begrip vraaggestuurde zorg is er iets meer nuance nodig. Bij vraaggestuurde gezondheidszorg doet de zorgaanbieder volgens Verbeek (1999) expliciet moeite om de bestaande zorgverlening aan te passen aan de specifieke behoeften en wensen van de individuele cliënt (Kort, Giesen, Prinsen, Peppel, Veenvliet & Zwart, 2002). Verbeek volgens van der Kraan onderscheidt in 2003 vier kenmerken van vraaggerichte zorg (van der Kraan, 2006, p.34):

- De zorgvrager heeft zelf invloed op doel, vorm en tijdstip van zorg- en dienstverlening;
- Het aanbod past zoveel mogelijk op de vraag;
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit, levering en de organisatie;
- Het zorgaanbod is vaak voor groepen mensen met vergelijkbare behoeftes

Een vraaggestuurde zorgsector is dus kortom veel meer gericht op het bieden van de zorg die de patiënt nodig heeft, om efficiëntieverlies tegen te gaan. Zorgverleners moeten met elkaar concurreren om patiënten aan te trekken.

De markthervorming in de Nederlandse zorgsector kan volgens Maarse (2011, p. 50) worden gezien als een doelbewust streven om nieuwe bestuurlijke verhoudingen in de zorg te creëren. Het gaat hierbij om een andere verhouding tussen de overheid, zorgverleners en zorgvragers. Hierbij spelen zorgverzekeraars een grote rol. Door de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 zijn verzekeraars nu op zichzelf staande organisaties, al zijn er nog veel zaken gekoppeld aan de overheid (Maarse, 2011, p. 54). Figuur 1 geeft de verschuiving van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg schematisch weer.

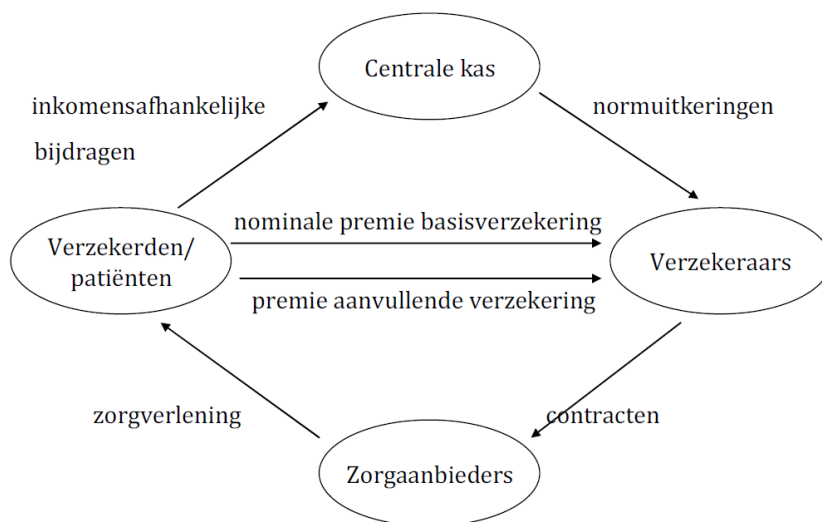
Figuur 1: Van aanbodsturing naar vraagsturing volgens (Maarse, 2011, p. 54)



Zoals uit figuur 1 blijkt moeten zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen in de ingezette markthervorming. Door de zorgverzekeraars in het spel te betrekken, wordt beoogd dat de ziekenhuizen meer met elkaar (moeten) gaan concurreren, waardoor er efficiënter gewerkt wordt en de kosten voor de gezondheidszorg teruggedrongen worden. In het kort werkt het Nederlandse zorgstelsel als volgt (Maarse, 2011, p.84-85). Elke burger is verplicht tot het afsluiten van een basiszorgverzekering, die men kan afsluiten bij alle verschillende aanbieders. Naast de basisverzekering is het ook mogelijk om voor een aanvullende verzekering te kiezen. Daarnaast betaalt elke Nederlander afhankelijk van zijn inkomen een bijdrage aan de overheid. De zorgverzekeraars ontvangen dus inkomsten uit de premies voor de basisverzekeringen, uit de premies voor de afgesloten aanvullende verzekeringen, maar ook uit normuitkeringen van de overheid. Zorgverzekeraars kopen bij de verschillende

zorgverleners zorg in, na een proces van onderhandelen. Ziekenhuizen proberen zoveel mogelijk zorg aan de verzekeraars te verkopen, tegen een zo hoog mogelijke prijs, terwijl de zorgverzekeraars zoveel mogelijk zorg tegen een zo laag mogelijke prijs proberen in te kopen. Wanneer zorgverzekeraars immers minder geld kwijt zijn aan de inkoop van zorg, kunnen ze lagere premies aanbieden, waardoor ze meer mensen kunnen verzekeren (Maarse, 2011, p.84). De ziekenhuizen verlenen tot slot de zorg aan de patiënten die verzekerd zijn door een zorgverzekering die bij dat ziekenhuis zorg heeft ingekocht. Een verduidelijking van de verhoudingen tussen de verschillende actoren in het Nederlandse zorglandschap is te vinden in het originele voorstel van de commissie Dekker, wat door Maarse (2011) in een schema is verwerkt in figuur 2.

Figuur 2: Voorstel commissie Dekker volgens Maarse (Maarse, 2011, p.84)



Door de invoering van de marktwerking in de zorg in 2006 wordt de gezondheidszorg sindsdien gekenmerkt door toenemende concurrentie (Maarse, 2011; Verschuren, 2008). Doordat er veel zorgverleners zijn, en slechts een aantal verzekeringsmaatschappijen, hebben zorgverzekeraars een sterke onderhandelingspositie. Daardoor zullen ziekenhuizen onderling met elkaar moeten concurreren of zich herpositioneren (Verschuren, 2008).

De druk op ziekenhuizen om kwaliteit te verbeteren is hierdoor de laatste jaren sterk toegenomen (Maarse, 2011, p. 51). Dit blijkt ook uit recente ontwikkelingen in het zorglandschap. Zo is het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) sinds 1 april 2014 getransformeerd naar het Zorginstituut Nederland (www.nieuws.nl, geraadpleegd op: 16-06-2014). Met deze transformatie heeft het kwaliteitsinstituut enkele nieuwe taken aangetrokken. Zorginstituut Nederland heeft nu als taak om advies te geven aan het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport over innovatie en vernieuwingen in de zorg.

Daarnaast is het de bedoeling dat het instituut de zorgkwaliteit gaat stimuleren en verzekerden informeert over de kwaliteit van zorg (www.nieuws.nl; geraadpleegd op: 16-06-2014). Door deze toenemende nadruk op transparantie en kwaliteit worden zorgverleners gedwongen om meer aandacht aan de kwaliteit van zorg te besteden. Een andere ontwikkeling die deze transparantie en daarmee druk op kwaliteit beïnvloedt is de ontwikkeling van een kwaliteitsvenster door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. In mei 2014 werd een initiatief opgestart waarin alle algemene en topklinische ziekenhuizen meewerken aan het aantoonbaar maken van de kwaliteit van zorg (www.nvz-ziekenhuizen.nl, geraadpleegd op: 16-6-2014). Elk ziekenhuis dat mee doet aan deze kwaliteitsmeting levert dezelfde gegevens aan, waardoor een beknopt beeld gegeven wordt van de prestaties van ziekenhuizen.

Door het zeer dynamische zorglandschap, waarin de afgelopen jaren veel verhoudingen zijn veranderd, is er dus in grote mate behoefte aan een goed beeld op de feitelijke situatie in de omgeving. Dit verbeterde beeld op de werkelijkheid kan door ziekenhuizen worden gebruikt om hun strategische positie in de Nederlandse zorgmarkt te versterken (Verschuren, 2008). Door deze verbeterde strategische positie en de extra kennis van de positie van anderen kunnen zorgverleners betere strategische keuzes maken en zich goed profileren op de markt (Verschuren, 2008).

2.1.2 Hoe bepaal je die positie?

De vorige paragraaf ging in op het veranderende zorglandschap en de noodzaak voor ziekenhuizen om zich te herpositioneren in de zorg. Het volgende vraagstuk dat moet worden beantwoord is op welke manier ziekenhuizen de positie van andere zorgverleners, en hun eigen positie ten opzichte van deze zorgverleners, kunnen bepalen. In het restant van dit hoofdstuk worden de verschillende aspecten van zo'n positiebepaling besproken.

Eerst zal dieper worden ingegaan op het strategische aspect van een dergelijke positiebepalingen, wat een belangrijk aspect lijkt te zijn voor de positiebepaling van een ziekenhuis (Porter, 1996; Nickols, 2000). Hierbij komt aan bod wat strategie nu precies inhoudt, welke verschillende typen strategie kunnen worden onderscheiden en hoe kan worden gekeken naar strategische positionering onder zorgverleners.

Verder wordt er gekeken naar de netwerkvorming van een organisatie, om een goede positiebepaling te kunnen doen (Castelijns et al., 2011; Kuenen et al., 2010; Ginn & Young, 1992). Hierbij wordt besproken wat een netwerk precies is, welke typen netwerken en netwerksturing er zijn en hoe netwerken er in het zorglandschap uitzien.

Daarnaast is ook vraag en aanbod in de zorg van belang bij het bepalen van de positie van een ziekenhuis (Maarse, 2011, p. 132). Daarom wordt er ook aandacht besteed aan de zorgvraag van patiënten en het zorgaanbod van ziekenhuizen.

Tot slot is één van de meest gebruikte methodes om de positie van een organisatie ten opzichte van haar omgeving in te schatten, het kijken naar de prestaties van die organisatie. In paragraaf 2.5 wordt dan ook ingegaan op die prestaties, door te kijken naar benchmarking en kengetallen.

2.2 Strategie en positionering

“Strategic positioning means performing different activities from rivals, or performing similar activities in different ways”
Michael Porter, 1996

Zoals uit het bovenstaande citaat van Michael Porter (1996) blijkt, is de strategische positionering een essentieel onderdeel voor elke organisatie. Om je als organisatie strategisch te kunnen positioneren is het belangrijk om een goed beeld te hebben van de omgeving. De eerste stap die gezet zal worden, is om een beeld te krijgen van wat strategie en positionering precies is en wat het voor organisaties in het algemeen kan betekenen. Hierbij worden verschillende markttheorieën gebruikt om het belang van strategische positionering te verduidelijken. Vervolgens worden verscheidene auteurs aangehaald om te bespreken welke typen positionering er allemaal zijn. De derde en laatste stap in deze paragraaf is om te kijken wat van deze strategische theorieën er nu specifiek op de zorgverleners van toepassing is. De strategische theorieën die algemeen van aard zijn worden dan losgelaten op de zorgsector.

2.2.1. Wat houden strategie en positionering in?

Strategie is een breed begrip, dat vaak wordt gebruikt. Het heeft vaak verschillende betekenissen, en toch ook weer dezelfde. Het begrip strategie is afkomstig van het Griekse woord *strategos*, wat ‘de kunst van de gewoonte betekent’ (Porter, 1996). Toch is een iets verdere verduidelijking van het begrip nodig. Volgens Porter (1996) is strategie het creëren van een unieke en waardevolle positie, wat een set van activiteiten met zich meebrengt. Het behalen van je gewenste strategische positie kan volgens hem op drie manieren. Een organisatie kan in een klein aantal behoeften van een grote hoeveelheid klanten voorzien, een organisatie kan in een groot aantal behoeften van een kleine hoeveelheid klanten voorzien of een organisatie kan in een groot aantal behoeften van een grote hoeveelheid klanten voorzien in een kleine markt (Porter, 1996). Strategie gaat dus over keuzes maken. Waar komt het accent te liggen en waar niet? Soms kan winst op het ene terrein alleen

worden geboekt door verlies op het andere terrein. De organisaties moeten besluiten wat hun kerncompetenties zijn of worden (de Jong, 2012). Porter zegt verder dat werknemers van een organisatie doordrongen moeten zijn van de bedrijfsstrategie, en dat het beter is als zij deze strategie uitdiepen dan wanneer ze hun strategie verbreden en compromissen sluiten (Porter, 1996).

Strategievorming vindt haar basis in drie aspecten binnen de organisatie: visie, missie en waarden (den Engelsen, van Bleek & Blijham, 2007). Door een beschrijving van de omgeving te doen, een verwachting uit te spreken over de toekomstige omgeving en aan te geven waar de organisatie voor staat en op welke manier de organisatie wil bijdragen aan het verbeteren van de relevante omgeving wordt een eerste richting gegeven aan de organisatie (den Engelsen et al., 2007). Daarnaast moet er dus een aantal algemene kernwaarden verweven zijn in de organisatie, die niet aan verandering onderhevig zijn. Door de organisatievisie, -missie en waarden toe te passen op het marktdomein wordt strategie gecreëerd (den Engelsen et al., 2007). Het marktdomein bestaat uit de klantvraag, de klantgroepen en de klantoplossingen. Oftewel: vraag, doelgroep en aanbod.

Door je als organisatie met een bepaalde visie, missie en waarden te verdiepen in het marktdomein ga je je strategisch positioneren (Porter, 1996). Door als organisatie je eigen positie te bepalen wordt de benodigde informatie verzameld om de organisatiestrategie optimaal in te voeren.

Fred Nickols zette in 2000 een aantal andere gangbare definities van strategie op een rijtje. Zo haalt hij B.H. Liddell Hart aan, die zijn definitie ontleent vanuit militaire strategie. Hij past deze manier van strategie toe op het bedrijfsleven, door het militaire element weg te halen. Zijn definitie van organisatiestrategie is dan ook 'de kunst van het distribueren en toepassen van middelen om de gekozen doeleinden van het beleid te behalen' (Nickols, 2000).

Kenneth Andrews geeft de volgende definitie van strategie: *"Corporate strategy is the pattern of decisions in a company that determines and reveals its objectives, purposes, or goals, produces the principal policies and plans for achieving those goals, and defines the range of business the company is to pursue, the kind of economic and human organization it is or intends to be, and the nature of the economic and non-economic contribution it intends to make to its shareholders, employees, customers, and communities (Nickols, 2000, p. 3)".* In deze definitie gaat het dus ook over patronen van beslissingen, doelen die de organisatie wil bereiken en beleidsplannen die voor de bereiking van deze doelen moet zorgen.

Zo zijn er in de literatuur bredere en smallere definities te geven van strategie, maar in essentie komen ze met elkaar overeen. De verschillende auteurs zijn het er in ieder geval

over eens dat strategie gaat om het maken van keuzes voor een organisatie, die tot stand komen vanuit een visie, missie en waarden binnen de organisatie.

2.2.2 Typen strategieën

Nu we meer weten over wat strategieën en positionering precies inhouden, kunnen we kijken wat de literatuur zegt over verschillende typen strategieën.

Henry Mintzberg publiceerde in 1994 een boek: *The Rise and Fall of Strategic Planning*, waarin hij vier manieren waarop mensen strategie zien onderscheidde (Nickols, 2000). De eerste manier die hij volgens Nickols noemt is strategie als een plan, een manier om van A naar B te komen. Het doel is hierbij duidelijk, strategie is de weg erheen (Nickols, 2000). Een andere manier om volgens Mintzberg naar strategie te kijken is als een patroon van handelingen over langere tijd (Nickols, 2000). Aan de andere kant kan strategie ook weer worden gezien als de positie waarin een organisatie zich bevindt. Het gaat hierbij om beslissingen om specifieke producten in specifieke markten te verkopen (Nickols, 2000). Tot slot noemt Mintzberg dat strategie gezien kan worden als perspectief, ofwel visie en richting binnen een organisatie. Welke kant wil het bedrijf op en op welke manier wil het dat bewerkstelligen (Nickols, 2000)? Mintzberg schrijft dat de vier manieren van strategie elkaar niet uitsluiten, maar dat het ook een afwisselend proces kan zijn. Zo kan een organisatie starten met een bepaald perspectief en een bepaalde visie, waaruit het concludeert welke positie het op welke markt wil innemen. Dit kan bereikt worden door het schrijven van een plan, waarna op den duur een bepaald patroon ontstaat en de organisatie een gevestigde orde is op de gekozen markt (Nickols, 2000).

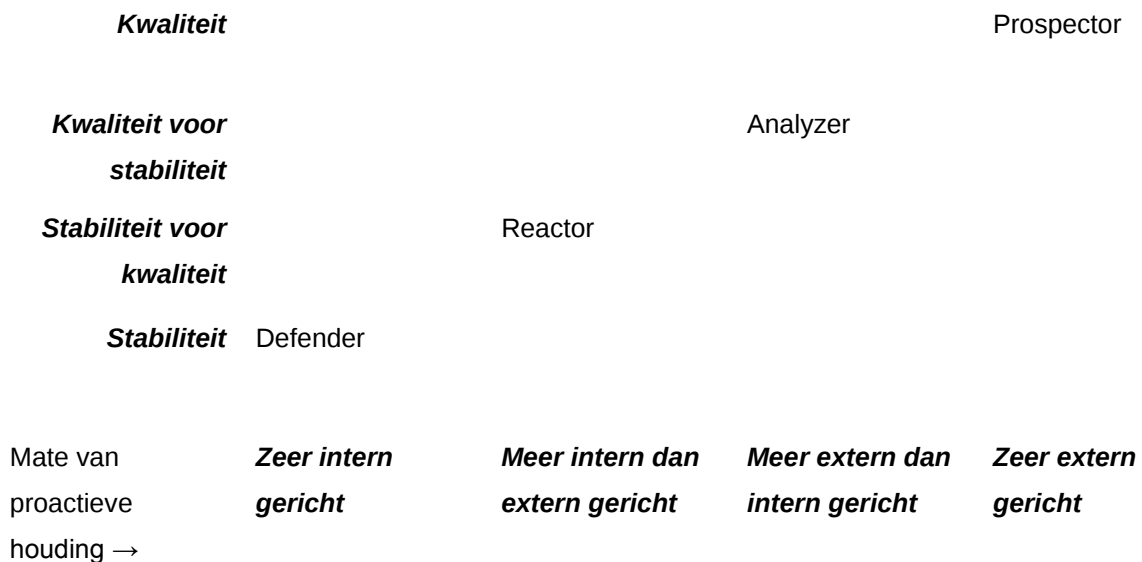
Miles en Snow baseren hun mogelijke bedrijfsstrategieën volgens Ginn en Young op drie onderliggende assumpties (Ginn & Young, 1992). De eerste basisassumptie is dat elke organisatie strategische keuzes maakt ten opzichte van haar omgeving. De tweede assumptie is de keuze voor een meer intern of extern gericht beleid afhankelijk is van de doelstellingen van de organisatie. De derde en laatste assumptie is dat de praktische uitvoerbaarheid van beleid wordt beperkt door de kaders van de organisatiestrategie. Door een te specifieke strategie wordt een organisatie statisch in haar handelen (Ginn & Young, 1992).

Op basis hiervan zien de auteurs vier mogelijke organisatiestrategieën. De eerste strategie is de *defender*. Dit type organisatie streeft voornamelijk naar efficiëntie binnen de organisatie om zo stabiel mogelijk te blijven. De blik van de organisatie is dan ook erg intern gericht, waarbij het doel is om de bestaande processen tot in de puntjes te optimaliseren (Ginn & Young, 1992). De *defender* is ook niet op zoek naar het verbreden van haar scala

aan diensten of producten, de organisatie houdt haar focus op een beperkt aantal producten en diensten. Hiermee is het de minst proactieve organisatiestrategie (Ginn & Young, 1992). Een ander strategietype dat een organisatie kan innemen is dat van de *prospector*. Dit type organisatie heeft effectiviteit van productie en dienstverlening hoger in het vaandel staan dan de efficiëntie hiervan. De *prospector* heeft dan ook een sterke externe focus, omdat de organisatie continu aan het zoeken is naar manieren om nieuwe en betere producten of diensten te kunnen leveren. Dit type organisatie heeft de meest proactieve houding (Ginn & Young, 1992). De *analyzer* is het derde type organisatiestrategie. Deze organisatie is een mix van de *defender* en de *prospector*. De *analyzer* is wel op zoek naar betere, nieuwe producten en diensten die hij kan leveren, maar houdt wel vast aan een bepaalde kern van producten. Tot slot is de *reactor* volgens Miles en Snow een organisatie die het beleid van de *analyzer* probeert na te bootsen. Echter, vaak door een gebrek aan middelen, slaagt dit type organisatie er meestal niet in om innovatief beleid te voeren (Ginn & Young, 1992). De strategietypen die volgens Ginn en Young (1992) door Miles en Snow zijn onderscheiden zijn samengevat in het volgende schema.

Figuur 3: Strategietypen van Miles & Snow volgens (Ginn & Young, 1992)

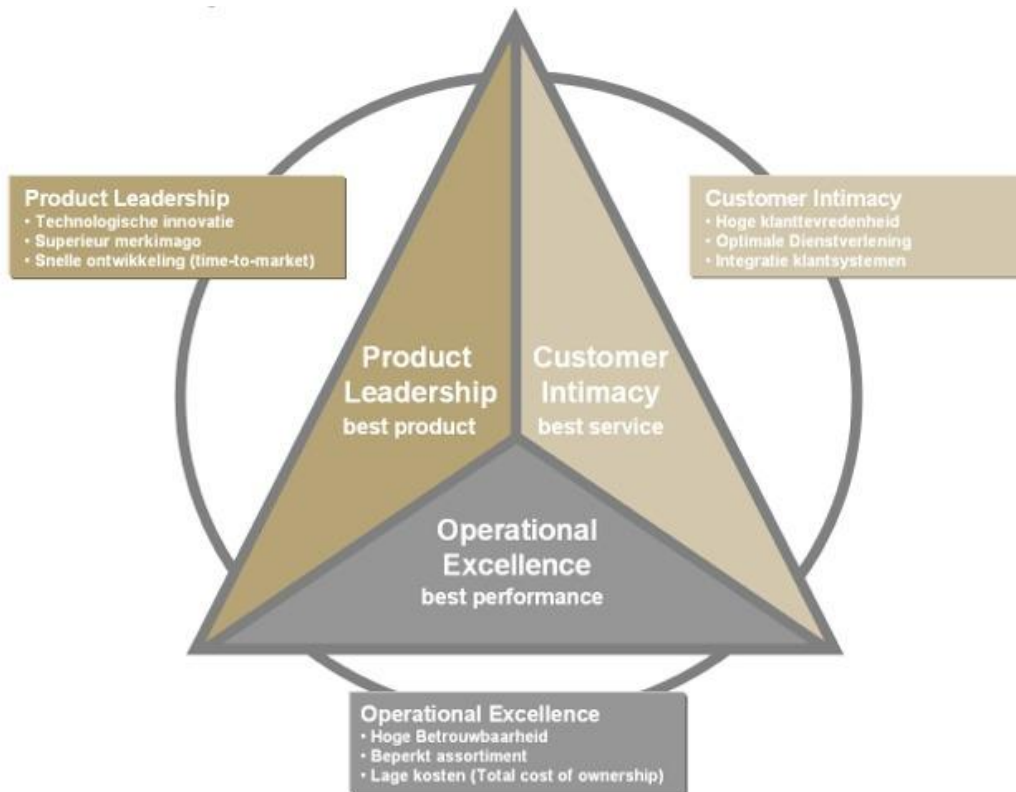
↓ Belangrijkste
organisatiedoel



Treacy en Wiersema (1995) kwamen met een alternatief model om de verschillende typen strategische positionering te onderscheiden. Hun model staat in hetzelfde gedachtegoed als dat van Michael Porter. Ook volgens Treacy en Wiersema moeten er namelijk duidelijke keuzes gemaakt worden om een goede organisatiestrategie te creëren. In figuur 4 staan drie basis organisatiestrategieën.

Figuur 4: Basisstrategie Treacy & Wiersema (1995)

(Bron: http://123management.nl/0/010_strategie/a120_strategie_06_hoe_ontwikkel.html)



In de bovenstaande figuur zijn drie centrale begrippen terug te vinden: *product leadership*, *customer intimacy* en *operational excellence*. Treacy en Wiersema stellen dat een organisatie die de markt wil beheersen maar op één van de drie onderdelen kan excelleren. Op de andere twee moet de organisatie marktconform handelen (Treacy & Wiersema, 1995, p. 36). Een organisatie kan volgens Treacy & Wiersema (1995, p. 37) niet op twee gebieden tegelijk excelleren, omdat ze de concurrentie nooit op meer dan één gebied voor kan blijven. Organisaties die kiezen voor *product leadership* richten zich op continue ontwikkeling van state of the art producten en diensten. Wanneer gekozen is voor deze strategische positionering staan vakkennis en productinnovatie centraal (Treacy & Wiersema, 1995, p. 41). Wanneer een organisatie kiest voor *customer intimacy* moet deze organisatie zich richten op excellente service, waarbij de organisatie de specifieke problemen van de klant kent. De kwaliteit van de dienstverlening is optimaal, wat leidt tot een hoge mate van klanttevredenheid (Treacy & Wiersema, 1995, p. 44-45). Een organisatie die zich vooral richt op *operational excellence* kijkt vooral naar het gehele proces. Een dergelijke organisatie gaat voor gestandaardiseerde, betrouwbare producten tegen concurrerende prijzen. Er is sprake van een beperkt assortiment, waarbij efficiëntie centraal staat (Treacy & Wiersema, 1995, p. 37-38).

Aan deze bestaande theorie is later nog het begrip *mass customization* toegevoegd als vierde organisatiestrategie, met Tseng en Jiao als grondleggers (Tseng & Wang, 2009). In dit geval wordt de klant wel op maat geholpen doordat hij zelf zijn pakket kan samenstellen, terwijl er in de back-office wel degelijk sprake is van (bijna) massaproductie (Tseng & Wang, 2009).

Een voorbeeld hiervan in de zorgsector is dat zorgverzekeraars vaak verschillende pakketten via dochterondernemingen aanbieden, waardoor de wensen van de klant overeenkomen met het gekozen patiënt. In de back-office komt dan uiteindelijk alles bij elkaar.

Nadat er door de organisatie een keuze is gemaakt voor één van deze basisstrategieën, is de organisatie er vaak nog niet. Daarom hebben den Engelsen et al. (2007) nog vier basisontwikkelingsstrategieën opgesteld: marktpenetratie, marktontwikkeling, dienstontwikkeling en diversificatie. Wanneer wordt gekozen voor marktpenetratie probeert de organisatie haar bestaande marktpositie uit te bouwen door meer klanten binnen dezelfde gekozen doelgroepen aan te trekken. Het wil dan ook excelleren binnen dezelfde markt (den Engelsen et al., 2007). Men doet aan marktontwikkeling wanneer de aanbieder dezelfde diensten aan nieuwe doelgroepen probeert te slijten. De aanbieder probeert het product via marketing in andere markten te verkopen (den Engelsen et al., 2007). Dienstontwikkeling houdt in dat er nieuwe diensten worden aangeboden aan bestaande doelgroepen, waardoor de organisatie een grotere verscheidenheid aan producten of diensten moet produceren (den Engelsen et al., 2007). Diversificatie houdt tot slot in dat er nieuwe diensten aan nieuwe doelgroepen worden aangeboden. Een organisatie die hiervoor kiest is nieuw op de gekozen markt en heeft nog geen ervaring met het product of met de afzetmarkt (den Engelsen et al., 2007). De ontwikkelingsstrategieën worden schematisch weergegeven in figuur 5.

Figuur 5: Ontwikkelingsstrategieën (den Engelsen et al., 2007)

	Bestaande diensten	Nieuwe diensten
Bestaande markten	marktpenetratie	dienstontwikkeling
Nieuwe markten	marktontwikkeling	diversificatie

Strategie werkt namelijk niet altijd vanzelfsprekend door op de werkvloer. MacLellan (2007) noemt vier barrières bij de uitvoering van strategie binnen een organisatie. Als eerste noemt ze de *vision barrier*. Hiermee bedoelt MacLellan (2007) dat slechts 5% van de werknemers op de werkvloer de strategie van de organisatie begrijpt. Daarnaast wordt de *people barrier* genoemd. Uit haar onderzoek blijkt dat slechts 25% van de managers incentives hebben die

correleren met de bedrijfsstrategie (MacLellan, 2007). Dit betekent dat driekwart van de managers doeleinden nastreven die niet opgenomen zijn in de bedrijfsstrategie. Verder spreekt ze van de *management barrier*, waarmee bedoeld wordt dat 85% van de uitvoerende teams minder dan een uur per maand besteden aan het discussiëren over de organisatiestrategie, en hoe deze geïmplementeerd zou moeten worden. Tot slot noemt MacLellan (2007) de *resources barrier*. 60% van de organisaties blijken hun budget niet te linken aan de gekozen strategie. In dit geval is strategie vaak betekenisloos.

Er zijn dus veel verschillende typen organisatiestrategieën te onderscheiden en veel verschillende manieren om naar strategie te kijken. Toch blijkt een groot aantal organisatiestrategieën niet realistisch of te abstract, waardoor er vaak problemen ontstaan bij het vertalen van de strategie naar de werkvloer. De verschillende auteurs lijken het er in ieder geval over eens te zijn dat het goed is om duidelijke en specifieke keuzes te maken omtrent de strategieontwikkeling van een organisatie.

In het slot van deze deelparagraaf is het slim om de verschillende strategietypen kort met elkaar te vergelijken om aan te stippen op welke gebieden ze elkaar raken.

Zo kan in ieder geval een onderscheid gemaakt worden tussen een strategie die intern of extern gericht zijn. Zo geven Ginn en Young (1992) aan dat Miles en Snow de *defender* als sterk intern gerichte organisatie zien, die stabiliteit als voornaamste doel. Bij deze interne houding hoort een strategie gebaseerd op het optimaliseren van het interne proces, ofwel *operational excellence*. Een sterk intern gerichte organisatie zal zich dan ook voornamelijk willen ontwikkelen door hetzelfde product op dezelfde markt te blijven aanbieden, maar hier door interne verbetering beter in worden. In dat geval komt marktpenetratie snel naar voren als ontwikkelingsstrategie. Een dergelijke strategie, waarbij *operational excellence* de standaard is, is bij een cure-instelling eerder denkbaar dan bij een care-instelling. Immers, bij cure-instellingen (waaronder ziekenhuizen) moet er zo efficiënt mogelijk gewerkt worden om zoveel mogelijk patiënten te genezen. Bij care-instellingen, zoals verzorgingstehuizen, gaat het veel meer om de contact met de patiënt.

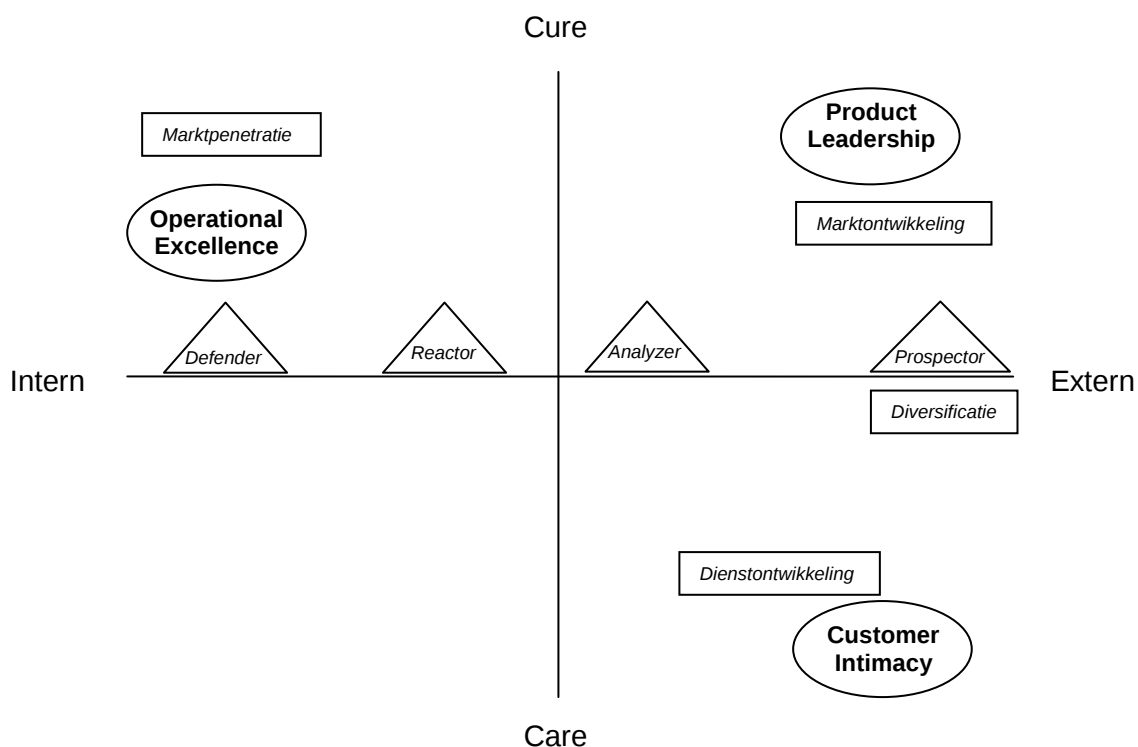
Aan de andere kant van het spectrum zijn *product leadership* en *customer intimacy* sterk extern gericht. De ene strategie richt zich op haar concurrentie en de manier waarop anderen hun product aanbieden, terwijl de andere strategie zich sterk richt op het klantencontact. Wanneer voor *product leadership* wordt gekozen kruipt een organisatie vaak in de rol van de *analyzer*. De organisatie probeert innovatief te zijn en tot nieuwe inzichten over haar product te komen, maar houdt wel vast aan een bepaalde kern van een scala van producten. De organisatie ontwikkelt zich bovendien door het maximaliseren van het product en dat aan zoveel mogelijk klanten aanbieden. Er is dus sprake van *marktontwikkeling*.

Ziekenhuizen hanteren deze strategie vaak om tot innovatieve ideeën en hogere kwaliteit van behandelingen en operaties te komen. Deze strategie komt daarom ook vaker voor bij cure-instellingen dan bij care-instellingen. De behandeling zelf staat centraal en het contact met de patiënt in mindere mate.

Ook *customer intimacy* is dus erg extern gericht, namelijk op de klant. Hierbij past het perspectief van de *prospector*. Er wordt continu naar nieuwe manieren en nieuwe producten en diensten gezocht om aan te bieden, die beter aansluiten op de wens van de klant. De organisatie probeert haar klantrelaties te optimaliseren en deze ook bij nieuwe diensten aan zich te binden. Er is dan ook sprake van *dienstontwikkeling*. De strategie die hoort bij customer intimacy is voornamelijk van toepassing op care-instellingen. In ziekenhuizen staat de kwaliteit en frequentie van behandelingen centraal, terwijl in care-instellingen de revalidatie van patiënten centraal staat. Een sterk patiëntgerichte aanpak komt dan ook voornamelijk voor in care-instellingen.

In figuur 6 zijn de bovenstaande theorieën in een schematische weergave samengevat, waarbij de assen het onderscheid tussen cure of care en tussen interne of externe focus aangeven.

Figuur 6: Overzicht van de verschillende strategieën



Uit de figuur kan dus de conclusie worden getrokken dat cure-instellingen met een interne focus zich richten op operational excellence en marktpenetratie, dat cure-instellingen met

een externe focus zich richten op product leadership en marktontwikkeling en dat care-instellingen zich richten op customer intimacy en dienstontwikkeling.

2.2.3 Strategische positionering onder zorgverleners

Nu een beter beeld over strategie en strategische positionering is verkregen kan met deze kennis in het achterhoofd worden gekeken naar strategie in ziekenhuizen. In de zorgsector is er wat strategievorming betreft geen twijfel over dat de klantgerichtheid voor de patiënt een essentieel onderdeel is (den Engelsen, 2006; Ginn & Young, 1992; Bigelow & Mahon, 1989). Een belangrijke vraag is dus welke strategieën kunnen bijdragen aan die verbeterde klantgerichtheid.

Nu er wat algemene kennis over organisatiestrategie en positionering is opgedaan in paragraaf 2.2.2 moet de informatie toegespitst worden op de zorg. Ginn en Young (1992) deden dit door de besproken strategische typologie van Miles & Snow uit 1978 toe te passen op organisationele factoren en omgevingsfactoren in ziekenhuizen. Het doel van hun onderzoek was om te kijken welke factoren voor ziekenhuizen van belang zijn bij het innemen van een proactieve houding, danwel een passieve houding. Uiteraard moet deze informatie met terughoudendheid worden behandeld, omdat er in elk land een ander zorgstelsel bestaat. Dit neemt weer andere aspecten met zich mee. Toch kan het relevant zijn om naar de omgevingsfactoren van ziekenhuizen in andere landen te kijken. Als organisationele kenmerken gebruikten ze de *grootte van het ziekenhuis*, *samenwerkingsverbanden waar het ziekenhuis zich in bevindt*, *type eigendom* (particulier of publiek) en een *case-mix severity*, wat moet uitwijzen wat voor type patiënten het ziekenhuis behandelt. Als omgevingsfactoren werden sociaaleconomische en demografische kenmerken van de omgeving gebruikt, alsmede het marktaandeel per ziekenhuis (Ginn & Young, 1992).

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat organisationele kenmerken van veel meer invloed zijn op de houding van ziekenhuizen dan de omgevingsfactoren (Ginn & Young, 1992). Vooral grootte en samenwerkingsverbanden waren hierbij van belang. Hoe groter een ziekenhuis en hoe meer het ziekenhuis in netwerken samenwerkt met anderen, hoe meer proactief de organisaties (Ginn & Young, 1992).

In de vorige paragraaf werd de theorie van Treacy en Wiersema besproken, waarbij werd gesteld dat een organisatiestrategie erop gericht moet zijn om te excelleren in het product, het klantproces of de *operational excellence* (den Engelsen et al., 2007). Den Engelsen, Bleek en Blijham (2007) en den Engelsen (2006) hebben deze theorie toegespitst op de

gezondheidszorg, waarbij de nadruk ligt op klantgerichtheid van ziekenhuizen naar patiënt. Zij vertalen de gegeven basisstrategieën naar het volgende:

Strategie 1: het klantprobleem staat bij deze strategie centraal. Het probleem moet worden opgelost en vakkennis van artsen en innovatie in de gezondheidszorg zijn daarbij de primaire vereisten. Er is in dit geval sprake van de klassieke patiënt, die uitgaat van de kennis van de medisch specialist, waarbij de patiënt minder betrokken wordt in het denkproces. Deze strategie is vergelijkbaar met de *product leadership* strategie (den Engels en et al., 2007).

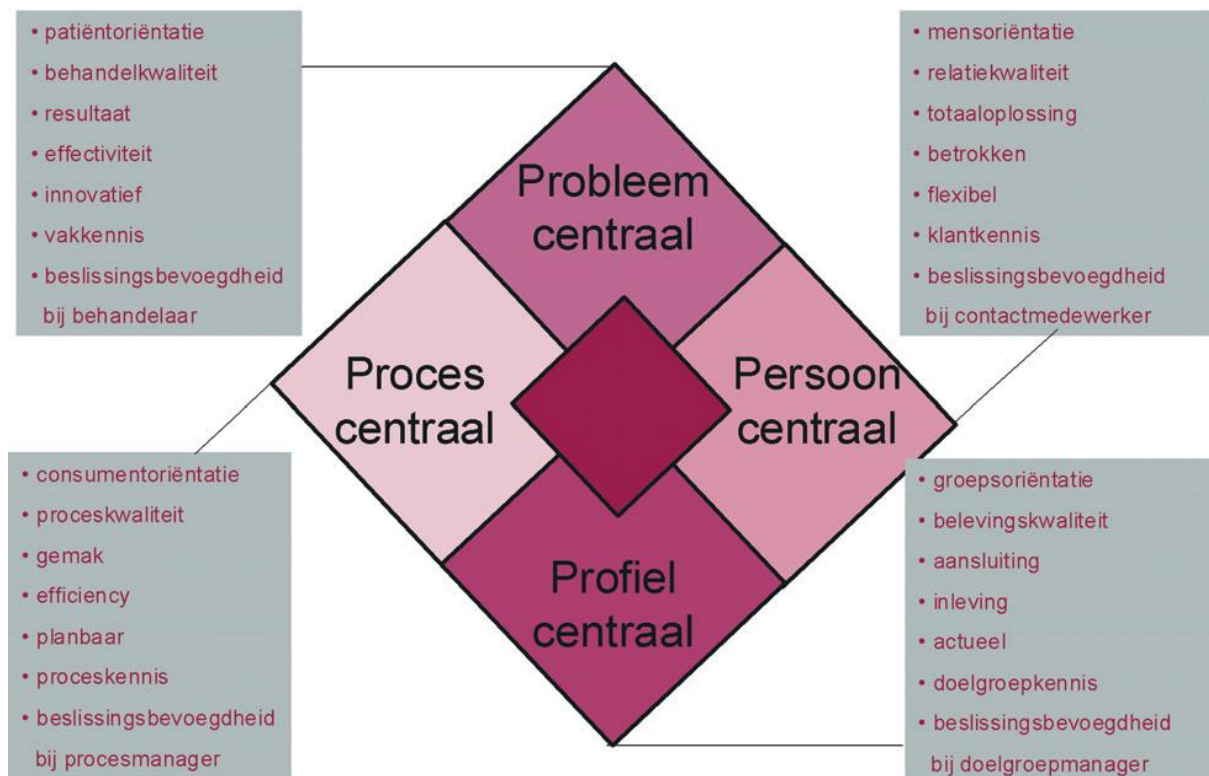
Strategie 2: het klantproces heeft de hoogste prioriteit in deze strategie. De zorgverlener wil betrouwbare zorg leveren, tegen een voor afnemers en zorgverzekeraars aantrekkelijke prijs. Efficiëntie en proceskwaliteit zijn sleutelwoorden, waarmee veel van de handelingen gestandaardiseerd zijn (den Engels en et al., 2007). Deze tweede strategie is vergelijkbaar met de *operational excellence* strategie.

Strategie 3: hier staat het klantprofiel centraal. Er is veel kennis over de wensen en eigenschappen van de patiëntendoelgroep. Ook is er veel inlevingsvermogen bij artsen en verplegend personeel. Toch is er in de back-office veel sprake van standaardprocessen, maar naar de patiënt toe is er veel empathie. Er is hier sprake van *mass customization* (den Engels en et al., 2007).

Strategie 4: in deze strategie staat de klantpersoon centraal. Er is sprake van kleinschalige zorg op maat, die specifiek gericht is op de patiënt in kwestie. Er is een vergaande mate van betrokkenheid van de zorgverleners bij de patiënt. Dit is een voorbeeld vanuit de zorg van *consumer intimacy* (den Engels en et al., 2007).

In figuur 7 op de volgende pagina is een schematische verduidelijking van het de klantgerichtheidstrategieën voor ziekenhuizen van den Engels en (2006) te vinden in de vorm van de 'Ruit van Klantgerichtheid'. Het middelste vierkant visualiseert de onmogelijkheid om overal op te excelleren. Het hoort er bij elke benadering een beetje bij, maar excelleert nergens in (den Engels en et al., 2007).

Figuur 7: de Ruit van Klantgerichtheid (den Engelsen, 2006)



Vanaerde (2005) reageerde ook op de theorie van Treacy en Wiersema, door te stellen dat hun gedachtegoed niet geschikt is voor serviceorganisaties, waar ziekenhuizen dus ook onder vallen. Juist in dienstverlenende organisaties is het belangrijk dat er meerdere opties beschikbaar zijn, in plaats van het onomkeerbaar kiezen voor één van de drie pijlers. Vanaerde zegt juist dat afnemers van diensten de service op alle componenten tegelijk evalueert. De klant kijkt daarbij naar het product zelf, de voordelen die het voor dat individu heeft, hoe het proces verloopt, of en wanneer het product beschikbaar is, hoe de klant behandeld wordt en het imago van het merk (Vanaerde, 2005).

Wanneer de theorie van Treacy en Wiersema, met de kritiek van Vanaerde in het achterhoofd, onder de loep wordt genomen in de gezondheidszorg, kan ook een onderscheid worden gemaakt naar type zorginstellingen. Zo bestaan aan de ene kant de ziekenhuizen en huisartsenpraktijken, die de cure-instellingen vormen. Zij houden zich bezig met het genezen van patiënten, met de daarbij horende verpleging en verzorging. Care-instellingen richten zich meer op de langdurige, chronische zorgtypen, waaronder ouderenzorg, thuiszorg en gehandicaptenzorg. Deze instellingen proberen de nadelen van ziekten, beperkingen en stoornissen te beperken (RVZ, 2002).

Kijkend naar het model van Treacy & Wiersema uit de vorige paragraaf kunnen drie typen strategieën worden onderscheiden, namelijk *product leadership*, *customer intimacy* en

operational excellence. Nu het onderscheid tussen cure- en care-instellingen wordt gemaakt leidt dit ogenschijnlijk tot een tweedeling van het model. De cure-instellingen hebben als taak om zoveel mogelijk patiënten zo goed mogelijk te genezen, terwijl de care-instellingen het de patiënt zo aangenaam mogelijk moeten maken. In dit onderzoek staan de ziekenhuizen, dus de cure-instellingen, centraal. Het gaat hierbij niet zozeer om het zo aangenaam mogelijk maken voor patiënten, maar meer om het genezen van deze patiënten. De basisstrategie die zich richt op *customer intimacy* lijkt dan ook bij uitstek een strategie voor care-instellingen, terwijl cure-instellingen vaker de nadruk leggen op de kwaliteit van het product (*product leadership*) en procesoptimalisatie (*operational excellence*). Wanneer een ziekenhuis zich focust op het leveren van het beste product gaat het om het in dienst nemen van de beste artsen en het aanschaffen van de beste apparatuur. *Operational excellence* kan vanuit twee perspectieven worden bekeken, namelijk procesoptimalisatie vanuit het perspectief van het ziekenhuis en vanuit het perspectief van de patiënt. Voor een patiënt is een korte wachttijd een voorbeeld van een optimaal proces, terwijl voor een ziekenhuis een optimale indeling van OK-uren als optimaal proces geldt.

Hieruit blijkt dat er in de zorg, en dus bij service-organisaties, wel degelijk sprake kan zijn van de keuze voor één van de basisstrategieën. De organisatie handelt nog steeds marktconform op de twee overige aspecten, maar er worden wel duidelijke keuzes gemaakt voor één van de basisstrategieën. Zo ligt het in de lijn der verwachting dat academische en topklinische ziekenhuizen kiezen voor een strategie op basis van *product leadership*, dat algemene ziekenhuizen kiezen voor *operational excellence* en dat care-instellingen vooral *customer intimacy* hoog in het vaandel hebben staan.

Adviesbureau Berenschot deed in 2011 onderzoek naar de strategieën van een groot aantal ziekenhuizen in Nederland. Hierbij werd onderscheid gemaakt naar type ziekenhuis: algemeen, topklinisch of academisch. Algemene ziekenhuizen houden zich bezig met de minder gecompliceerde standaardbehandelingen. Topklinische zorgverleners hebben dure apparaten en artsen tot hun beschikking, waarmee zij de complexere gevallen kunnen behandelen. Bij academische ziekenhuizen ligt de focus van zorg op de meest complexe gevallen en is er veel ruimte tot het opleiden van nieuwe artsen (Castelijns et al., 2011, p. 41).

In het onderzoek wordt de strategie per type ziekenhuis onderzocht aan de hand van negen strategische thema's, te weten portfoliokeuze, sturing op kosten, horizontale samenwerking, verticale samenwerking, bouw, private financiering, *operational excellence*, flexibilisering van arbeid en marketing.

Portfoliokeuze: bij het kiezen van een portfolio worden keuzes gemaakt met betrekking tot de identiteit van het ziekenhuis en het type zorg dat een ziekenhuis wil

verlenen. Wil de organisatie zich voornamelijk richten op zware zorg of op lichte zorg? Wil het zich richten op jongere of oudere patiënten? Deze keuzes worden gemaakt op basis van de verwachte behoefte in de markt en de reactie van de concurrentie daarop. Uit het onderzoek blijkt dat academische ziekenhuizen meer aandacht besteden aan hun portfoliokeuze dan topklinische of algemene ziekenhuizen (Castelijns et al., 2011, p. 27-28).

Sturing op kosten: met dit strategische thema werd onderzocht in welke mate ziekenhuizen bezig zijn om hun kosten te beperken. Dit kan aan de hand van reorganisatie, privatisering of procesoptimalisatie. De uitkomsten van het onderzoek geven aan dat algemene en academische ziekenhuizen iets meer aandacht besteden aan kosten dan topklinische ziekenhuizen (Castelijns et al., 2011, p. 29).

Horizontale samenwerking en verticale samenwerking: de mate waarin zorgverleners onderling samenwerken is ook van belang voor het bepalen van de ziekenhuisstrategie. Met horizontale samenwerking wordt dan ook louter de samenwerking met andere ziekenhuizen bedoeld. Ook van dit strategische thema is er over het algemeen bij academische ziekenhuizen meer sprake dan bij topklinische ziekenhuizen (Castelijns et al., 2011, p.31-33). Verticale samenwerking slaat op de netwerken met huisartsen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, etc. Verticale samenwerking komt momenteel nog maar moeizaam van de grond.

Bouw: hierbij werd gekeken naar de mate waarin ziekenhuizen aan het verbouwen zijn of bouwplannen hebben voor de nabije toekomst, en of er noodzaak is tot verbouwing.

Private financiering: met deze indicator werd onderzocht in hoeverre ziekenhuizen behoefte hebben aan private financiering. Dit strategische thema bleek echter minder relevant, omdat bestuurders geen bemoeienis willen van investeerders. Er is onder het gros van de Nederlandse ziekenhuizen dan ook geen interesse voor private investeerders, door te scherpe eisen van de investeerder (Castelijns et al., 2011, p. 37).

Operational excellence: zoals in de reeds behandelde theorieën al is behandeld, gaat operational excellence over het optimaliseren van het proces. Het doel is om de winstgevendheid en de arbeidsproductiviteit te verhogen.

Flexibilisering van personeel: met dit strategische thema wordt gekeken naar de mate van beschikbaarheid van personeel, mogelijkheden tot verruiming van werktijden en het uitwisselen van personeel onder verschillende afdelen of zelfs met verschillende ziekenhuizen (Castelijns et al., 2011, p. 39).

Marketing: tot slot kan door de klanttevredenheid te verhogen en te investeren in de PR en communicatie naar buiten het beeld van een ziekenhuis worden verbeterd. Het onderzoek van Berenschot wijst uit dat alleen topklinische ziekenhuizen aan marketing doen (Castelijns et al., 2011, p. 40).

De auteurs van het onderzoek concluderen op basis van interviews en enquêtes onder ziekenhuizen, waarbij werd gevraagd naar de mate waarin de ziekenhuizen aandacht besteden aan elk van de indicatoren, dat voornamelijk portfoliokeuze, samenwerking, sturing op kosten en operational excellence belangrijke aspecten zijn bij de positionering van ziekenhuizen. De andere indicatoren zijn minder relevant (Castelijns et al., 2011, p. 48).

Ook andere literatuur geeft het belang van een portfoliokeuze aan. In het zorglandschap van de afgelopen decennia gingen patiënten automatisch naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Inmiddels is de dichtheid aan ziekenhuizen enorm, waardoor de gemiddelde reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis 14 minuten is (Kuenen, Geurts, van Leeuwen & Trenité, 2010, p. 6). Bovendien woont 99% van de bevolking binnen 30 minuten reistijd van een ziekenhuis. Bij vrijwel alle zorginstellingen wordt bovendien elk type zorg aangeboden. Een groot nadeel hiervan is dat er per ziekenhuis sprake is van een laag volume per behandeling, wat leidt tot inefficiëntie (Kuenen et al., p.9).

Uit eerder onderzoek blijkt dat mensen bereid zijn verder te reizen voor zorg, als daar aantoonbaar betere kwaliteit is (Kuenen et al., 2010, p. 13). Door de stijgende transparantie ten aanzien van kwaliteitsverschillen in de zorg wordt de mobiliteit van patiënten verhoogd. Patiënten gaan dus in steeds mindere mate automatisch naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, maar kijken eerst wat elk ziekenhuis in de regio precies te bieden heeft. De toenemende druk van zorgverzekeraars speelt hierbij ook een belangrijke rol. Zorgverzekeraars willen een hoge mate van kwaliteit van zorg voor hun verzekerden veiligstellen, tegen een betaalbare prijs. De regierol van deze zorgverzekeraars is dan ook om de patiënten naar die ziekenhuizen kunnen verwijzen waar de beste prijs-kwaliteitverhouding ligt (Kuenen et al., 2010, p. 14). Zorgverzekeraars beginnen hun rol steeds serieuzer aan te pakken. Verzekeraars wijzen bijvoorbeeld in toenemende mate 'voorkeursziekenhuizen' aan, waarvoor ze de prijs voor hun patiënten verlagen of hen het eigen risico kwijtschelden. Op deze manier scherpen de zorgverzekeraars de verhoudingen in de zorgmarkt steeds verder op scherp (Kuenen et al., 2010, p. 15) Om deze reden moeten ziekenhuizen duidelijke keuzes maken en aandacht besteden aan hun portfolio's (Kuenen et al., 2010, p. 16). Alle ziekenhuizen moeten zich gaan richten op zijn eigen kwaliteiten, zodat ze iets unieks te bieden hebben. Op deze manier wordt de kwaliteit verhoogd, doordat er meer specialistisch te werk kan gaan. Daarnaast zouden hiermee ook de kosten van zorg gedrukt kunnen worden, omdat er door de verhoogde kwaliteit minder complicaties en heroperaties zijn en er een minder lange ligduur is. Deze portfoliokeuzes moeten geschieden door middel van regionaal overleg. Immers, wanneer verschillende ziekenhuizen in dezelfde regio soortgelijke portfoliokeuzes gaan maken wordt de zorg nog steeds niet efficiënter. Er is dan sprake van overcapaciteit (Kuenen et al., 2010 p. 17).

Bij het maken van keuzes ten aanzien van het ziekenhuisportfolio moet rekening gehouden worden met vijf voorwaarden (Kuenen et al., 2010, p. 26-28). Ten eerste moet voldoende bereikbaarheid in de zorg gegarandeerd blijven. Voornamelijk acute zorg, zorg voor ouderen of andere zorgtypen waarvoor nabijheid van doorslaggevend belang is moeten op korte afstand worden aangeboden. Als tweede voorwaarde wordt genoemd dat er voldoende concurrentie moet blijven bestaan per type behandeling. De auteurs pleiten voor concentratie van zorg, maar dit mag niet leiden tot een monopoliepositie van bepaalde ziekenhuizen. De derde voorwaarde die Kuenen et al. (2010, p. 27) noemen is dat er sprake moet zijn van een consistent zorgaanbod in de regio. Patiënten moeten in een bepaalde regio elk type zorg kunnen vinden. De portfoliokeuzes die een ziekenhuis maakt moeten dan ook samenhangen met de keuzes die de ziekenhuizen in de omgeving maken. Hiervoor is een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners cruciaal. Als vierde voorwaarde wordt genoemd dat het zorgaanbod binnen een ziekenhuis consistent moet zijn. Zo moet een ziekenhuis rekening houden met co-morbiditeit. Wanneer een ziekenhuis zich wil specialiseren op het gebied van diabetes, zal het ook aandacht moeten besteden aan orthopedische en vaatchirurgische zorg. Bovendien moet de infrastructuur en personeelsbezetting aansluiten op het zorgaanbod (Kuenen et al., 2010, p. 28). De laatste voorwaarde die de auteurs noemen is dat portfoliokeuzes in overleg met de medisch specialisten gemaakt moeten worden. De kwaliteit van zorg wordt hiermee geholpen.

2.2.4 Samenvatting

Zoals uit paragraaf 2.2.1 is gebleken is er een breed scala aan definities voor het begrip strategie. De verschillende definities correleren echter wel op een paar punten met elkaar. Zo gaat strategie om het maken van keuzes in het belang van de organisatie (Porter, 1996). Waar komt de nadruk te liggen? Wat wil de organisatie bereiken? Hoe wil de organisatie dat bereiken (Porter, 1996; den Engelsens et al., 2007; Nickols, 2000)? Zelfs nadat de definitie van het begrip is vastgesteld blijken er nog diverse typen strategie te zijn. Zo kan een basisstrategie worden vastgesteld op basis van product leadership, customer intimacy en operational excellence (Treacy & Wiersema, p. 35), of op basis van de mate waarin een organisatie proactief handelt (Ginn & Young, 1992).

De besproken basisstrategieën zijn voor elke sector anders, en in het geval van de gezondheidszorg is zelfs per land elke strategiekeuze verschillend omdat elk land een ander zorgstelsel heeft. Onder Nederlandse zorginstellingen blijkt uit de literatuur dat voornamelijk de portfoliokeuze, netwerkvorming, en vraag en aanbod van ziekenhuizen belangrijke factoren zijn om je ziekenhuis te positioneren (Castelijns et al., 2011, p. 48; Kuenen et al., 2010, p. 14). Dat juist deze aspecten zo belangrijk zijn is een gevolg van de hervormingen in de zorgmarkt (Maarse, 2011, p. 49; Kuenen et al., 2010, p. 10).

2.3 Netwerkvorming

Na de relevante literatuur over positionering en strategie in de zorg te hebben bekeken blijkt dat een aantal relevante aspecten nader dient te worden uitgediept. Zo spraken veel auteurs over het belang van samenwerking en netwerken voor de positionering van ziekenhuizen (Castellijns et al., 2011; Kuenen et al., 2010; Ginn & Young, 1992). In deze paragraaf zal daarom dieper worden ingegaan op netwerken. Eerst wordt aan de hand van bestaande literatuur uiteengezet wat een netwerk precies is, welke voor- en nadelen het met zich meebrengt, wat de motieven zijn voor het aangaan van een netwerksamenwerking en wat de succesfactoren voor een goed netwerk zijn. Vervolgens komen we uit bij de verschillende typen netwerken, en de manier hoe die gestuurd kunnen worden, die in de literatuur zijn onderscheiden. De paragraaf wordt afgesloten door te focussen op netwerkvorming in de zorgsector.

2.3.1. Wat is een netwerk?

“Although inter-organizational networks are by now a commonly understood phenomenon of organizational life, it is not always clear exactly what organizational scholars [or people in practice] are talking about when they use the term. Even the term *network* is not always used. Many who study business, community, and other organizational networks prefer to talk about partnerships, strategic alliances, inter-organizational relationships, coalitions, cooperative arrangements, or collaborative agreements” (Provan, Fish & Sydow, 2007, p. 480). Dit geeft aan dat er veel ambiguïteit bestaat rondom het begrip ‘netwerk’, waardoor de noodzaak van het duidelijk maken van dit begrip direct duidelijk wordt. Deze paragraaf richt zich dan ook op het definiëren van een netwerk met behulp van bestaande literatuur.

De afgelopen jaren is er een trend geweest waarbij steeds meer organisaties gingen samenwerken in de vorm van netwerken. Het bovenstaande citaat laat echter zien dat het niet altijd duidelijk is wat het begrip ‘netwerk’ nu precies inhoudt. Voordat de focus naar netwerken in de zorg verschuift, is het eerst belangrijk om na te gaan wat een netwerk nu precies is.

David Faulkner geeft volgens Koppenjan en Klijn een beknopte beschrijving door een netwerk te definiëren als een strategisch samenwerkingsverband tussen organisaties om kosten en kennis te delen, en om risico's te spreiden. Er is dus sprake van een situatie waarin alle betrokken partijen voordeel (denken te kunnen) behalen aan de samenwerking (Koppenjan & Klijn, 2004).

Ook Weber en Khademian houden de definitie van een netwerk vrij breed: "In very broad terms, networks are defined by the enduring exchange relations established between organizations, individuals, and groups" (Weber & Khademian, 2008, p. 334)

Koppenjan en Klijn (2004) geven een driedelige omschrijving van het begrip netwerk. Een netwerk bestaat volgens hen uit drie bestanddelen:

- Er is sprake van één of meer beleidsproblemen;
- Wederzijds afhankelijke actoren zijn betrokken bij hetzelfde beleidsprobleem of beleidsproblemen;
- De organisaties hanteren dezelfde besluitvormingsprocessen rondom de beleidsproblemen binnen het netwerk.

In deze definitie is van belang dat de actoren wederzijds van elkaar afhankelijk zijn. Wanneer een organisatie op een bepaalde manier macht heeft over de andere is er dus geen sprake van een netwerk.

Er zijn veel verschillende definities van een netwerk. Toch lijken alle definities in ieder geval uit te komen op twee kenmerken. Ten eerste zijn er minimaal twee organisaties, die onafhankelijk van elkaar beschikken over identiteiten, belangen en macht, bij een project betrokken (van der Ploeg, 2010). Het is dus ook belangrijk om iets te weten over de organisaties afzonderlijk. Het tweede kenmerk dat in elke definitie terug komt is dat de partners een samenwerkingsverband aangaan om specifieke doelen te bereiken. Deze doelen kunnen voor de partners gelijk, of in ieder geval verenigbaar zijn (van der Ploeg, 2010).

De toename van het belang van netwerken wordt door Koppenjan en Klijn (2004) verklaard aan de hand van zes ontwikkelingen. Ten eerste is er in steeds grotere mate sprake van afhankelijkheid van de andere organisaties in de markt, waardoor netwerken noodzakelijk zijn om te overleven. Daarnaast speelt globalisering en de verhoogde mobiliteit van mensen een rol. Men kiest niet meer voor een organisatie, alleen omdat dat de dichtstbijzijnde leverancier zijn van het gewenste product. Kwaliteit en status spelen ook mee (Koppenjan & Klijn, 2004). Als derde ontwikkeling noemen de auteurs een turbulente omgeving voor organisaties. In elke sector zijn ontwikkelingen en verschuivingen, waar elke organisatie in mee wil en moet. De vierde ontwikkeling die genoemd wordt is dat individuen vrijer dan ooit zijn om te kiezen welke waarden ze willen nastreven. De samenleving heeft niet langer dezelfde universele waarden, waardoor netwerken een uitkomst bieden. De vijfde ontwikkeling is dat de samenleving verandert van een gezaghebbende samenleving, gebaseerd op loyaliteit, naar een onderhandelingsamenleving, waarbij zakelijke horizontale

relaties voorop staan. Tot slot geven Koppenjan en Klijn (2004) aan dat er door de ontwikkeling van kennis en technologie meer onzekerheden en risico's bestaan. Zoals Faulkner (1995) al stelde is het delen van de risico's één van de belangrijkste doelen van een netwerk.

Galaskiewicz (1985) onderscheidt vier motieven voor netwerkvorming tussen organisaties (Popp, MacKean, Casebeer, Milward & Lindstrom, 2013, p. 18-19). Het eerste motief betreft de verschaffing van faciliteiten, materialen, producten en opbrengsten waarmee de organisatie voordeel kan behalen. Een ander motief is ambiguïteit over de omgeving. Door samen te werken kan eenvoudiger worden ingespeeld op de veranderende context en worden de risico's gedeeld. Het derde motief dat hij noemt gaat over legitimiteit in de afzetmarkt. Tot slot kan een motief tot het aangaan van een samenwerkingsverband zijn dat de organisaties collectieve doelen hebben, die samen eenvoudiger bewerkstelligd kunnen worden (Popp et al., 2013, p. 18).

Voordat verder wordt gegaan met de typen netwerken die in de literatuur zijn onderscheiden, zal nog kort worden ingegaan op de succesfactoren voor een goed netwerk. Wanneer werkt een netwerk naar behoren? Robson (2006) lichtte drie succesfactoren uit: coöperatie, communicatie en conflictbeheersing. Met coöperatie bedoelt Robson dat er duidelijke bereidheid tot samenwerking moet zijn. Zo moet er sprake zijn van eerlijke en volledige informatie-uitwisseling, moet er gezamenlijk over probleemoplossingen worden nagedacht, moet er bereidheid zijn tot aanpassing aan veranderingen en moet er terughoudend worden omgegaan met machtsgebruik.

Ook de communicatie binnen het netwerk is van essentieel belang. Zo moet de kwaliteit van informatie goed zijn. Dit wil zeggen dat de informatie accuraat, tijdig, adequaat en betrouwbaar worden geleverd. Door een goede communicatie wordt de vertrouwensband tussen beide organisaties versterkt (Robson, 2006). Door een goede communicatie neemt ook de participatie van werknemers toe. Zij voelen zich meer betrokken wanneer zij niet in het donker worden gehouden.

Conflicten moeten tot een minimum beperkt worden. Ze leiden tot wantrouwen, minder communicatie, minder bereidheid tot samenwerking en daardoor uiteindelijk mindere prestaties. Conflicten binnen een netwerk moeten zo veel mogelijk worden voorkomen of verholpen worden, anders brokkelt het netwerk af (Robson, 2006).

Mandell en Keast (2008) onderscheiden vier fasen waarin een netwerk zich kan bevinden.

Formatie: de betrokken organisaties zijn bezig met het opbouwen van relaties. Hierbij wordt vooral gesproken over het vaststellen van normen, waarden en richting. Er wordt

afgetast of de organisaties hetzelfde over de samenwerking vinden en geprobeerd een vertrouwensband te kweken.

Stabilisatie: in deze fase werken de betrokken organisaties aan het verbeteren van de relatie, door elkaar te steunen en de legitimiteit van het netwerk veilig te stellen.

Routinisering: beide partijen zijn aan elkaar gewend als samenwerkingspartner en richten zich nu op het optimaliseren van het proces. Doordat beide partijen nu weten wat ze aan elkaar hebben kunnen de kosten van continue interactie worden beperkt. Er is niet continu overleg meer nodig, wat de organisaties geld bespaart.

Extensie: in deze fase wordt de waarde van een netwerk al dan niet erkend en de positie van het netwerk verstevigd. Wanneer de samenwerking positief is uitgekapt worden nog hechtere vormen van samenwerking aangegaan en kan zelfs gebruik worden gemaakt van elkaars andere netwerkpartners.

Uit netwerken kunnen erg veel voordelen worden behaald, zoals schaalvoordelen, leren van elkaar, een verstevigde positie op de markt (Popp et al., p. 18). Toch is het niet altijd verstandig om een netwerksamenwerking aan te gaan. Een organisatie moet alleen een netwerk opstarten of ingaan wanneer er sprake is voor een echt potentieel gezamenlijk voordeel. Dit gebeurt alleen wanneer de meer traditionele methoden geen uitkomst bieden (Keast et al., 2004; Huxham & Vangen, 2005).

2.3.2 Typen netwerken en netwerksturing

Er zijn veel auteurs die iets hebben geschreven over de typen netwerk en netwerksturing die er zijn. In deze paragraaf zullen de meest gehanteerde netwerktypen worden uiteengezet.

Michael McGuire (2006) beschreef vier hoofdtypen van netwerken. Het eerste netwerktype gaat over informatie. De netwerksamenwerking is er dan op gebaseerd om kennis te delen en te verduidelijken. Een aantal auteurs maakt echter een onderscheid tussen het verkrijgen van informatie door het delen van kennis en het gezamenlijk genereren van nieuwe kennis, die de organisaties afzonderlijk niet konden achterhalen (Bell & Zaheer, 2007; Popp et al., 2013).

Het tweede netwerktype dat McGuire onderscheidt is een ontwikkelingsnetwerk (McGuire, 2006). Hierbij ligt de focus op het uitwisselen van informatie, gecombineerd met onderwijs, wat het vermogen van de organisatie om oplossingen te implementeren versterkt (Popp et al., 2013).

Bij het derde type ligt de focus op het uitbreiden van de capaciteit van de organisatie. Het gaat hierbij om de groei van sociaal kapitaal van de organisatie en om het vergroten van de administratieve capaciteit van het netwerk (McGuire, 2006).

Het laatste netwerktype dat McGuire (2006) noemt is een actienetwerk. De primaire focus van de samenwerking ligt op het bieden van effectieve dienstverlening, waar de diensten gezamenlijk geproduceerd worden door de organisaties in het netwerk.

Dit basismodel van McGuire wordt vaak gehanteerd, maar een aantal auteurs zijn op sommige aspecten dieper ingegaan. Zo schrijven meerdere auteurs dat een netwerk het leren zelf ook als primaire doel kan hebben (Knight & Pye, 2005; Borgatti & Forster, 2003).

Anderen onderscheiden netwerksamenwerking met de primaire focus op leiding, controle en coördinatie van de collectieve actie tussen overheidsinstanties en niet-openbare groepen, waaronder door de overheid gefinancierde initiatieven (Provan & Lemaire, 2012).

Provan en Kenis (2008) richten zich op de verschillende typen van netwerksturing, wanneer twee of meer organisaties gaan samenwerken. De eerste optie die zij noemen is de collectieve netwerksturing (*shared governance*). In dit geval gaan beide partijen als gelijkwaardige partners aan de slag. De organisaties hebben allebei evenveel voor het zeggen en moeten elke keer opnieuw via consensus tot nieuw beleid komen. In dit netwerktype moet er veel onderling vertrouwen zijn. Daarnaast is het aantal deelnemers aan een dergelijk netwerk beperkt. Immers, wanneer er veel verschillende actoren binnen een netwerk bij elke beslissing tot consensus moeten komen is het netwerk inefficiënt. Er zijn weinig netwerkvaardigheden nodig, omdat er ook maar weinig deelnemers in het spel zijn (Provan & Kenis, 2008).

De tweede manier waarop twee of meer organisaties een netwerkverbintenis aan kunnen gaan is door een *lead organization*, ofwel leidende organisatie, in te stellen. Eén van de deelnemende organisaties, vrijwel altijd de grootste, krijgt de leiding over het beleid (Provan & Kenis, 2008). De andere organisaties hebben minder invloed, maar doen wel mee in het netwerk. Voor deze manier van netwerksturing is in mindere mate dan bij de *shared governance* veel vertrouwen in de leidende organisatie of consensus over de doelen nodig. Wel kunnen er meer organisaties deelnemen aan dit netwerk (Provan & Kenis, 2008). Dit type netwerksturing komt bijvoorbeeld vaak voor bij intergemeentelijke samenwerking, waarbij de grootste gemeente het beleid bepaalt en de kleinere gemeenten volgen.

Wanneer er veel deelnemers zijn in het netwerk wordt vaak gekozen voor een aparte netwerk-stuurorganisatie, oftewel *joint organization*. De deelnemende partijen roepen in dit geval een nieuwe organisatie in het leven om leiding te geven aan het netwerk. Hierbij moet een redelijke mate van consensus en vertrouwen zijn, omdat elke organisatie zich enigszins moet kunnen vinden in de beslissingen van het bestuur. Daarom moeten de bestuurders van deze *joint organization* beschikken over uitstekende netwerkvaardigheden (Provan & Kenis, 2008).

In figuur 8 is ter verduidelijking een schematische weergave van de theorie van Provan en Kenis (2008) te zien.

Figuur 8: Vormen van netwerksturing (Provan & Kenis, 2008)

Type netwerksturing	Mate van benodigd vertrouwen	Aantal participanten	Benodigde consensus	Vraag naar netwerkkwaliteiten
Collectieve netwerksturing	Veel	Weinig	Hoog	Laag
Leidende organisatie	Weinig	Bescheiden	Redelijk laag	Gemiddeld
Netwerk-stuurorganisatie	Redelijk	Gemiddeld tot veel	Redelijk hoog	Hoog

2.3.3 Netwerken in de zorg

Door de invoering van de gereguleerde marktwerking in de zorg is druk ontstaan op het beheersen van kosten, efficiëntie en positionering van de organisaties in de Nederlandse zorgsector (Maarse, 2011, p. 50). Door deze ontwikkelingen is er vraag naar beleidsaanpassingen en een andere organisatiestructuur. Een van de meest voorkomende reacties van zorginstellingen op de ontwikkelingen van de laatste jaren is het aangaan van samenwerkingsverbanden (Wells & Weiner, 2007; van der Ploeg, 2010, p. 24; Maarse, 2011, p. 50).

Van der Ploeg gebruikt onderzoeken van Caris (2007) en Galaskiewicz (1985) drie motieven voor netwerkvorming te onderscheiden die specifiek op de zorg van toepassing zijn (van der Ploeg, 2010, p. 24). Het eerste motief is strategisch-economisch. Door samen te werken met andere organisaties is er sprake van schaalvoordelen en van een groter aandeel in de markt. Er is dus ook meer macht. Voor ziekenhuizen vertaalt deze macht zich naar een sterkere onderhandelingspositie t.o.v. zorgverzekeraars (van der Ploeg, 2010, p. 24).

Het tweede motief voor ziekenhuizen om samen te gaan werken met andere zorgverleners is om de zorginhoudelijke kwaliteit te verhogen. Door in een samenwerkingsverband van elkaar te leren kan de weg naar optimalisering van kwaliteit en professionaliteit worden ingezet (van der Ploeg, 2010, p. 24).

Het laatste motief dat van der Ploeg (2010, p. 24) noemt is de nabijheid en toegankelijkheid voor de patiënt. Door samen te werken kan op deze aspecten worden ingespeeld.

De motieven voor zorginstellingen om over te gaan tot netwerksamenwerking die van der Ploeg (2010) noemt, sluiten grotendeels aan bij de reeds besproken verdeling van Galaskiewicz (1985). Het strategisch-economische motief dat Caris noemt valt dan onder de verschaffing van faciliteiten, materialen, producten en opbrengsten. De verhoging van de zorginhoudelijke kwaliteit (van der Ploeg, 2010, p. 24) is gerelateerd aan de legitimiteit en het gezamenlijke doel van de netwerkpartners. De nabijheid en toegankelijkheid sluiten ook aan bij de gezamenlijke doelbereiking.

De meest gebruikte wijze om verschillende samenwerkingsvormen in de zorg te typeren is door een onderscheid te maken tussen horizontale, verticale en diagonale netwerken. Horizontale samenwerking betreft ondernemingen die op hetzelfde niveau in de markt werkzaam zijn (Slot & de Pree, 2008). Het gaat hierbij dus om samenwerking tussen ziekenhuizen, waar schaalvergroting, kwaliteitsverhoging en een vergroting van de bereikbaarheid van zorg aan te pas komen (van der Ploeg, 2010). Verticale samenwerking houdt in dat organisaties met een aanvullend dienstenpakket in eenzelfde regio, gericht op dezelfde doelgroep, hun krachten bundelen (van der Ploeg, 2010, p. 25). Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan netwerken tussen ziekenhuizen en huisartsenpraktijken, fysiotherapeuten en abortusklinieken. Diagonale netwerken betreffen relaties met instellingen uit een andere sector. Dit onderzoek richt zich echter alleen op de cure-zijde van de zorg. Care-instellingen, die zich bemoeien met de revalidatie en gevolgen van behandelingen voor patiënten, blijven buiten beschouwing.

Van Poucke, Bos, Kunst, Jacobs, Koevoets en Vernooi (2013) deden onderzoek naar de samenwerkingstrends onder Nederlandse ziekenhuizen over 2013. Zij concludeerden dat de samenwerking tussen zorgverleners aanzienlijk is toegenomen, waardoor het aantal zelfstandige ziekenhuizen daalt. Er is ook in grote mate sprake van fusies tussen ziekenhuizen. Deze bestuurlijke indikking heeft echter niet geleid tot een afname van het aantal beschikbare locaties waar zorg wordt verleend (Poucke et al., 2013). Veel ziekenhuizen besluiten ook te gaan samenwerken om hun zorgportfolio te optimaliseren. Uit het onderzoek blijkt dat voornamelijk regionale spelers belangrijke netwerkpartners zijn (Poucke et al., 2013). Door de toenemende samenwerkingsverbanden is er sprake van een meer functioneel en dynamisch zorglandschap. Wel geven de auteurs aan dat er nog erg veel ruimte voor verbetering is. Zo komt de samenwerking op het gebied van medisch ondersteunende en algemeen ondersteunende diensten nog maar mondjesmaat tot stand en zijn de netwerken nog lang niet allemaal even effectief (Poucke et al., 2013).

Uit ander onderzoek blijkt dat de academische ziekenhuizen veel bezig zijn met horizontale samenwerking (Castelijns et al., 2011). Deze samenwerkingsverbanden vinden

voornamelijk plaats op het niveau van de medisch specialisten. De motieven van academische ziekenhuizen om samen te werken met anderen zijn dan ook het verhogen van kwaliteit van zorg, het benutten van de competenties van hun netwerkpartners en het benutten van schaalvoordelen (Castelijns et al., 2011). Het merendeel van de topklinische ziekenhuizen zijn volgens het onderzoek ook betrokken in netwerken, maar zijn over het algemeen iets minder happig op horizontale samenwerking. De belangrijkste reden die hiervoor wordt genoemd in het onderzoek is dat topklinische ziekenhuizen meer concurrenten hebben dan academische ziekenhuizen. Topklinische ziekenhuizen kijken dan ook kritisch naar mogelijke partners (Castelijns et al., 2011). Topklinische ziekenhuizen besteden weer iets meer aandacht aan verticale samenwerking, al komt deze voor alle ziekenhuizen nog moeilijk op gang (Castelijns, 2011).

2.3.4. Samenvatting

In een netwerk zijn er verschillende organisaties of actoren die met elkaar samenwerken, om voordelen aan elkaar te behalen. In de zorg worden netwerken aangegaan om strategisch-economische voordelen te halen, om de zorginhoudelijke kwaliteit te verhogen en de nabijheid en toegankelijkheid van zorg te verhogen (van der Ploeg, 2010, p. 24). Deze netwerksamenwerking kan in verschillende vormen. Zo kunnen twee of meer organisaties op gelijk niveau met elkaar samenwerken, kan er een netwerk worden aangegaan waarbij één organisatie de leiding heeft of kan er een nieuwe organisatie in het leven worden geroepen waarin afgevaardigden van elke deelnemende organisatie in het netwerk zitten (Provan & Kenis, 2008). Door de toenemende mate van druk op ziekenhuizen en het erg dynamische Nederlandse zorglandschap is netwerksamenwerking een manier om stabiel te blijven en beter om te kunnen gaan met de veranderende en complexe omgeving (Maarse, 2011, p. 50).

2.4 Vraag en aanbod in de zorg

In dit hoofdstuk, waarin wordt gezocht naar de belangrijkste aspecten bij het positioneren van een ziekenhuis, zijn dus nu strategieën en netwerken naar voren gekomen. Naast deze algemene strategie en de netwerken van een ziekenhuis komt uit de literatuur nog een relevant aspect naar boven, namelijk de zorgvraag van patiënten en de manier waarop ziekenhuizen hierop inspelen met hun aanbod. In deze paragraaf wordt de reeds bestaande, relevante literatuur m.b.t. vraag en aanbod in de zorg geraadpleegd en uiteengezet.

2.4.1. Zorgvraag van patiënten

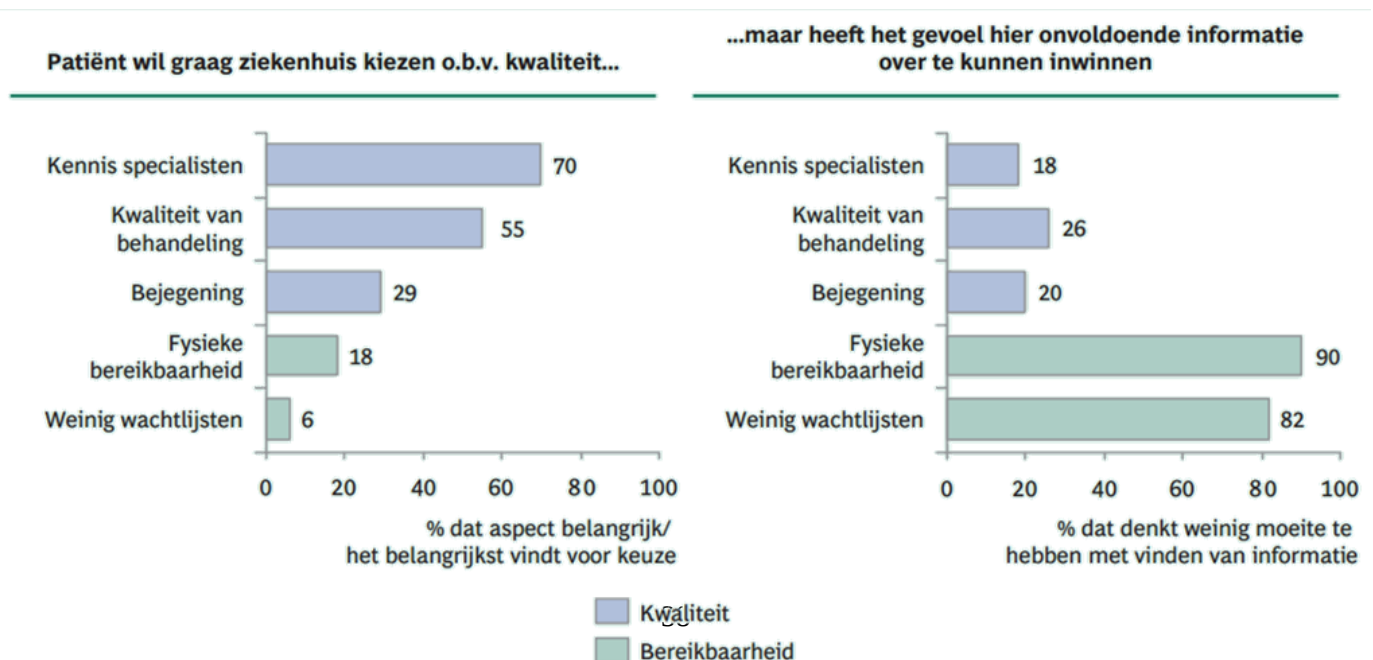
In steeds grotere mate is er sprake van vraaggestuurde zorg in Nederland (Rijckmans et al., 2005; Sebrechts, 2007; Lako & Rosenau, 2009). Dit houdt in dat de zorgsector is afgestemd

op de wensen van de patiënt. Daarom moeten ziekenhuizen steeds beter gaan inspelen op de vraag van de patiënten. Het is dan ook erg belangrijk om te achterhalen wat die vraag precies is.

Lako en Rosenau (2009) deden onderzoek naar de belangrijkste factoren voor patiënten om zich in een bepaald ziekenhuis te laten behandelen. Verreweg het grootste gedeelte van de respondenten gaf aan dat het advies van een huisarts bij een doorverwijzing naar het ziekenhuis de meest doorslaggevende factor is. Liefst 69% van de mensen volgt het advies van hun huisarts op, als het gaat om ziekenhuiskeuze. Een andere factor die meespeelt voor veel patiënten is de reputatie van het ziekenhuis. 14% van de respondenten ziet de reputatie van het ziekenhuis als belangrijkste component bij het kiezen van een geschikte zorgaanbieder. De overige 17% hecht met name veel waarde aan de nabijheid en bereikbaarheid van ziekenhuizen. Zij kiezen per definitie voor een ziekenhuis in de regio (Lako & Rosenau, 2009).

Kuenen et al. (2010, p. 6) kwamen tot de conclusie dat patiënten, mits alle informatie bekend en openbaar is, de meeste waarde hechten aan de kwaliteit van zorg. Voornamelijk de kennis van specialisten en de behandeling van zorg staan bij patiënten hoog in het vaandel. Er wordt dus meer waarde gehecht aan de daadwerkelijke resultaten dan aan de klantvriendelijkheid en bereikbaarheid van het ziekenhuis. Zowel fysieke bereikbaarheid als de bereikbaarheid van een ziekenhuis, gemeten aan de hand van wachtlijsten, zijn voor patiënten minder relevant. Het probleem hierbij is echter dat er juist over de bereikbaarheid veel informatie te vinden is, terwijl over de kennis van specialisten, kwaliteit van behandeling en de bejegening van artsen moeilijk informatie te vinden is (Kuenen et al., 2010, p. 13). Deze informatie is te vinden in figuur 9.

Figuur 9: Belangrijke aspecten bij ziekenhuiskeuze NIPO (Kuenen et al., 2010, p. 13)



Door de uitzonderlijke gemiddelde dichtheid van ziekenhuizen in het Nederlandse zorglandschap is de factor reistijd naar en bereikbaarheid van een ziekenhuis van minder relevantie. De gemiddelde reistijd van een Nederlander naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is 14 minuten. 99% van de inwoners woont zelfs binnen 30 minuten reistijd van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, en in de meeste gevallen zijn er wel twee of drie mogelijkheden in de buurt (Kuenen et al., 2010, p. 13). Ondanks alle ziekenhuizen in de regio is meer dan de helft van alle Nederlanders bereid om meer dan twee uur te reizen, als ze dan terecht kunnen bij een ziekenhuis met aantoonbaar betere kwaliteit dan de ziekenhuizen in de regio (Kuenen et al., 2010, p. 13). Kwaliteit is dus een erg belangrijk aspect van de zorgvraag en de patiëntenstroom per ziekenhuis.

De keuzevrijheid van zorgvragers wordt verder beïnvloed door het sturende gedrag van zorgverzekeraars (Maarse, 2011, p. 132). Zij hebben immers de rol om namens hun verzekerden met ziekenhuizen te onderhandelen over de prijs en kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders worden selectief gecontracteerd op basis van hun prijs-kwaliteitverhouding, wat dus invloed heeft op de keuze van zorgvragers (Maarse, 2011, p.132). Op dit moment gebeurt selectieve contractering nog sporadisch, maar het lijkt in de nabije toekomst wel degelijk een factor te gaan worden om rekening mee te houden (Maarse, 2011, p. 133).

Het lijkt er dus op dat de belangrijkste aspecten die voor patiënten meewegen bij hun ziekenhuiskeuze kwaliteit van dienstverlening, de reputatie van het ziekenhuis, het advies van de huisarts, sturing door zorgverzekeraars en afstand tot het ziekenhuis zijn.

2.4.2. Zorgaanbod van ziekenhuizen

Zoals in de vorige deelparagraaf is behandeld is de Nederlandse zorgmarkt verschoven van een aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde zorg. Hiermee hebben ziekenhuizen ook een nieuwe rol gekregen in het Nederlandse zorglandschap. Er is minder centrale sturing en steun vanuit de overheid, en meer concurrentie en vrijheid voor ziekenhuizen (Maarse, 2011, p. 132).

Ziekenhuizen moeten hier rekening mee houden bij het vaststellen van hun zorgaanbod. Kwaliteit van dienstverlening en betaalbare prijzen zijn door de regierol van de zorgverzekeraars van essentieel belang bij het zorgaanbod (Maarse, 2011, p.133).

Het doel van de markthervormingen in de zorg is om de patiënt via de zorgverzekeraars een sterkere positie te geven, waarmee die typen en manieren van zorg waaraan specifieke behoefte is tegen betaalbare prijzen worden aangeboden. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat patiënten kwaliteit van zorg de belangrijkste factor

vinden bij de waardering van een ziekenhuis (Kuenen et al., 2010, p. 13). De kwaliteit van zorgverlening is dan ook een erg belangrijk aspect bij het zorgaanbod van een ziekenhuis.

Binnen de kaders van de vraaggestuurde zorg kunnen ziekenhuizen echter wel degelijk keuzes maken wat betreft het zorgaanbod. Zo is er al bijvoorbeeld het onderscheid tussen algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen (Castellijns et al., 2011, p. 42), en onder elk type ziekenhuis zitten onderling weer verschillen tussen waar het accent ligt. Het ene ziekenhuis blinkt uit op het gebied van kanker en de ander weer op het gebied van spierziekten. Een ziekenhuis kan zich meer richten op lichte zorg of meer op zware zorg. Er worden door elk ziekenhuis dus keuzes gemaakt, betreffende waarop zij willen excelleren (Engelsen, 2006). Hiermee komen we weer terug bij het verhaal over portfoliokeuzes en ziekenhuisstrategieën.

In haar boek 'Benchmarking' schrijft Codling (1998) dat benchmarking bestaat uit het analyseren van de positie waarin je je als organisatie bevindt, het vinden van een andere organisatie die op een bepaald vlak beter presteert, uitzoeken wat die organisatie precies anders doet om deze betere resultaten te bereiken en het afstemmen van de activiteiten en processen binnen je eigen organisatie om hetzelfde kwalitatief hoge niveau te behalen (Codling, 1998, p. 3).

Dit onderzoek is erop gericht om de positie van het Radboudumc ten opzichte van omliggende ziekenhuizen te bepalen, waarbij in kaart wordt gebracht op welke aspecten een ziekenhuis het goed of minder goed doet. Vragen over hoe het Radboudumc met de nieuwe kennis beter in kan spelen op haar omgeving kunnen absoluut relevant zijn, maar vallen niet binnen de kaders van dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is dus meer simplistisch dan een volledige benchmark, en gaat dan ook niet verder dan het ontwikkelen en toetsen van een model dat het Radboudumc helpt bij het bepalen van haar eigen positie t.o.v. haar omgeving. Dit komt neer op de eerste stap die Codling noemt in haar definitie van benchmarking (Codling, 1998, p. 3). Verder hanteren Maas, Witjes en Zaat (1998, p. 13) een wat vrijere betekenis van benchmarking. Zij geven aan dat benchmarking een vorm van bedrijfsvergelijking is, waarbij niet noodzakelijkerwijs processen of producten geëmuleerd worden. Ook hierbij sluit het doel van dit onderzoek goed aan.

2.5. Kwaliteit van zorg

Zoals uit paragraaf 2.4 is gebleken is kwaliteit van zorg één van de belangrijkste aspecten van een ziekenhuis (Kuenen et al., 2010, p. 13). Toch is er in de theorie weinig te vinden over de variabelen die iets kunnen zeggen over de zorgkwaliteit van een bepaald ziekenhuis. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) publiceert elk jaar een basisset van kwaliteitsindicatoren die iets zegt over de kwaliteit binnen een ziekenhuis (IGZ, 2013). Deze

set is echter vrij operationeel in vergelijking met de indicatoren die op het gebied van strategie en netwerkvorming kunnen worden onderscheiden. Daarnaast worden ook door de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) variabelen onderscheiden in hun kwaliteitsvenster (NVZ, 2014). De zoektocht naar indicatoren om de kwaliteit van zorg te meten is begonnen bij het doornemen van brieven met een algemeen oordeel van de IGZ per ziekenhuis. Deze brieven bleken echter zeer onoverzichtelijk, waardoor hier geen relevante informatie uit is gehaald. Daarom zijn de volgende variabelen onderscheiden op basis van de IGZ basisset ziekenhuisindicatoren en het kwaliteitsvenster van de NVZ.

Een van de belangrijkste aspecten is hoe de patiënt de zorg ervaart. Wordt er zorgvuldig met hem omgegaan en krijgt de patiënt voldoende aandacht van de artsen en het verplegend personeel? Patiëntervaringen vormen daarom een belangrijke indicator voor de kwaliteit van zorg (NVZ, 2014).

Een ander punt is hoelang de patiënt moet wachten tot hij geholpen is. Dit verschilt per ziekenhuis en kan van belang zijn bij het inschatten van de verschillende ziekenhuizen. Wachttijden kunnen dan ook een relevante indicator vormen (NVZ, 2014).

De mate van pijn die de patiënt beleeft na een operatie zegt ook iets over de kwaliteit die door de artsen en de verpleging is geleverd. Wanneer dit significant per ziekenhuis verschilt kan worden geconcludeerd dat het ziekenhuis waar minder pijn is het beter doet, mits dezelfde typen zorg worden verleend (IGZ, 2013; NVZ, 2014).

Het sterftcijfer binnen een ziekenhuis is een indicator waar vaak veel waarde aan wordt gehecht. Dit cijfer moet altijd binnen de context van het ziekenhuis worden gezien. Zo zal het sterftcijfer bij een academisch ziekenhuis vaak hoger liggen dan bij een algemeen ziekenhuis, omdat in academische centra vaak de meer gecompliceerde gevallen terecht komen. Toch zegt het sterftcijfer wel iets over de kwaliteit van de zorg in een ziekenhuis (IGZ, 2013; NVZ, 2014).

Het aantal infecties na een operatie waar het ziekenhuis mee te maken heeft kan een beeld geven van de kwaliteit van de artsen en de verpleging. Wanneer er erg veel infecties zijn, wordt er wellicht onzorgvuldiger gewerkt dan in een ziekenhuis waar weinig infecties voorkomen (NVZ, 2014; IGZ, 2013).

Zoals in deze paragraaf is weergegeven, zijn de aspecten die voor de kwaliteit van zorg uit de literatuur kunnen worden onderscheiden veel operationeler en specifiekter dan voor het inschatten van de strategie en netwerkvorming van een ziekenhuis.

2.6 Prestaties

Om de positie van een ziekenhuis in te schatten is het ook relevant om te kijken naar de prestaties die dat ziekenhuis levert. Benchmarking, waarbij een organisatie wordt beoordeeld op basis van kengetallen, is hierbij de meest gebruikte methode.

2.6.1. Benchmarking

In de literatuur worden verschillende typen benchmarking onderscheiden. Zo onderscheidt Wekking op basis van een eerder stuk van Robert Camp in 1992 vier typen benchmarking, namelijk interne benchmarking, concurrerende benchmarking, functionele benchmarking en generieke benchmarking (Wekking, 2008). Deze typen benchmarking zijn verder uitgelegd in figuur 10.

Figuur 10: Typen benchmark volgens Robert Camp (Wekking, 2008)

Type	Toelichting	Voorbeeld
Interne benchmarking	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van gelijke functies of processen binnen verschillende divisies van dezelfde organisatie ten opzichte van elkaar.	Benchmarkonderzoek naar de logistieke functies van de vestigingen in Azië en Europa.
Concurrerende benchmarking	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van de eigen organisatie ten opzichte van de concurrentie.	Benchmarkonderzoek naar de kwaliteit van het productieproces van een fietsenfabrikant ten opzichte van een concurrerende fietsenfabrikant.
Functionele benchmarking	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van bepaalde functies of processen van de eigen organisatie ten opzichte van vergelijkbare functies of processen van andere, niet-concurrerende organisaties.	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van de magazijnfunctie van de eigen computergroothandel ten opzichte van Telecom groothandels met een vergelijkbare functie.
Generieke benchmarking	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van bepaalde functies / processen van de eigen organisatie ten opzichte van niet-direct vergelijkbare functies / processen van andere, niet-concurrerende organisaties.	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van het sorteerproces van bankbiljetten bij een bank ten opzichte van sorteerprocessen in magazijnen.

Bouckaert en Auwers geven in 1999 een iets andere beschrijving. Zij zien drie hoofdtypen benchmarking, namelijk interne benchmarking, externe benchmarking en generieke benchmarking (Wekking, 2008). De interne en generieke benchmarking volgens Bouckaert en Auwers komen overeen met de typologie van Camp, maar ze typeren externe benchmarking in vier subcategorieën: functionele benchmarking, procesbenchmarking, competitieve benchmarking en internationale benchmarking. Deze subtypen van externe benchmarking zijn opgenomen in figuur 11.

Figuur 11: Subtypen externe benchmarking van Bouckaert & Auwers volgens Wekking (Wekking, 2008)

Subtype	Toelichting	Voorbeeld
Functionele benchmarking	Benchmarking waarbij de invulling van een of meerdere organisatietaken / -functies worden onderzocht.	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van de overheadfunctie ten opzichte van overheadfuncties van andere organisaties.
Proces benchmarking	Benchmarking waarbij een of meerdere werkprocessen worden onderzocht.	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van het vergunningverleningproces ten opzichte van de vergunningverleningprocessen van andere gemeenten.
Competitieve benchmarking	Benchmarking waarbij output en outcome prestaties worden onderzocht.	Benchmarkonderzoek naar de opgeleverde vergunningen ten opzichte van de opgeleverde vergunningen van andere gemeenten.
Internationale benchmarking	Benchmarking waarbij prestaties uit verschillende landen worden onderzocht.	Benchmarkonderzoek naar de prestaties van een functie, proces of geleverde producten ten opzichte van buitenlandse gemeenten.

Kijkend naar de uiteengezette typen benchmarking, zijn voor dit onderzoek de functionele benchmarking en competitieve benchmarking volgens Bouckaert en Auwers relevant. Door de bestaande literatuur te gebruiken wordt een aantal relevante kenmerken opgesteld, dat een houvast biedt voor het creëren van een goede kijk op andere ziekenhuizen. Door middel van een functionele benchmarking kunnen de organisatietaken en functies onderzocht worden. Door een competitieve benchmark uit te voeren wordt ook de output en outcome van ziekenhuizen onder de loep genomen. Dit onderzoek is er nog niet op gericht om aspecten van andere ziekenhuizen te implementeren of overnemen, maar om een model te ontwikkelen dat een goed beeld geeft van de positie van een ziekenhuis. Het gaat hierbij dus slechts om het verkrijgen van een beeld van de omgeving van het Radboudumc. Dit onderzoek zal dan ook in het teken staan van de eerste fase van een functionele en een competitieve benchmark.

2.6.2 Samenvatting

Er hebben zich de laatste jaren veel veranderingen voorgedaan in het Nederlandse zorglandschap, waardoor de verhoudingen tussen verschillende spelers op scherp zijn gezet. Door deze veranderingen, en een grotere druk op kwaliteit van zorg, is het voor ziekenhuizen belangrijk om een goede kijk te hebben op de positie waarin zij zich bevinden ten opzichte van hun omgeving. Om dit te bewerkstelligen kan benchmarking een houvast bieden. Het onderzoek richt zich louter op de eerste stap van het benchmarken, namelijk het achterhalen hoe andere ziekenhuizen presteren en hoe het er daar aan toe gaat. In dit onderzoek wordt nog niet gesproken over het implementeren van processen die in een andere organisatie beter lopen. Door een combinatie van een functionele en een

competitieve benchmarking te hanteren kan een volledig beeld worden verkregen van een ander ziekenhuis.

2.7 Conclusie: Model op basis van de theorie

Na een scan te hebben gedaan van de literatuur kan een aantal relevante kenmerken om een volledig beeld van een ziekenhuis te krijgen worden onderscheiden en in een model geplaatst. Het model bestaat uit drie hoofdbestanddelen, namelijk strategie, netwerk en kwaliteit van zorg.

2.7.1. Waarom positiebepaling?

De eerste vraag van het onderzoek luidde waarom een positiebepaling van het Radboudumc ten opzichte van haar omgeving relevant kan zijn. Door de invoering van de marktwerking in de zorg is er de laatste jaren in veel grotere mate sprake van concurrentie, waarbij zorgverzekeraars een sterke onderhandelingspositie hebben. Veel ziekenhuizen zullen zich daarom moeten herpositioneren en met elkaar concurreren. Door deze dynamiek in het zorglandschap is er een sterke behoefte tot het verkrijgen van een goed beeld op de huidige situatie. Een positiebepaling kan voor het Radboudumc dan ook van grote waarde zijn.

2.7.2. Strategie

Het hebben van een bepaalde visie, missie en een set van waarden behoort tot de basiselementen van strategie (den Engelsen et al., 2007). Logischerwijs zou de totstandkoming van deze set van waarden eerst worden bekeken, maar voor het onderzoek is het eenvoudiger om eerst deze visie, missie en set van waarde boven tafel te krijgen. Met die kennis op zak kan vervolgens naar de totstandkoming hiervan worden toegewerkt.

Naast het achterhalen van de kernwaarden van een ziekenhuis zijn ook de kernkwaliteiten van een ziekenhuis erg relevant. Door de krachten van jezelf en andere organisaties te kennen, kan beter worden ingespeeld op de omgeving (Treacy & Wiersema, 1995, p. 37).

Het ontwikkelen en bepalen van je strategie begint bij het maken van keuzes (Porter, 1996). Deze keuzes vormen de basis van het beleid van elke organisatie. Door te achterhalen welke strategische afwegingen en keuzes een organisatie heeft gemaakt kan een goed beeld worden verkregen van de organisatiedoelen en de manier waarop de organisatie wil handelen (Porter, 1996).

Een ander belangrijk vraagstuk is of de te onderzoeken ziekenhuizen een interne of een externe focus hebben (Ginn & Young, 1992). In het huidige zorglandschap waarin veel veranderingen plaatsvinden kan het van pas komen om te weten welke ziekenhuizen zich

erg richten op hun omgeving en welke ziekenhuizen proberen om intern oplossingen te vinden.

Er doen zich wel eens situaties voor waarin de strategie een struikelblok is voor het oplossen van de problemen die zich voordoen, omdat de beste probleemoplossing niet past binnen de organisatievisie (Ginn & Young, 1992). Hoe een organisatie hiermee omgaat kan een beeld geven van het belang van hun organisatiestrategie.

2.7.3 Netwerkvorming

De eerste vraag die opduikt is met welke andere ziekenhuizen wordt samengewerkt. Zoals al eerder vermeld richt dit onderzoek zich op de tweedelijnszorg.

De tweede vraag die beantwoord dient te worden om de basis te leggen voor een goed inzicht in de netwerkvorming van ziekenhuizen is op welke gebieden wordt samengewerkt. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen drie gebieden van samenwerking, namelijk cure, care en bedrijfsvoering.

Organisaties hebben vaak verschillende motieven om netwersamenwerkingsverbanden aan te gaan. In het model zal de categorisering van van der Ploeg (2010, p. 24) en Popp et al. (2013) worden gebruikt.

Bij het onderzoeken van de netwerksamenwerking van andere ziekenhuizen is het erg interessant om een beeld te krijgen van het verloop van deze samenwerkingsverbanden, al is dit wellicht moeilijk te achterhalen. Drie voorwaarden voor een succesvol verloop van een netwerksamenwerking zijn bereidheid tot coöperatie, goede en duidelijke communicatie en conflictbeheersing (Robson, 2006).

In de literatuur worden verschillende typen netwerken onderscheiden, waarin de deelnemers van het netwerk verschillende rollen kunnen vervullen. In dit model wordt de typologie van McGuire (2006) aangehouden.

Tot slot is het nog belangrijk om na te gaan hoe een netwerk wordt bestuurd. Is er sprake van een dominante organisatie die de bevoegdheid heeft om het netwerk te sturen, is er sprake van een gedeeld netwerkbestuur of is er een speciale organisatie in het leven geroepen om het netwerk te sturen (Provan & Kenis, 2008)?

2.7.4 Kwaliteit van zorg

Zoals uit paragraaf 2.4 en 2.5 is gebleken is kwaliteit van zorg één van de belangrijkste aspecten van een ziekenhuis (Kuenen et al., 2010, p. 13). Toch is er in de theorie weinig te vinden over de variabelen die iets kunnen zeggen over de zorgkwaliteit van een bepaald ziekenhuis. In het model is op basis van de literatuur aandacht voor de volgende punten.

Een van de belangrijkste aspecten is hoe de patiënt de zorg ervaart. Wordt er zorgvuldig met hem omgegaan en krijgt de patiënt voldoende aandacht van de artsen en het verplegend personeel (NVZ, 2014)?

Een ander punt is hoelang de patiënt moet wachten tot hij geholpen is. Dit verschilt per ziekenhuis en kan van belang zijn bij het inschatten van de verschillende ziekenhuizen. Wachttijden kunnen dan ook een relevante indicator vormen (NVZ, 2014).

De mate van pijn die de patiënt beleeft na een operatie zegt ook iets over de kwaliteit die door de artsen en de verpleging is geleverd. Wanneer dit significant per ziekenhuis verschilt kan worden geconcludeerd dat het ziekenhuis waar minder pijn is het beter doet, mits dezelfde typen zorg worden verleend (IGZ, 2013; NVZ, 2014).

Het sterftecijfer binnen een ziekenhuis is een indicator waar vaak veel waarde aan wordt gehecht. Dit cijfer moet altijd binnen de context van het ziekenhuis worden gezien. Zo zal het sterftecijfer bij een academisch ziekenhuis vaak hoger liggen dan bij een algemeen ziekenhuis, omdat in academische centra vaak de meer gecompliceerde gevallen terecht komen. Toch zegt het sterftecijfer wel iets over de kwaliteit van de zorg in een ziekenhuis (IGZ, 2013; NVZ, 2014).

Het aantal infecties na een operatie waar het ziekenhuis mee te maken heeft kan een beeld geven van de kwaliteit van de artsen en de verpleging. Wanneer er erg veel infecties zijn, wordt er wellicht onzorgvuldiger gewerkt dan in een ziekenhuis waar weinig infecties voorkomen (NVZ, 2014; IGZ, 2013).

2.7.5 Samenvatting van het model

Zoals inmiddels duidelijk is gemaakt bestaat het model dat op basis van de literatuur is ontwikkeld uit drie hoofdaspecten, namelijk strategie, netwerkvorming en kwaliteit van zorg. In figuur 12 op de volgende pagina is een schematische weergave van dit model te vinden.

Figuur 12: Schematische weergave van het model op basis van de literatuur

Indicator	Bron
<i>Strategie</i>	
Kernwaarden in het ziekenhuis	den Engelsen et al., 2007
Kernkwaliteiten van het ziekenhuis	Treacy & Wiersema, 1995, p. 37
Strategische keuzes bij de totstandkoming van strategie	Porter, 1996
Intern of extern gericht	Ginn & Young, 1992
Omgaan met tegenstrijdigheden omtrent strategie	Ginn & Young, 1992
<i>Netwerksamenwerking</i>	
Samenwerkingspartners	Van der Ploeg, 2010; Koppenjan en Klijn, 2004
Samenwerkingsgebieden	McGuire, 2006
Motieven samenwerkingsverbanden	Popp et al., 2013; van der Ploeg, 2010
Verloop van samenwerkingsverbanden	Robson, 2006
Type netwerk	McGuire, 2006
Type netwerksturing	Provan & Kenis (2008)
<i>Kwaliteit van zorg</i>	
Patiëntervaringen	NVZ, 2014
Wachttijden	NVZ, 2014
Pijn	IGZ, 2013; NVZ, 2014
Sterftecijfer	IGZ, 2013; NVZ, 2014
Infecties	IGZ, 2013; NVZ, 2014

Op basis van de literatuur is dus nu een model ontwikkeld, wat een indicatie kan geven van de positie van een bepaald ziekenhuis op dat moment of over een bepaalde periode. Deze informatie wordt meegenomen naar het volgende hoofdstuk, waar de afbakeningen van het onderzoek duidelijk worden.

Hoofdstuk 3 – Methodologisch Kader

Door middel van dit onderzoek wil het Radboudumc een beter beeld krijgen van de ziekenhuizen in haar omgeving, waarbij de focus ligt op de tweedelijnszorg. Dit moet geschieden door een model te ontwikkelen dat op elk ziekenhuis universeel toepasbaar is. Daarbij staat centraal dat het Radboudumc wil weten welke vragen of variabelen zorgen voor een volledig beeld van een ziekenhuis. Het model waarmee ziekenhuizen ingeschat moeten worden is in dit onderzoek dan ook belangrijker dan het vergaren van alle specifieke kennis van één bepaald ziekenhuis.

In het vorige hoofdstuk is een hoop literatuur voorbij gekomen die ons iets vertelt over de verschillende aspecten van een ziekenhuis, waarna deze informatie is verwerkt in een voorlopig model met relevante indicatoren. Hiermee is het model echter nog niet volledig. De empirie moet deze gaten opvullen. Dit zal geschieden in twee fasen.

3.1 Interviews met deskundigen

De eerste stap is om met meerdere deskundigen op gebied van de zorg om tafel te gaan om te discussiëren over de juistheid en volledigheid van het uit de theorie opgestelde model. Door verschillende instanties te benaderen kan een goed beeld worden verkregen van de juiste variabelen om de positie van een ziekenhuis in te schatten. Tijdens deze interviews zal het model zoals het uit de theorie is afgeleid worden besproken met mensen die vak kennis hebben over dit onderwerp. In deze paragraaf zal worden besproken welke instanties zullen worden geïnterviewd en waarom. Er wordt gekozen om de interviews afzonderlijk van elkaar te doen, zodat er meer diepgaande gesprekken kunnen worden gevoerd en er geen sprake is van groupthink (Riordan & Riordan, 2013). Bovendien is het logistiek gezien erg lastig om alle respondenten bij elkaar te krijgen.

3.1.1. Radboudumc

Een voor de hand liggende eerste stap is om het model voor te leggen aan mensen die met verschillende mensen met specifieke kennis, waarmee alle aspecten van het model kunnen worden beïnvloed. Hierbij is het handig om te beginnen bij medewerker van het Radboudumc, die verstand heeft van welke variabelen belangrijk zijn bij het meten van kwaliteit van zorg, omdat hierover veel onenigheid en onzekerheid is. Daarom zal het hoofd management unit van de afdeling kwaliteit en veiligheid binnen het Radboudumc worden gevraagd naar haar visie. Dit is een laagdrempelige manier om de eerste feedback te krijgen op het model. Haar expertise ligt op het gebied van het borgen van kwaliteit binnen het ziekenhuis. Het doel is dan ook om uit dit interview voornamelijk een meer gefundeerd oordeel te kunnen vellen over welke kwaliteitsindicatoren nu het meest relevant zijn.

3.1.2. Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit is een onafhankelijke instantie in het zorglandschap, die toezicht houdt op de Nederlandse zorgmarkt. Ze kijken zowel naar zorgverleners als naar verzekeraars. Door het algemene karakter van de NZa wordt beoogd om op alle aspecten van het model deskundige feedback te krijgen, waardoor het model scherper en vollediger kan worden gemaakt. Hiervoor zal een Beleidsmedewerker van het Economisch en Medisch Bureau van de NZa worden geïnterviewd.

3.1.3. Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen

In 2014 heeft de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen een kwaliteitsvenster geïntroduceerd. Dit kwaliteitsvenster moet een overzichtelijke en globale indicatie geven van de kwaliteit van een ziekenhuis (NVZ, 2014). Daarom kan het voor de bepaling van de juiste kwaliteitsindicatoren erg relevant zijn om met iemand van de NVZ te gaan praten. Daarom zal de senior beleidsadviseur kwaliteit en organisatie van de NVZ geïnterviewd worden om het model te verstevigen. Tijdens dit gesprek staan voornamelijk de kwaliteitsindicatoren centraal.

3.1.4. Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert een basisset van kwaliteitsindicatoren, waarvan elk jaar de resultaten worden uitgebracht. Deze set van indicatoren is de meest invloedrijke meting van kwaliteit in de Nederlandse zorg. Om een goed beeld te krijgen van hoe relevant deze indicatoren zijn, en welke van deze indicatoren het belangrijkste zijn, zal de coördinator van de basisset van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen worden geïnterviewd. Hij heeft dus erg veel kennis over de manier waarop ziekenhuizen kunnen worden ingeschat.

3.1.5. Beperkingen en risico's

Bij het inschatten van de keuzes van een ziekenhuis kan ook de visie van zorgverzekeraars erg relevant zijn. Zij hebben vanuit een andere kant dan de eerder genoemde actoren veel te maken met ziekenhuizen. Er is geprobeerd om contact te leggen met verschillende verzekeringsmaatschappijen, en met Zorgverzekeraars Nederland, om deze te spreken over hun blik op het model. Hier was echter om diverse redenen geen animo voor, dus blijft deze kant van het verhaal onbelicht.

Over de vorming van netwerken zou nog gekeken kunnen worden naar de Autoriteit Consument en Markt, waarbij de criteria die zij gebruiken voor samenwerking boven tafel te krijgen en in hoeverre samenwerkingsverbanden kunnen uitlopen in fusies. Dit aspect wordt

in dit onderzoek echter buiten beschouwing gelaten, omdat er dan mogelijk te ver van de hoofdvraag wordt afgestapt.

Van elke organisatie die wordt geïnterviewd wordt slechts één persoon gesproken. Een risico hiervan is dat het moeilijk te achterhalen is of het gesprek de mening van de organisatie weergeeft of de mening van het individu. Omdat het qua tijd en logistiek erg lastig te regelen is om twee interviews per organisatie te houden, wordt dit risico voor lief genomen.

3.2 Operationalisatie

3.2.1. Abstractieniveau van variabelen

Bij de set aan variabelen die in het model zijn onderscheiden, zit er verschil in de mate waarin variabelen geoperationaliseerd kunnen worden. Sommige indicatoren zijn daarom van een hoog abstractieniveau, terwijl sommige variabelen erg operationeel zijn. Hierbij moet bedacht worden dat de variabelen in het model ook erg relevant kunnen zijn, terwijl ze erg moeilijk achterhaald kunnen worden. Ook deze aspecten zijn dus meegenomen.

Kijkend naar de indicatoren die met strategie te maken hebben zijn de kernwaarden en kernkwaliteiten eenvoudig achterhaalbaar, en bedoeld om een eerste beeld van een ziekenhuis te geven. Het gaat er hierbij om een aantal kernbegrippen te achterhalen die kenmerkend zijn voor dat ziekenhuis. Bij de totstandkoming van strategische keuzes, de keuze voor een interne of externe focus en bij het omgaan met tegenstrijdigheden omtrent strategie is het abstractieniveau hoger. Hierbij is de informatie ook veel meer afhankelijk van interpretatie, waardoor het moeilijker is om harde uitspraken te doen.

Ook wanneer de variabelen die iets zeggen over netwerkvorming worden bekeken, zijn de eerste twee variabelen bedoeld om een algemeen beeld te schetsen. Hier kan waarschijnlijk een duidelijk antwoord op gegeven worden. Het abstractieniveau bij de volgende vragen is weer hoger. De motieven voor samenwerkingsverbanden en het verloop hiervan zijn wederom meer interpretatiegevoelig, waardoor het abstractieniveau van de te achterhalen kennis hoger ligt. Kennis over in welke typen netwerken een ziekenhuis zich bevindt en hoe dat bestuurd wordt is afhankelijk van de beschikbare informatie. Toch kunnen deze variabelen iets meer operationeel worden behandeld, omdat er in het theoretisch kader d.m.v. verschillende modellen meer houvast is.

Tot slot zijn de variabelen voor de kwaliteit van zorg een stuk meer operationeel dan bij strategie en netwerkvorming. Zo kunnen patiëntervaringen en pijn worden gevangen in cijfers die de patiënt kan geven. De wachttijden, het sterftecijfer en het aantal risicovolle operaties zijn bovendien feitelijk meetbaar.

3.2.2. Informatieverzameling

In het vorige hoofdstuk werd gesproken over het begrip benchmarking, waarbij enkele abstracte typen benchmark zijn onderscheiden. De vraag luidt nu op welke manieren het Radboudumc deze tactieken kan toepassen op andere ziekenhuizen. Het komt dus neer op de vraag via welke bronnen beschikbaar zijn.

De meest voor de hand liggende bronnen zijn de jaarverslagen en websites van de ziekenhuizen in kwestie. Over de visie, bestuurlijke indeling, financiën zal hier absoluut informatie uit gehaald moeten worden.

Verder is één van de mogelijkheden om te zoeken naar brieven en verslagen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die de bespreking van hun jaargesprek altijd openbaar beschikbaar stellen.

De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen hanteert sinds een paar maanden een kwaliteitsvenster waar alle algemene en topklinische ziekenhuizen aan mee werken. Dit kan een goede informatiebron zijn voor operationele gegevens (NVZ.nl, geraadpleegd op 13-2-2015).

Een andere mogelijkheid zou het analyseren van peer reviews zijn. Het gaat hierbij dus om collegiale toetsing, maar hiervan zijn vaak geen openbare gegevens beschikbaar.

Ook het oordeel van de visitatiecommissie zou erg relevant kunnen zijn, maar ook hierbij is het probleem dat er geen publiekelijk openbare informatie beschikbaar is.

Voor het achterhalen van operationele ziekenhuisdata zijn grote databases met ziekenhuisinformatie bij uitstek geschikt. Er is een aantal databases die over die informatie beschikken. *Ziekenhuizentransparant* is één van die databases, en maakt deze ziekenhuisgegevens openbaar. De database is geordend op basis van de door de inspectie gestelde kwaliteitsindicatoren (*Ziekenhuizentransparant.nl*, geraadpleegd op 13-2-2015). Een andere grote database is *Zorgprisma* van *Vektis*. Zij bieden informatie voor zorgverkopers, beleidsmedewerkers, managers en analisten van zorgpartijen en zorgverzekeraars (*Vektis.nl*, geraadpleegd op 13-2-2015). Deze informatie is echter niet openbaar. Tot slot heeft ook de *Diagnose Behandel Combinatie* (DBC) een database met zorginformatie: het *DBC Informatie Systeem* (DIS) (*dbconderhoud.nl*, geraadpleegd op 13-2-2015). Hierbij wordt echter geen ziekenhuisspecifieke informatie vrijgegeven, waardoor ook deze database geen meerwaarde heeft voor dit onderzoek.

3.3. Aanpassing van het model

Door deze verscheidenheid aan interviews, waarbij het model vanuit verschillende hoeken is bekeken en voorzien is van kritiek, kunnen we stellen dat we een stapje dichterbij het volledige model zijn gekomen. Na de interviews zal daarom de nieuwe kennis worden gebruikt om een tweede, aangepast, model te maken om de status van een ziekenhuis in te

schatten. Er is dan sprake van een model met de basis uit de literatuur en aanpassingen op basis van expertise. Dit model wordt het definitieve model, waarna het getoetst zal worden door het model toe te passen op een ziekenhuis. Er is nu dus eerst vanuit de theorie een model ontwikkeld, waarna in het volgende hoofdstuk een model zal worden gepresenteerd met informatie uit diezelfde theorie in combinatie met de kennis die uit de interviews wordt gehaald.

3.4. Toepassing van het model

Nadat er een definitief model is ontwikkeld, waarbij theorie en kennis uit interviews samenkomen, wordt het tijd om het model te gaan toetsen. Dit zal geschieden via een documentanalyse, waarbij de relevant geachte variabelen die in het model zijn onderscheiden worden ingevuld voor één specifiek ziekenhuis. Omdat het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen de dichtstbijzijnde concurrent en samenwerkingspartner is, zal in dit ziekenhuis worden begonnen met het diepgaande achterhalen van de informatie waar het model om vraagt. Vervolgens worden ook het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein ter vergelijking marginaal getoetst. Deze laatste twee ziekenhuizen zullen dus veel oppervlakkiger worden onderzocht en zijn louter bedoeld om een beeld te kunnen geven van welke variabelen structureel achterhaalbaar zijn, en welke structureel niet of moeilijker achterhaalbaar zijn.

Omdat er concurrentiebelangen zijn is het niet zomaar mogelijk om alle gewenste informatie te verkrijgen tijdens het houden van interviews met werknemers van andere ziekenhuizen. Daarom zal eerst zoveel mogelijk informatie worden verzameld uit jaarverslagen, websites, nieuwsartikelen etc. Door deze bronnen te raadplegen kan in ieder geval een algemeen beeld worden geschetst van het doen en laten van dat ziekenhuis.

Ook binnen het Radboudumc is er kennis over deze ziekenhuizen. Zo heeft het Radboudumc in veel verschillende ziekenhuizen artsen rondlopen die bij hun in loondienst zijn. Zij zijn als het ware uitgeleend aan deze andere ziekenhuizen. Ook bij de geselecteerde ziekenhuizen is dit het geval. Het houden van interviews met deze mensen is dan ook een manier om bepaalde informatie boven tafel te krijgen. Een risico hiervan is dat de geïnterviewden mogelijk het gevoel hebben dat ze zich in een tweestrijd bevinden, waarbij ze moeten kiezen tussen loyaliteit aan hun werkgever (het Radboudumc) of hun dagelijkse werkplek (één van de andere ziekenhuizen). Daarnaast is er geen adequate manier om te bepalen of de informatie die hieruit voortkomt erg betrouwbaar is. Daarom wordt deze methode van informatieverzameling niet gebruikt.

Hoofdstuk 4 – Empirie I: Versterken van het model

Dit hoofdstuk vormt het empirische gedeelte van het onderzoek. Zoals in het methodologisch kader reeds is uitgelegd zal er in dit hoofdstuk aandacht zijn voor de uitkomsten van de interviews met deskundigen in de zorg en voor de uitkomsten van de toepassing van het na de interviews aangepaste model op het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen. In paragraaf 4.1 worden de bevindingen uit de interviews samengevat. Vervolgens staat paragraaf 4.2 in het teken van het neerzetten van een aangepast model. De kennis die door middel van de interviews is vergaard is hierin opgenomen. In hoofdstuk 5 zal dan nog aandacht zijn voor de toepassing van het model op het CWZ, waarna in hoofdstuk 6 nog een marginale toets voor het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein volgt.

4.1 Interviews met deskundigen

Tijdens de interviews is er vanuit verschillende perspectieven gekeken naar het uit de literatuur afgeleide model. In deze paragraaf wordt de opgedane kennis uit de verschillende interviews samengebracht tot een aantal nieuwe bevindingen.

4.1.1. Algemene informatie

Tijdens de interviews kwam ter sprake dat er bij het inschatten van een ziekenhuis behoefte is aan wat algemene informatie over dat ziekenhuis (Respondent 2). Hierbij zijn vier aspecten relevant: portfoliokeuze, financiële situatie, het bestuur en de medewerkers van het ziekenhuis.

Het portfolio is van belang bij het op waarde schatten van de te achterhalen informatie. Zo kan het iets zeggen over welk type patiënten wordt behandeld in het ziekenhuis, wat het verzorgingsgebied van een ziekenhuis is, de mate waarin jonge artsen worden opgeleid en in hoeverre een ziekenhuis gespecialiseerd is (Respondent 2). Ook tijdens de interviews naar voren dat de portfoliokeuze van een ziekenhuis een belangrijke factor is (Respondenten 1 en 3).

Qua financiën geven de respondenten aan dat aspecten als liquiditeit, eigen vermogen, solvabiliteit en winstmarges van belang kunnen zijn bij het inschatten van een ziekenhuis. Dit zijn volgens hen echter vrij eenvoudig vindbare indicatoren.

Ook de manier waarop het ziekenhuis wordt bestuurd is erg belangrijk (Respondent 2). Zo kunnen de artsen lid zijn van een maatschap of kunnen ze in loondienst zijn bij het ziekenhuis. Wanneer een ziekenhuis artsen in loondienst heeft is het bestuur over het algemeen sterker en hiërarchischer dan wanneer de artsen bij een maatschap horen. Hierbij is het relevant om na te gaan of de medisch specialisten of de bestuurders de koers van het ziekenhuis bepalen. Indicatoren hiervoor kunnen zijn wie contact heeft met de verzekeraars of wie er over investeringsbeslissingen gaat (Respondent 2).

Uit de interviews kwam ook naar voren dat o.a. de medewerkertevredenheid en ziekteverzuim indicaties konden geven van of het in een ziekenhuis rommelt of dat alles goed verloopt (Respondenten 1 en 2). Ook de rol van de werknemer lijkt dus een relevante factor te zijn.

4.1.2. Strategie

Op gebied van strategie heeft het model dat op basis van de literatuur is opgesteld weinig kritiek gekregen. Met elke respondent is hierover gesproken, maar de respondenten hadden weinig toe te voegen aan de uit de literatuur afgeleide variabelen. Toch gaven de respondenten wel aan dat het handig kan zijn om een regioscan per ziekenhuis te doen. Het kan namelijk zo zijn dat bepaalde strategische keuzes van een ziekenhuis te verklaren zijn door de aanwezigheid van een andere (grote) zorgverlener in de regio. Het is immers niet efficiënt om bijvoorbeeld twee sterk gespecialiseerde ziekenhuizen op het gebied van kankerbehandeling in dezelfde regio te hebben.

Verder geeft respondent 2 aan dat het belangrijk is om te kijken naar de beoogde termijn van een strategisch plan. Gaat het om een voortdurende bedrijfsstrategie of zijn er bepaalde tijdslimieten aan.

Tot slot wordt nog genoemd dat strategie onlosmakelijk verbonden is met de kwaliteit van zorg (Respondent 2). Een ziekenhuis moet immers beoordeeld worden op de weg die zij in slaan. Wanneer een ziekenhuis zich dus specialiseert op een bepaald type zorg is het niet logisch om je bij het meten van de kwaliteit van zorg te richten op alle aspecten van de zorg.

4.1.3. Netwerkvorming

Uit gesprekken met de respondenten blijkt dat er de laatste jaren meer coördinatie tussen eerste- en tweedelijnszorg is ontstaan. Binnen een netwerk met verschillende typen zorgverleners kan het belangrijk zijn om de ketenregisseur te achterhalen (Respondent 3). Zoals reeds genoemd is het Radboudumc echter voornamelijk geïnteresseerd in de netwerken tussen ziekenhuizen, waardoor het onderzoek zich slechts op de tweedelijnszorg zal richten.

Om bij samenwerking tussen ziekenhuizen onderling te achterhalen welke speler binnen die samenwerking dominant is kan bijvoorbeeld worden uitgezocht welke partij de voorzitter levert en welke partij het secretariaat. De partij die dit levert is in de meeste gevallen de dominante partij (Respondent 3).

Verder geeft respondent 2 nog aan dat een goed begin bij het uitzoeken welke netwerken een ziekenhuis onderhoudt is om te kijken of er meerdere zorgverleners op hetzelfde terrein zitten. Is er bijvoorbeeld een apotheek, een huisartsenpost, een revalidatiecentrum of een gedeeld lab op het terrein van een ziekenhuis. Ook hiervoor geldt

dat deze aspecten buiten beschouwing blijven, omdat het onderzoek tweedelijnszorg centraal stelt.

4.1.4. Kwaliteit van zorg

Uit de verschillende interviews is gebleken dat er op gebied van kwaliteit onderscheid gemaakt moet worden tussen het algemene kwaliteitsbeeld van een ziekenhuis en specifieke indicatoren. In alle interviews wordt genoemd dat de prestatie-indicatoren van de IGZ wel iets zeggen over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis, maar dat er ook niet teveel waarde aan moet worden gehecht. Doordat de uitkomsten van deze indicatoren in elk ziekenhuis op een andere manier worden gemeten geeft een vergelijking op basis van deze indicatoren een vertekend beeld.

Volgens Respondent 1 is het veel belangrijker om te kijken naar de aanwezigheid van een kwaliteitscultuur en een aanspreek en/of verbetercultuur. Er wordt dan gekeken of er in een ziekenhuis openheid en transparantie is, ook wanneer er fouten worden gemaakt. Bovendien is belangrijk of het beleid geëvalueerd wordt en of er iets met die evaluatie gebeurt in een volgend traject. Een kritisch zelfbeeld, ook als er veel goed gaat binnen de organisatie, is van doorslaggevend belang bij het bepalen van de kwaliteit van een ziekenhuis (Respondent 1). De mate waarin een ziekenhuis meedoet aan kwaliteitsaudits kan een indicatie geven van de transparantie van de organisatie (Respondenten 1 en 2). Daarnaast moeten calamiteiten gemeld worden bij de inspectie. Als deze calamiteiten boven tafel te krijgen zijn kan vervolgens worden nagegaan of er maatregelen zijn genomen en of deze maatregelen gedeeld worden met anderen (Respondenten 1 en 4).

Respondent 4 geeft aan dat de snelheid waarin een ziekenhuis zich aanpast aan de veranderende omgeving de belangrijkste variabele is bij het beoordelen van de kwaliteit van een ziekenhuis. Op deze manier kan worden beoordeeld of problemen worden aangepakt en of er een streven naar het verbeteren van de kwaliteit in de organisatie is. Een indicator hiervoor kan zijn hoe de positie van het ziekenhuis in de loop der jaren is veranderd op de AD top 100 ziekenhuizen. Met name de fluctuaties in rangschikkingen kunnen aangeven of een ziekenhuis stabiel is, of er een stijgende lijn in zit of dat het ziekenhuis kwalitatief in vrije val is beland.

Wat betreft de kwaliteitsindicatoren gaf respondent 4 aan dat wanneer er een gedetailleerd beeld van de kwaliteit van zorg achterhaald moet worden, er onderscheid gemaakt kan worden in drie blokken van indicatoren. Het eerste blok moet iets zeggen over de gang van zaken op de afdelingen. Hieronder vallen het operatief proces, interventies, het medicatieproces, spoedprocessen, verpleegkundige zorg, de intensive care en de polikliniek.

Het tweede blok moet iets zeggen over de grootste patiëntgroepen. Het gaat hierbij om patiënten uit de oncologie, met hart- en vaatziekten, bewegingsapparaat, infectieziekten, longziekten en maag-, darm- en leverziekten. Het derde blok van indicatoren gaat over kwetsbare patiëntgroepen. Hieronder valt perinatale zorg, kinderen en ouderen. Tot slot kan er ook nog een algemeen kwaliteitsbeleid en volumenomen worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te achterhalen.

Voor een beknopter kwaliteitsbeeld kunnen volgens de respondent ook andere indicatoren uitkomst bieden. In dit geval ziet hij vier indicatoren die iets kunnen zeggen over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis. Zo zegt de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) iets over het sterftecijfer per ziekenhuis. Daarnaast kan ook de onverwacht lange opnameduur (OLO) iets over de kwaliteit van een ziekenhuis. Wanneer patiënten in een ziekenhuis structureel later dan verwacht het ziekenhuis kunnen verlaten kan worden geconcludeerd dat het ziekenhuis in kwestie meer tijd nodig heeft om dezelfde kwaliteit van zorg te leveren dan een ziekenhuis dat wel aan die norm voldoet. Ook het aantal heropnames zegt iets over de kwaliteit van de door het ziekenhuis geleverde zorg. Als er bijvoorbeeld structureel meer heropnames per patiënt zijn in ziekenhuis A dan in ziekenhuis B kan dit aangeven dat er in ziekenhuis A onzorgvuldiger te werk wordt gegaan tijdens operaties (Respondent 4).

Uit gesprek met respondent 4 blijkt nog dat er een houdbaarheidslimiet op indicatoren zit, omdat ziekenhuizen zich na verloop van tijd gaan richten op het halen van de norm van deze specifieke indicatoren. Andere aspecten kunnen dan in verval raken. De respondent geeft aan dat structuurindicatoren tussen de één en drie jaar houdbaar zijn. Procesindicatoren kunnen tussen de drie en vijf jaar worden behouden en uitkomstindicatoren zijn vaak wel langer houdbaar (Respondent 4).

4.2 Het aangepaste onderzoeksmodel

Na de feedback van de reeds genoemde deskundigen in het zorglandschap kan een model worden onderscheiden op basis van een combinatie van theorie en expertise.

In dit hoofdstuk zal dan ook het onderzoeksmodel worden gepresenteerd, dat tot stand is gekomen door een combinatie van theoretische kennis en praktijkervaring d.m.v. de interviews.

4.2.1. Algemene informatie

De eerste stap binnen het model is om wat algemene informatie over een ziekenhuis los te krijgen. Hiervoor worden vier relevante aspecten onderscheiden.

1. Portfolio

De portfoliokeuze van een ziekenhuis zegt veel over de weg die het wil inslaan. Hierbij komt aan bod welke verschillende typen zorg het ziekenhuis verleent en welk type patiënten in het ziekenhuis worden behandeld (Respondent 2). Zijn de patiënten voornamelijk poliklinisch of ondergaan zij andere vormen van zorg?

Ook de reikwijdte van het verzorgingsgebied wordt bij dit aspect meegenomen. Door de omvang en positie van het verzorgingsgebied mee te nemen kan een beter beeld van de doelgroep worden verkregen. Met deze kennis kunnen bepaalde strategische keuzes of handelingen beter worden ingeschat (Respondent 2).

Het laatste aspect dat qua portfoliokeuze naar voren komt is de mate waarin het ziekenhuis bezig is met het opleiden van artsen. Ligt er een duidelijke focus op onderwijs of komt dit in mindere mate terug (Respondenten 1 en 2)?

2. Ziekenhuisbestuur

Het derde aspect dat relevant is gebleken is de manier waarop het ziekenhuisbestuur is geregeld. Zo zegt de bestuurlijke indeling veel over de wijze waarop het ziekenhuis denkt en handelt (Respondent 2). Zo is bijvoorbeeld van groot belang of een ziekenhuis werkt met artsen in loondienst of dat het ziekenhuis gebruik maakt van een maatschap.

Hieruit volgt ook hoe hiërarchisch een ziekenhuisbestuur is. Over het algemeen kan men stellen dat een ziekenhuisbestuur meer te zeggen heeft wanneer de artsen in loondienst zijn (Respondent 2). De artsen zijn in dat geval immers meer afhankelijk van het ziekenhuisbestuur.

Verder is de kracht of sterkte van het bestuur een relevante factor (Respondent 2). Hierbij moet naar voren komen of de bestuurders of de medisch specialisten daadwerkelijk de koers bepalen. Dit kan gedeeltelijk worden afgeleid uit wie contact heeft met de verzekeraars en wie over grote investeringsbeslissingen gaat (Respondent 2)

3. Financiële situatie

De financiën van een ziekenhuis geven ook belangrijke informatie over een ziekenhuis (Respondent 2). De financiële gezondheid van een zorgverlener kan worden ingeschat aan de hand van drie indicatoren: de rentabiliteit, de solvabiliteit en de liquiditeit. "De rentabiliteit geeft een beeld van de winstgevendheid van een zorgaanbieder. Het kan berekend worden door het bedrijfsresultaat van een jaar te delen door het balanstotaal. De solvabiliteit (eigen vermogen gedeeld door balanstotaal) zegt iets over de mate waarin zorgaanbieders in de toekomst hun schulden kunnen voldoen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013, p. 25). Twee manieren om naar solvabiliteit te kijken is door de verhouding tussen het eigen vermogen en het totale vermogen te meten, of door het eigen vermogen tegen het vreemd vermogen af te

spiegelen (de Boer et al., 2010, p. 199) Tot slot zegt de liquiditeit iets over in hoeverre een zorgaanbieder op korte termijn aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen”. (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013, p. 25). De liquiditeit kan worden benaderd vanuit een drietal indicatoren. Eén indicator van de liquiditeit van een organisatie is de *current ratio*. Dit kengetal wordt berekend door de vlottende activa door de kortlopende schulden te delen, waarmee het de mate aangeeft waarin de verschaffers van kortlopende schulden uit de vlottende activa kunnen worden betaald. De tweede indicator is de *quick ratio*. Het verschil met de *current ratio* is dat de voorraden nu niet worden meegerekend als vlottende activa. De derde manier om naar de liquiditeit van een organisatie te kijken is het *netto werkkapitaal*. Hierbij worden de kortlopende schulden afgetrokken van de vlottende activa, waarmee het dus in absolute getallen aangeeft wat de tekorten of overschotten zijn op de liquiditeitsrekening.

4. *Situatie medewerkers*

De situatie van de werknemers van een ziekenhuis kan een beeld geven van de organisatie (Respondent 1). Daarvoor zal eerst een profielschets van deze werknemers moeten komen. Hoeveel werknemers zijn er, hoeveel fte werken zij, wat is de gemiddelde leeftijd van deze werknemers?

Vervolgens kan worden gekeken naar zaken als medewerkertevredenheid en ziekteverzuim binnen het ziekenhuis. Dit kan iets zeggen over de kwaliteit van de organisatie. Wanneer het ziekteverzuim buitensporig hoog is, en de medewerkertevredenheid erg laag, kan worden geconcludeerd dat het rommelt binnen het ziekenhuis (Respondenten 1 en 3). Vaak ligt dan de werkdruk in het ziekenhuis te hoog.

In figuur 13 zijn de indicatoren die een beeld kunnen geven over de algemene informatie van een ziekenhuis terug te vinden. Ook de informatiebron die hieraan ten grondslag ligt wordt vermeld.

Figuur 13: Indicatoren en informatiebronnen voor de algemene ziekenhuisinformatie

Indicator	Informatiebron
<u>Portfolio</u>	Respondenten 1, 2 en 3
Type zorg die het ziekenhuis verleent	Respondent 2
Type patiënten	Respondent 2
Verzorgingsgebied	Respondenten 2 en 3
Mate van opleiding	Respondenten 1 en 2
<u>Ziekenhuisbestuur</u>	Respondent 2
Bestuurlijke indeling	Respondent 2
Mate van hiërarchie	Respondent 2
Kracht van het bestuur	Respondent 2
<u>Financiële situatie</u>	Respondent 2; NZA, 2013
Rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit	NZA, 2013
<u>Situatie medewerkers</u>	Respondenten 1 en 2
Profiel werknemers	Respondent 1
Medewerkertevredenheid, ziekteverzuim	Respondenten 1 en 2

4.2.2. Strategie

De tweede stap van het model is om te kijken naar de strategische aspecten binnen een ziekenhuis. In deze paragraaf worden de strategische indicatoren stuk voor stuk uitgelegd.

1. Kernwaarden van een ziekenhuis

Het hebben van een bepaalde visie, missie en een set van waarden behoort tot de basiselementen van strategie (den Engelsen et al., 2007). De eerste indicator om te meten hoe de strategie van een organisatie kan worden beschreven is door de kernwaarden van het te meten ziekenhuis te achterhalen. Waardoor wordt het ziekenhuis gedreven om bepaalde keuzes te maken? Welke visie ligt daaraan ten grondslag? Door deze kernwaarden in kaart te brengen komen we meer te weten over de kaders rondom het ziekenhuis in kwestie. Hiermee kan worden uiteengezet welke kant het ziekenhuis precies op wil en welke elementen daarbij belangrijk zijn. De respondenten die hiernaar zijn gevraagd sloten zich hierbij aan (Respondenten 1, 2 en 3).

2. Kernkwaliteiten van een ziekenhuis

Naast het achterhalen van de kernwaarden van een ziekenhuis zijn ook de kernkwaliteiten van een ziekenhuis erg relevant. Door de krachten van jezelf en andere organisaties te kennen, kan beter worden ingespeeld op de omgeving (Treacy & Wiersema, 1995, p. 37). Op welke gebieden excelleert een ziekenhuis? Op welke punten is de dienstverlening onder de maat? Dit zijn belangrijke aspecten bij het verkrijgen van een beeld van een ziekenhuis.

De respondenten die hiernaar zijn gevraagd sloten zich hierbij aan (Respondenten 1, 2 en 3).

3. Strategische keuzes bij de totstandkoming van de strategie

Het ontwikkelen en bepalen van je strategie begint bij het maken van keuzes (Porter, 1996). Deze keuzes vormen de basis van het beleid van elke organisatie. Door te achterhalen welke strategische afwegingen en keuzes een organisatie heeft gemaakt kan een goed beeld worden verkregen van de organisatiedoelen en de manier waarop de organisatie wil handelen. De vraag die hier uit voortvloeit is waarom het accent in de strategische keuzes dan precies daar ligt, en hoe deze strategie tot stand is gekomen (Porter, 1996). Het gaat hierbij dus om het besluitvormingsproces en de vraag wie bij deze besluiten betrokken waren, en wie doorslaggevend waren. Daarbij is het ook relevant om een regioscan te doen. Het zou namelijk kunnen dat een organisatie in een bepaalde specialisatie of strategie gedwongen wordt door de aanwezigheid van andere spelers (Respondent 2).

4. Interne of externe focus

Een ander belangrijk vraagstuk is of de te onderzoeken ziekenhuizen een interne of een externe focus hebben (Ginn & Young, 1992). In het huidige zorglandschap waarin veel veranderingen plaatsvinden kan het van pas komen om te weten welke ziekenhuizen zich erg richten op hun omgeving en welke ziekenhuizen proberen om intern oplossingen te vinden. De mate waarin ziekenhuizen bezig zijn om samenwerkingsverbanden aan te gaan of bezig zijn met zijn indicatoren voor een antwoord op deze vraag. Ook de respondenten 1 en 2 vonden dit een relevante variabele.

5. Tegenstrijdigheden omtrent strategie

Zoals Ginn en Young (1992) aangeven blijkt uit de derde assumptie van Miles en Snow dat zich altijd situaties voordoen waarin de strategie een struikelblok is voor het oplossen van de problemen die zich voordoen. Doordat de organisatie met een bepaalde visie wil handelen is het aantal mogelijke oplossingen beperkter dan wanneer ad hoc bekeken zou kunnen worden hoe een voorkomend probleem het beste aangepakt zou kunnen worden. De probleemoplossing moet passen binnen het kader van de gekozen strategie. Hoe een organisatie omgaat met tegenstrijdigheden, waarbij het moeilijk is om de strategie door te voeren, is dan ook een relevant kenmerk om te bepalen hoe een organisatie te werk gaat. Toen het aan de respondenten werd voorgelegd werd dit gezien als een moeilijk achterhaalbare, maar relevante variabele (Respondenten 1 en 2).

De gekozen indicatoren en de manier waarop de informatie achterhaald is, staat schematisch weergegeven in figuur 14.

Figuur 14: Indicatoren en informatiebronnen voor de organisatiestrategie

Indicator	Literatuur
Kernwaarden in het ziekenhuis	den Engelsen et al., 2007; Respondenten 1, 2 en 3
Kernkwaliteiten van het ziekenhuis	Treacy & Wiersema, 1995, p. 37; Respondenten 1 en 2
Strategische keuzes bij totstandkoming van strategie	Porter, 1996; Respondent 2
Intern of extern gericht	Ginn & Young, 1992; Respondenten 1 en 2
Omgaan met tegenstrijdigheden omtrent strategie	Ginn & Young, 1992; Respondenten 1 en 2

4.2.3. Netwerkvorming

Het derde aspect van het model waarmee een ziekenhuis op waarde kan worden geschat is de netwerken waarin het ziekenhuis zich bevindt.

1. Netwerkpartners

De vraag welke ziekenhuizen de partners zijn van het te onderzoeken ziekenhuis ligt voor de hand. Door de samenwerkingspartners te kunnen onderscheiden kan een volledig beeld worden verkregen van dat ziekenhuis (Respondent 2). Ondanks de tip van één van de respondenten om te kijken naar samenwerkingsverbanden tussen eerste-, tweede- en derdelijnszorg richt het onderzoek zich louter op de tweede lijn. De opdrachtgever is namelijk voornamelijk geïnteresseerd in samenwerking tussen ziekenhuizen onderling.

2. Gebieden van samenwerking

De logische vervolgvraag luidt op welke vlakken dan wordt samengewerkt. Op welke typen zorg wordt samengewerkt? Hoe lang duren deze samenwerkingsverbanden? Hoe officieel zijn deze netwerken? (Respondent 2).

3. Motieven voor samenwerkingsverbanden

Per organisatie verschillen de motieven om over te gaan tot samenwerking. Om de motieven achter de samenwerkingsverbanden te achterhalen zal worden uitgegaan van de categorisering van van der Ploeg (2010): strategisch-economische motieven, zorginhoudelijke kwalitatieve motieven of om de nabijheid voor de patiënt te vergroten. De

motieven achter een samenwerking zijn dus van groot belang bij het inschatten van dat samenwerkingsverband en de positie die de spelers daarbij innemen.

4. Verloop van samenwerkingsverbanden

Bij een samenwerkingsverband is het belangrijk om af en toe de voortgang van die samenwerking te evalueren. Hierbij is het belangrijk om te kijken naar wat er van tevoren werd verwacht van de netwerksamenwerking en of er aan die verwachtingen is voldaan. Robson (2006) onderscheidde bovendien drie voorwaarden voor een succesvol verloop van een netwerksamenwerking: bereidheid tot coöperatie, duidelijke communicatie en conflictbeheersing. Het achterhalen van deze informatie kan problematisch zijn, maar wordt d.m.v. interviews geprobeerd een zo volledig mogelijk beeld te krijgen.

5. Type netwerk

Om een goede inschatting te kunnen maken van een netwerk kan het relevant zijn om uit te zoeken wat voor type netwerk het is (McGuire, 2006). Is er sprake van een informatienetwerk, een ontwikkelingsnetwerk, een capaciteitsnetwerk of een actienetwerk? Is de organisatie in kwestie dominant of juist ondergeschikt aan andere spelers in dat netwerk. Of is er sprake van een gelijke verhouding? Dit kan vaak worden afgemeten aan wie het bestuur van het netwerk regelt of wie de voorzitter of het secretariaat verzorgt (Respondent 2).

Tot slot is het nog belangrijk om na te gaan hoe een netwerk wordt bestuurd. Is er sprake van een dominante organisatie die de bevoegdheid heeft om het netwerk te sturen, is er sprake van een gedeeld netwerkbestuur of is er een speciale organisatie in het leven geroepen om het netwerk te sturen (Provan & Kenis, 2008)? Dit zegt veel over de onderliggende verhoudingen binnen zo'n netwerk.

In figuur 15 is een schematische weergave te vinden van de indicatoren die een beeld moeten geven van de netwerkvorming van de te onderzoeken ziekenhuizen, en de bron waaruit de indicatoren tot stand zijn gekomen.

Figuur 15: Indicatoren en informatiebronnen voor netwerkvorming

Indicator	Informatiebron
Samenwerkingspartners	Van der Ploeg, 2010; Koppenjan en Klijn, 2004; Respondenten 2 en 3
Gebieden van samenwerking	McGuire, 2006; Respondent 2
Motieven voor samenwerkingsverbanden	van der Ploeg, 2010; Respondent 2
Verloop van samenwerkingsverbanden	Robson, 2006; Respondent 2
Type netwerk en sturing	McGuire, 2006; Provan & Kenis (2008); Respondent 2

4.2.4. Kwaliteit van zorg

Om de kwaliteit van een ziekenhuis in te schatten kunnen drie typen indicatoren worden gebruikt. Zo zijn er de structuurindicatoren, die weergeven welke voorzieningen en faciliteiten het ziekenhuis heeft. Daarnaast zijn er de procesindicatoren, waarmee een oordeel geveld kan worden over de behandeling van een patiënt van binnenkomst totdat hij of zij weer naar huis gaat. Verder zijn er nog de uitkomstindicatoren, die zich richten op de effecten die de zorg heeft gehad (NZA, 2013). Deze typen indicatoren zijn belangrijk bij het inschatten van de kwaliteit in een ziekenhuis, maar toch is er dan nog geen volledig beeld. De cultuur binnen de organisatie, die weliswaar minder specifiek meetbaar is, is ook van groot belang (Respondent 1).

1. Kwaliteitscultuur

Wat het beste aangeeft of een ziekenhuis goed bezig is met kwaliteit van zorg is of er een kwaliteitscultuur binnen de gehele organisatie is (Respondent 1). De organisatie als geheel moet ervan doordrongen zijn dat het continu op zoek is naar manieren om de bestaande zorg te verbeteren. Deze kwaliteitscultuur gaat hand in hand met een aanspreek- of verbetercultuur. Het is belangrijk dat er openheid binnen de organisatie is en dat men elkaar corrigeert of helpt de juiste oplossing te vinden. Ook de transparantie naar de buitenwereld is hierbij van belang. Een ziekenhuis dat aan veel kwaliteitsaudits meedoet is niet bang voor kritiek, wat ertoe leidt dat fouten in het systeem kunnen worden verholpen (Respondenten 2 en 4). Wat in deze kwaliteitscultuur van belang is, is dat beleid geëvalueerd wordt en dat er maatregelen genomen worden op basis van die evaluaties (Respondent 1). Dit kan per ziekenhuis achterhaald worden door de calamiteiten (die bij de inspectie moeten worden gemeld) te bestuderen, en uit te zoeken of hier iets mee gedaan is.

Wat ook erg relevant kan zijn is de fluctuatie van de positie die de ziekenhuizen hebben in de AD top 100 ziekenhuizen. Niet zozeer de positie, maar meer de verandering

over de afgelopen jaren geeft aan in welke mate een ziekenhuis bezig is met het verbeteren van hun kwaliteit van zorg (Respondent 4).

2. Structuurindicatoren

Bij dit type indicatoren gaat het om de faciliteiten en voorzieningen die een ziekenhuis heeft (Respondent 2). Zo kan bijvoorbeeld per ziekenhuis worden bekeken welk level Intensive Care ze hebben. Wat verder nog iets kan zeggen zijn welke keurmerken het ziekenhuis heeft (Respondent 2). Hierbij wordt naar de vier door de NZa belangrijkste gevonden keurmerken (NZa, 2013): het NIAZ-keurmerk (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg), de HKZ-keurmerken (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, het ISO 9001 certificaat (International Organization for Standardization) en het GMP-z certificaat (Good Manufacturing Practice Ziekenhuisfarmacie).

3. Procesindicatoren

De procesindicatoren geven een beeld weer van het verloop van de behandeling van de patiënten. De indicatoren die in dit model een weergave van het medische proces geven zijn het aantal heroperaties dat een patiënt moet ondergaan, de (onverwacht lange) opnameduur, de pijn die een patiënt na deze operatie ervaart en eventuele vermijdbare zorggerelateerde schade (IGZ, 2013; NVZ, 2014; Respondent 4).

4. Uitkomstindicatoren

Tot slot moeten nog enkele uitkomstindicatoren worden onderscheiden. Zo is één van de meest gebruikte cijfers het sterftecijfer. Hiervoor wordt de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) voor gebruikt (Respondent 4). Ook het aantal (risicovolle) operaties behoort tot deze categorie (NVZ, 2014; Respondent 4). Verder kan de patiënttevredenheid gemeten worden aan de hand van de veel gebruikte CQ-index (Respondenten 2 en 3).

In figuur 16 zijn de indicatoren voor de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis nog eens schematisch weergegeven.

Figuur 16: Indicatoren en informatiebronnen voor kwaliteit van zorg

Indicator	Informatiebron
<u>Kwaliteitscultuur</u>	Respondent 1
Transparantie	Respondenten 1, 2 en 4
Aanspreek- en verbetercultuur	Respondent 1
Word er iets gedaan met evaluaties?	Respondenten 2 en 4
AD top 100	Respondent 4
<u>Structuurindicatoren</u>	Respondent 2; NZa, 2013
Faciliteiten	Respondent 2
Kwaliteitslabels	NZa, 2013
<u>Procesindicatoren</u>	NVZ, 2014; IGZ, 2013; Respondent 4
Wachttijden, heroperaties, onverwacht lange opnameduur, vermijdbare schade, pijn	NVZ, 2014; IGZ, 2013
<u>Uitkomstindicatoren</u>	NVZ, 2014; Respondenten 2 en 4
HSMR, aantal operaties	NVZ, 2014; Respondent 4
CQ-index	Respondent 2

4.2.5. Het oude en nieuwe model vergeleken

Door de bespreking van het model met experts vanuit verschillende kanten van de zorgwereld heeft het model wat mutaties ondergaan. In figuur 17 op de volgende pagina is te zien dat het aangepaste model veel uitgebreider is. Zo is uit de interviews naar voren gekomen dat het toch erg belangrijk is om meer aandacht te besteden aan het algemene beeld van een ziekenhuis, waarbij de portfoliokeuze, de manier waarop het ziekenhuisbestuur in elkaar zit, de financiële situatie en de situatie van medewerkers in kaart wordt gebracht (Respondenten 1 en 2). Wat betreft strategie en netwerkvorming hadden de respondenten weinig aan te merken op het eerste model, dat dus vanuit de literatuur is opgesteld. De afwezigheid van aanpassingen op deze aspecten wil niet zeggen dat de respondenten geen kennis van zaken hadden op dit gebied, maar dat zij het op dat moment eens waren met de gekozen variabelen. Wel werd meerdere keren aangegeven dat het moeilijk kan zijn om de strategische afwegingen, tegenstrijdigheden in de strategie en het verloop van samenwerkingsverbanden te achterhalen. Wat betreft kwaliteit van zorg is de belangrijkste toevoeging van de respondenten de inclusie van een aanwezigheid van een kwaliteitscultuur. Verder kwam nog naar voren dat het nog relevant kan zijn over welke faciliteiten en kwaliteitslabels een ziekenhuis beschikt (Respondent 4). Verdere toevoegingen waren de onverwacht lange opnameduur, het aantal heroperaties, de vermijdbare schade en het aantal risicovolle operaties. Het aantal infecties werd door de respondenten (3 en 4) niet als relevant gezien.

Figuur 17: Oorspronkelijke model versus het aangepaste model

Oorspronkelijke model	Aangepaste model
	<u>Algemene gegevens</u>
	<u>Portfolio</u>
	Type zorg die het ziekenhuis verleent
	Type patiënten
	Verzorgingsgebied
	Mate van opleiding
	<u>Ziekenhuisbestuur</u>
	Bestuurlijke indeling
	Mate van hiërarchie
	Kracht van het bestuur
	<u>Financiële situatie</u>
	Rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit
	<u>Situatie medewerkers</u>
	Profiel werknemers
	Medewerkertevredenheid, ziekteverzuim
<u>Strategie</u>	<u>Strategie</u>
Kernwaarden in het ziekenhuis	Kernwaarden in het ziekenhuis
Kernkwaliteiten van het ziekenhuis	Kernkwaliteiten van het ziekenhuis
Strategische keuzes bij totstandkoming van strategie	Strategische keuzes bij totstandkoming van strategie
Intern of extern gericht	Intern of extern gericht
Omgaan met tegenstrijdigheden omtrent strategie	Omgaan met tegenstrijdigheden omtrent strategie
<u>Netwerkvorming</u>	<u>Netwerkvorming</u>
Samenwerkingspartners	Samenwerkingspartners
Samenwerkingsgebieden	Op welke gebieden wordt samengewerkt?
Motieven samenwerkingsverbanden	Motieven voor samenwerkingsverbanden
Verloop van samenwerkingsverbanden	Verloop van samenwerkingsverbanden
Type netwerk en sturing	Type netwerk en sturing
<u>Kwaliteit van zorg</u>	<u>Kwaliteit van zorg</u>
	<u>Kwaliteitscultuur</u>
	Transparantie
	Aanspreek- en verbetercultuur
	Word er iets gedaan met evaluaties?
	AD top 100
	<u>Structuurindicatoren</u>
	Faciliteiten
	Kwaliteitslabels
	<u>Procesindicatoren</u>
Wachttijden, pijn, infecties	Wachttijden, heroperaties, onverwacht lange opnameduur, vermijdbare schade, pijn
	<u>Uitkomstindicatoren</u>
Sterftecijfer	HSMR, aantal operaties
Patiëntervaringen	CQ-index

4.3 Samenvatting

Het doel van dit hoofdstuk was om het op basis van de literatuur opgestelde model om de positie van ziekenhuizen in te schatten te versterken door de expertise van werknemers van verschillende autoriteiten binnen het zorglandschap te gebruiken. Met deze nieuwe kennis, die voortkomt uit interviews met werknemers binnen het Radboudumc, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, is in de vorige paragraaf een aangepast model gepresenteerd. In dit model staan vier aspecten centraal: het algemene beeld van een ziekenhuis, strategie, netwerkvorming en kwaliteit van zorg. In hoofdstuk 5 zal het model worden getoetst door het toe te passen op het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.

Hoofdstuk 5 – Empirie II: Casus CWZ

In dit hoofdstuk worden de uitwerkingen van de toepassing van het model op het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen beschreven. Om de situatie van het CWZ in te schatten wordt gebruik gemaakt van websites, jaarverslagen en ziekenhuisdatabases. Het model zal stap voor stap worden nagelopen.

5.1 Algemene informatie

In deze paragraaf worden de bevindingen over de portfoliokeuze, de bestuurlijke indeling, de financiële situatie en de situatie van de medewerkers bij het CWZ beschreven.

5.1.1. Portfoliokeuze

5.1.1.1. Type zorg

Het CWZ is een topklinisch ziekenhuis. Dit houdt in dat het CWZ vrijwel alle typen zorg verleent, maar dat het op een paar aspecten ver gevorderde technieken en faciliteiten heeft. De functies waaraan het CWZ haar topklinische status ontleent zijn neurochirurgie, Percutane Coronaire Interventie (dotterbehandeling) en de Implanterbare Cardio Defibrillator. Deze laatste twee faciliteiten vallen binnen het specialisme cardiologie.

In 2012 waren er 155.213 eerste polikliniekbezoeken, 226.594 overige polikliniekbezoeken en 31.563 bedopnamen in het CWZ. Dit houdt in dat 92,4% van de verleende zorg poliklinisch was. Hierbij zijn de poliklinieken in Druten en in Oosterhout meegenomen. Wat betreft de specialismen waaraan de topklinische status wordt verleend, neurochirurgie en cardiologie, zijn er geen gegevens openbaar over het aantal behandelingen dat jaarlijks wordt uitgevoerd. Wel wordt aangegeven dat de afdeling neurochirurgie van het CWZ wordt gefaciliteerd door het Radboudumc (CWZ.nl, geraadpleegd op 20-12-2014).

In bijlage 7 staat een overzicht van alle specialismen binnen het CWZ. De risicovolle operaties die het CWZ aanbiedt zijn heupvervanging, operatie bij blaaskanker, operatie bij eerste behandeling borstkanker, operatie bij darmkanker, operatie bij longkanker, operatie bij slokdarmkanker, plaatsing van een pacemaker met defibrillator en de verwijding van de buikslagader (NVZ-kwaliteitsvenster.nl, geraadpleegd op 4-12-2014).

5.1.1.2. Type patiënten

Het CWZ geeft aan dat het er voor iedere patiënt wil zijn (CWZ.nl, geraadpleegd op 4-12-2014). Omdat dé patiënt niet bestaat onderscheidt het ziekenhuis vier patiëntrollen. De eerste patiëntrol die het CWZ onderscheidt is de *klassieke patiënt*. Deze patiënt legt de regie volledig in handen van de zorgverlener. Er is hierbij behoefte aan informatie op maat. De tweede rol die wordt genoemd is die van de *cliënt*. De patiënt overlegt dan met de

zorgverlener over het beste aanpak. Het zorgtraject wordt in onderling overleg tussen patiënt en zorgverlener bepaald, waarbij de patiënt mee denkt. De derde patiëntrol is de patiënt als *regisseur*. De patiënt fungeert als meebeslisser door eigen initiatief te tonen en door een actieve informatieverzameling. Op deze manier maakt de patiënt zijn eigen keuzes. Tot slot onderscheidt het CWZ nog de patiënt als *co-producent*. Hierbij doet de patiënt actief mee aan de zorg, door zelf waarden te registreren en het ziekteproces zelf te monitoren. De patiënt kan zelf aan de bel trekken bij signalen, en sommige interventies kunnen gedeeltelijk zelf uitgevoerd worden (CWZ.nl, geraadpleegd op 4-12-2014).

Het CWZ wil de patiënt de ruimte bieden om zich te vinden in één van deze patiëntrollen. Daarom wil het flexibel zijn en spreekt men niet meer over een *zorgpad*, maar over een *zorglaan*. Dit impliceert meer ruimte en dus bewegingsvrijheid voor de patiënt.

5.1.1.3. Verzorgingsgebied

Het verzorgingsgebied van een ziekenhuis is moeilijk te bepalen. In het geval van het CWZ zijn er op poliklinisch gebied aan alle kanten concurrenten. Zo wordt dit ziekenhuis omringd door het Rijnstate (noordzijde), Maasziekenhuis Pantein (zuiden), Bernhoven (zuidwesten), Ziekenhuis Rivierenland (westen), de Gelderse Vallei (noordwesten) en het Radboudumc in Nijmegen zelf. Het is dan ook moeilijk precies aan te geven waar nu de grenzen van het verzorgingsgebied liggen. Een goede indicator van de reikwijdte van een verzorgingsgebied is waar de buitenpoliklinieken van een ziekenhuis zich bevinden. Steeds meer ziekenhuizen openen namelijk een of meerdere buitenpoliklinieken aan de rand van hun verzorgingsgebied, om de concurrentie met omliggende ziekenhuizen aan te gaan (Zorgatlas.nl, geraadpleegd op: 27-11-2014). De buitenpoliklinieken van het CWZ liggen in Druten en Oosterhout. Dat lijken dan ook de grenspunten te zijn van het verzorgingsgebied van het CWZ. In figuur 18 is een weergave van alle academische en algemene ziekenhuizen terug te vinden, alsmede de buitenpoliklinieken. De rode lijn op de kaart geeft ongeveer het verzorgingsgebied van het CWZ weer, waarbij de hoofdvestiging het groene blokje moet voorstellen, en de twee paarse blokjes de buitenpoliklinieken in Druten en in Oosterhout. Het gele blokje staat voor het Radboudumc. Dit gebied stelt het verzorgingsgebied van het CWZ voor, als het gaat om de 'normale' patiënt. De reeds genoemde concurrenten zijn voornamelijk concurrent om de poliklinische patiënten.

Figuur 18: Locaties ziekenhuizen juli 2014 (zorgatlas.nl, geraadpleegd op: 27-11-2014)

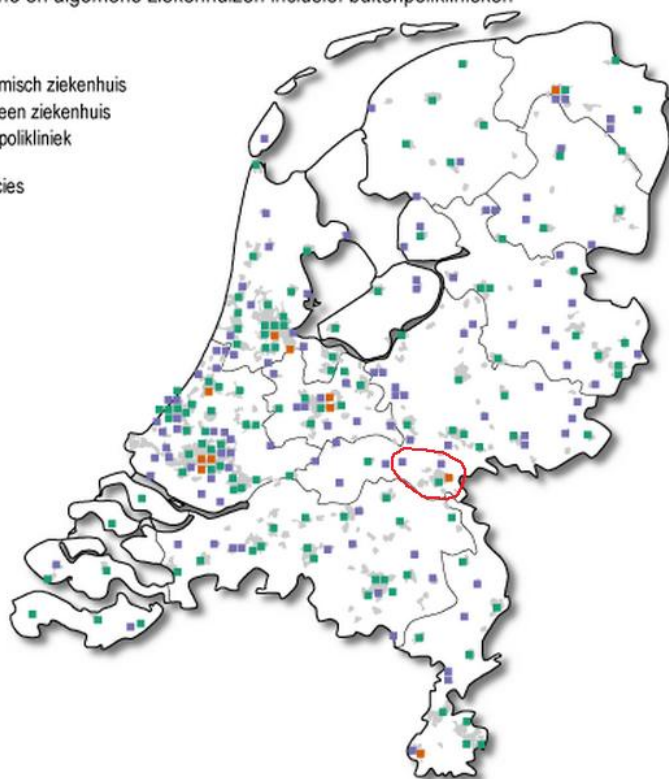
Locaties ziekenhuizen juli 2014

academische en algemene ziekenhuizen inclusief buitenpoliklinieken

Soort

- academisch ziekenhuis
- algemeen ziekenhuis
- buitenpolikliniek

— provincies



bron: RIVM

Wanneer het gaat om de afdelingen waarin het CWZ zich heeft gespecialiseerd (neurochirurgie en cardiologie) ligt de situatie anders, omdat niet elk van de omliggende ziekenhuizen deze zelfde behandelingen aanbiedt. In figuur 19 staat daarom overzichtelijk weergegeven welke ziekenhuizen in de regio dezelfde topklinische behandelingen aanbieden als het CWZ. In het CWZ worden zoals gezegd percutane coronaire interventie (PCI), de implanteerbare cardiodefibrillator en neurochirurgie aangeboden.

Figuur 19: Topklinische specialismen in de regio van het CWZ

	PCI	ICD	Neurochirurgie
<i>Rijnstate</i>	✓	x	x
<i>Radboudumc</i>	✓	x	✓
<i>Maaszkh Pantein</i>	✓	x	x
<i>Bernhoven</i>	x	x	✓
<i>Rivierenland</i>	✓	✓	x
<i>Gelderse Vallei</i>	x	x	✓

Op specialistisch gebied is er dus veel minder concurrentie in de regio dan op poliklinisch vlak. Dit is een voor de hand liggend verschijnsel, omdat men over het algemeen juist wil

investeren in specialismen waar veel nieuwe patiënten door zijn binnen te halen. Het is dan minder logisch om allemaal dezelfde specialismen in dezelfde regio aan te bieden.

5.1.1.4. Opleiding

Het CWZ heeft als lid van de stichting Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ) de opleiding van medici hoog in het vaandel staan. Het CWZ verzorgt een groot aantal medisch-specialistische opleidingen. Zo heeft het jaarlijks circa 90 opleidingsplaatsen voor medisch-specialistische beroepsopleidingen en circa 35 plaatsen voor studenten om co-schappen in het CWZ te doen. Voor de topklinische specialismen, cardiologie en neurochirurgie, is weinig bekend over het opleidingstraject. Wel is bekend dat er bij neurochirurgie momenteel vijf artsen in opleiding zijn, onder leiding van negen afgestudeerde neurochirurgen. Bij cardiologie bestaat het team uit tien artsen: zeven cardiologen en drie cardiologen in opleiding (CWZ.nl, geraadpleegd op 20-12-2014).

5.1.2. Ziekenhuisbestuur

Om een goed beeld van een organisatie te krijgen is het belangrijk om een idee te hebben hoe het bestuur van die organisatie er uit ziet. Deze paragraaf wordt dan ook gewijd aan het verkrijgen van inzicht in de bestuursstructuur van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.

5.1.2.1. Bestuurlijke indeling

Zoals bij elke grote organisatie is er ook bij het CWZ een raad van bestuur, die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de ziekenhuisstrategie, het gevoerde beleid en het behalen van de doelstellingen van dat het ziekenhuis. De raad van bestuur, die bestaat uit één voorzitter en twee leden, geeft leiding aan de organisatie (cwz.nl, geraadpleegd op: 27-11-2014).

Naast de raad van bestuur zijn ook de vereniging medische staf, de verpleegkundige staf, de raad van toezicht, de cliëntenraad en de ondernemingsraad van belang. De vereniging medische staf bestaat uit medisch specialisten van verschillende afdelingen, die allen voor de belangen van hun eigen afdeling opkomen. In het CWZ wordt veel met maatschappen gewerkt, die door middel van deze vereniging voor de medische staf invloed kunnen uitoefenen op het bestuur. Dit doen zij vanuit het belang van hun eigen maatschap, waardoor alle specialismen vertegenwoordigd zijn bij het nemen van beslissingen. De verpleegkundige staf is er om het beleid voor de verpleegkundigen toe te passen, en het verplegend personeel te ondersteunen. Daarnaast is het de taak van de verpleegkundige staf om op bestuursniveau kenbaar te maken wat de dagelijkse gang van zaken op de verpleegafdelingen is, en tegen welke problemen zij aanlopen. Op basis van deze kennis kan nieuw beleid worden gemaakt. De raad van toezicht, die uit vijf leden bestaat, dient als

klankbord voor de raad van bestuur. De cliëntenraad bestaat uit zeven vrijwillige leden en een onafhankelijke voorzitter. De leden van deze raad zijn niet in dienst van het CWZ en komen op voor de belangen van de patiënt. Daarnaast is er nog een ondernemingsraad, die opkomt voor de belangen van de werknemers van het CWZ. De ondernemingsraad bestaat uit tien leden, waarvan het merendeel verpleegkundigen zijn. De artsen zijn immers lid van een maatschap, en dus niet in loondienst van het CWZ. De ondernemingsraad kent, naast een dagelijks bestuur, nog drie vaste commissies: de ARBO-commissie (arbeidsomstandigheden), de F&M-commissie (financiën en markt) en de HR-commissie (human resource) (cwz.nl, geraadpleegd op: 27-11-2014).

Qua organisatiestructuur wordt onderscheid gemaakt in drie soorten units: serviceunits, zorgunits en capaciteitsunits. Onder de serviceunits horen alle faciliterende en adviserende functies in het ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn de P&O, ICT en financiële zaken (cwz.nl, geconden op: 27-11-2014). De directe patiëntenzorg is geregeld in zorgunits, waarvan elk medisch specialisme er een heeft. De leiding hiervan ligt in elke unit in handen van een medisch manager en een manager bedrijfsvoering. Tot slot zijn er nog de capaciteitsunits, die regelen dat producten of capaciteiten beschikbaar zijn voor de zorgunits. Hieronder vallen het beschikbaar maken van operatiekamers of laboratoria (cwz.nl, geraadpleegd op: 27-11-2014). Figuur 20 geeft een overzicht van de bestuurlijke indeling van het CWZ, inclusief de organisatiestructuur, bij wijze van een organogram.

Figuur 20: Organogram van de bestuurlijke indeling van het CWZ (cwz.nl, geraadpleegd op: 27-11-2014)



5.1.2.2. Hiërarchie en kracht van het bestuur

Om een ziekenhuisbestuur goed te kunnen inschatten is het belangrijk om te weten hoe dat bestuur wordt gezien en op welke manier dat bestuur handelt. Wat verder erg interessant is om te weten is hoe de verhoudingen liggen op de specialismen waaraan het CWZ haar topklinische status ontleent. Juist op die afdelingen is de kracht van het bestuur en de kracht

van de maatschappen af te lezen. Antwoorden op deze vragen kunnen echter niet worden afgeleid uit een externe analyse. Om dit te achterhalen zullen gesprekken moeten worden gevoerd met werknemers of bestuursleden binnen het CWZ.

5.1.3. Financiële situatie

In deze paragraaf wordt een globaal overzicht gegeven van de financiën van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis over de jaren 2008 tot en met 2012. Gegevens over 2013 waren zijn (nog) niet beschikbaar voor derden.

5.1.3.1. Rentabiliteit

De rentabiliteit zegt iets over de winstgevendheid van een organisatie, en kan worden berekend door het bedrijfsresultaat te delen door het balanstotaal. In figuur 21 zijn de bedrijfsresultaten, balanstotalen en rentabiliteitswaarden van 2008 tot 2012 gegeven.

Figuur 21: Rentabiliteit van het CWZ (CWZ, 2013)

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Bedrijfsresultaat</i>	7.952.000	4.585.000	2.027.000	1.314.000	4.772.000
<i>Balanstotaal</i>	185.216.000	218.859.000	272.685.000	223.244.000	234.898.000
<i>Rentabiliteit</i>	4,29%	2,09%	0,74%	0,59%	2,03%

Voor een normaal bedrijf ligt de norm voor de rentabiliteit op tussen de 8% en 13% (de Boer et al., 2010, p. 196). Het CWZ scoort dan ook behoorlijk laag op gebied van winstgevendheid, maar hier moet uiteraard bij worden vermeld dat ziekenhuizen hybride organisaties zijn, waarbij de winstgevendheid niet de primaire doelstelling is. Daarom is het landelijk gemiddelde per type ziekenhuis een goede graadmeter om de financiële resultaten van het CWZ in te schatten. In figuur 22 staat daarom een overzicht van de landelijke gemiddelde rentabiliteit per type ziekenhuis.

Figuur 22: Landelijke rentabiliteit van ziekenhuizen (NZA, 2013)

Jaar	2009	2010	2011	2012
<i>Algemene ziekenhuizen</i>	3,5%	3,5%	3,2%	1,5%
<i>Topklinische ziekenhuizen</i>	3,6%	4,3%	3,8%	2,0%
<i>Academische ziekenhuizen</i>	3,6%	1,5%	2,3%	1,5%
<i>Totaal</i>	4,9%	3,2%	3,1%	1,7%

Figuur 21 en 22 met elkaar vergelijkend kan de conclusie worden getrokken dat het CWZ tot 2012 redelijk ver onder de landelijke gemiddelde rentabiliteit voor topklinische ziekenhuizen zat, wat inhoudt dat andere topklinische ziekenhuizen in voor 2012 winstgevender waren dan

het CWZ. In 2012 liggen deze waarden praktisch gelijk. Over 2013 en 2014 zijn geen gegevens openbaar.

5.1.3.2. Solvabiliteit

De solvabiliteit is de verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen op de balans. De solvabiliteit wordt dan ook gemeten door het eigen vermogen door het totale vermogen te delen, en deze uitkomst in een percentage om te zetten (de Boer et al., 2010, p. 1999). Hieruit kan dus worden afgelezen in welke mate de organisatie haar leningen kan terug betalen in geval van liquidatie.

De debt ratio wordt daarentegen gemeten door het vreemd vermogen door het totaal vermogen te delen. Wanneer de debt ratio daalt, verbetert de solvabiliteit (de Boer, 2010, p. 1999).

In figuur 23 is een overzicht van de solvabiliteitsgetallen van het CWZ tussen 2008 en 2012 te vinden.

Figuur 23: Solvabiliteit van het CWZ (CWZ, 2013)

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Solvabiliteit</i>	11,76%	15,28%	14,00%	15,44%	16,45%
<i>Debt ratio</i>	0,82	0,75	0,86	0,85	0,83

Aan bovenstaande waarden kan worden afgeleid dat het CWZ elk jaar enige vooruitgang boekt op het gebied van solvabiliteit. Dat wil zeggen dat de verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen in positieve zin verandert. Toch wordt over het algemeen gestreefd naar een solvabiliteit tussen de 20% en 50% (de Boer et al., 2010, p. 200). Ook deze waarden moeten echter in het perspectief van de zorg worden gezien. Daarom laat figuur 24 de landelijke gemiddelden per type ziekenhuis zien.

Figuur 24: Landelijke solvabiliteit van ziekenhuizen (NZA, 2013)

Jaar	2009	2010	2011	2012
<i>Algemene ziekenhuizen</i>	11,4%	12,4%	13,2%	15,0%
<i>Topklinische ziekenhuizen</i>	12,8%	15,5%	16,5%	16,9%
<i>Academische ziekenhuizen</i>	35,4%	16,8%	16,7%	18,9%
<i>Totaal</i>	31,2%	14,8%	15,4%	16,8%

Het CWZ gaat er dus wel elk jaar iets op vooruit, maar scoort nog steeds net onder het landelijk gemiddelde voor topklinische ziekenhuizen. Dit kan inhouden dat er minder potentiële investeerders zijn. Er is immers een lagere garantie dat deze investeerders hun geld terug krijgen.

5.1.3.3. Liquiditeit

Zoals gezegd geeft de liquiditeit d.m.v. de *current ratio*, de *quick ratio* en het *netto werkkapitaal* een beeld van de mate waarin de organisatie op korte termijn aan haar financiële verplichtingen kan voldoen. In figuur 25 staat een overzicht van deze kengetallen bij het CWZ van 2008 t/m 2012 .

Figuur 25: Liquiditeit van het CWZ (CWZ, 2013)

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Current ratio</i>	0,82	0,75	0,94	0,93	0,83
<i>Quick ratio</i>	0,80	0,73	0,91	0,80	0,81
<i>Netto werkkapitaal</i>	-23.795	-29.990	-7.489	-17.963	-18.878

Aan deze getallen zien we dat het CWZ elk jaar financiële middelen tekort komt om de kortlopende schulden af te betalen. Aan alle kengetallen zien we dat het CWZ in 2010 grote stappen heeft gemaakt richting een volledig gezonde liquiditeitsrekening, maar dat het in de jaren daarna weer sterk achteruit is gegaan. Tussen 2010 en 2011 is er een forse daling van de *quick ratio*, maar blijft de *current ratio* overeind. Dit kan verklaard worden doordat er weinig geld was, maar dat er veel voorraden zijn opgemaakt in dat jaar. Een jaar later zien we dit ook terug in de *current ratio*. Nu zijn de voorraden namelijk zodanig opgemaakt, dat het naar het niveau van de *quick ratio* valt. Kortom kan gesteld worden dat de CWZ constant niet aan alle kortlopende financiële verplichtingen kan voldoen. Toch moet deze conclusie worden gezien binnen het perspectief van prestaties van andere ziekenhuizen. In figuur 26 staat een overzicht van de landelijke liquiditeit per ziekenhuis. Het gaat hierbij om de *current ratio*.

Figuur 26: Landelijke liquiditeit van ziekenhuizen (NZA, 2013)

Jaar	2009	2010	2011	2012
<i>Algemene ziekenhuizen</i>	0,77	0,91	0,87	0,90
<i>Topklinische ziekenhuizen</i>	0,87	0,87	0,81	1,03
<i>Academische ziekenhuizen</i>	0,81	0,87	1,00	1,10
<i>Totaal</i>	0,82	0,88	0,88	1,00

De landelijke gegevens wijzen er op dat het CWZ elk jaar om het landelijk gemiddelde voor topklinische ziekenhuizen heen schommelt. Zo scoorde het CWZ in de jaren 2009 en 2012 beduidend lager dan het landelijk gemiddelde, terwijl het in 2010 en 2011 een bovengemiddelde liquiditeit had.

5.1.3.4. Algemene financiële situatie

Naar aanleiding van de financiële gegevens die naar voren zijn gekomen kan gesteld worden dat het CWZ financieel gezien niet bijzonder sterk is. De cijfers hebben in de afgelopen jaren wel iets geschommeld, maar er zijn geen grote fluctuaties geweest. Zowel de solvabiliteit als de liquiditeit duiden erop dat het CWZ ten opzichte van andere topklinische ziekenhuizen in iets te lage mate aan haar financiële verplichtingen kan voldoen ten opzichte van schuldeisers. Wat betreft de rentabiliteit kan gesteld worden dat het CWZ weinig winstgevend is, maar dit is geen ramp voor een ziekenhuis.

5.1.4. Situatie medewerkers

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis is de werkgever voor bijna 4000 medewerkers, die verdeeld zijn over 28 medisch specialismen, 5 specifieke afdelingen zoals de Intensive Care en Spoedeisende Hulp, 8 paramedische afdelingen en het bedrijfsvoerende en administratieve onderdeel van de organisatie. In totaal zijn er 210 medisch specialisten werkzaam in het CWZ. Een deel van deze specialisten is in loondienst, een deel is onderdeel van een maatschap en een deel is geheel zelfstandig. Het grootste percentage van deze artsen is onderdeel van een maatschap (CWZ, 2012). Hoeveel medisch specialisten nu precies in een maatschap verenigd zijn, en hoeveel er in loondienst zijn, is niet publiekelijk bekend. De 4000 medewerkers waren samen goed voor 2500 fte in 2012. In 2011 lag het aantal fte op 2510 (CWZ.nl, geraadpleegd op: 3-12-2014). Recentere gegevens zijn niet beschikbaar.

5.1.4.1. Medewerkertevredenheid

Om de medewerkertevredenheid te achterhalen laat het CWZ elke twee jaar een medewerkeronderzoek uitvoeren door onderzoeksbureau, waarbij onder andere rapportcijfers worden gegeven. Het CWZ kwam in 2012 nog uit op een 7,1 en is één tiende gestegen in 2014 naar een beoordeling van 7,2. Het landelijk gemiddelde van medewerkertevredenheid in ziekenhuizen ligt op 7,5 (NVZ-kwaliteitsvenster.nl, geraadpleegd op: 3-12-2014).

Het CWZ is daarnaast in 2014 nog gecertificeerd als *Top Employer Cure & Care*, wat aangeeft dat er een prettige werksfeer en bedrijfscultuur heerst en dat er goede arbeidsvoorwaarden zijn voor de medewerkers van dit ziekenhuis (CWZ.nl, geraadpleegd op: 3-12-2014).

5.1.4.2. Ziekteverzuim

In recentere jaarverslagen van het CWZ worden geen gegevens verstrekt over het ziekteverzuim binnen dat ziekenhuis. Het laatste jaarverslag van het CWZ dat daar wel iets

over zei was dat van 2009. Toen was het ziekteverzuim gedaald van 5,5% in 2008 naar 4,5% in 2009 (CWZ, 2009). Op dat moment lag het ziekteverzuimpercentage van het CWZ onder het landelijk gemiddelde ziekteverzuim in de zorg. In het jaarverslag van 2010 staat nog wel aangegeven dat het ziekteverzuim in dat jaar nog verder is gedaald ten opzichte van 2009 (CWZ, 2010). Erg veel zeggen deze gegevens niet over de situatie van nu. Zo is het landelijk gemiddelde ziekteverzuim in ziekenhuizen de laatste jaren gedaald van 4,51% in 2011 naar 4,33% in 2012 naar 4,14% in 2013 (WGV, 2014). Doordat over deze jaren geen gegevens van het CWZ openbaar zijn, kan er uit het ziekteverzuim van het CWZ niets worden afgeleid.

5.2 Strategie

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de toepassing van de strategische aspecten van het ontwikkelde model op het CWZ.

5.2.1. Kernwaarden

Elk ziekenhuis heeft haar eigen kernwaarden die het hoog in het vaandel heeft staan. Het CWZ geeft aan dat één van hun vier kernwaarden professionaliteit is. Het is belangrijk om je vak te kennen en daarin vakbekwaam en vaardig te zijn. Daarnaast is betrokkenheid erg belangrijk voor het CWZ. Door toewijding, menselijkheid en zorgzaamheid van artsen en verplegend personeel wil het CWZ uitblinken voor de patiënt. De derde kernwaarde die het CWZ nastreeft is gedrevenheid van het personeel. Vanuit ambitie, enthousiasme, motivatie en bevologenheid wil het CWZ concurreren met de andere ziekenhuizen in de regio. Tot slot wil het CWZ grensverleggend zijn, door “*out of the box*” te denken wanneer de situatie daar om vraagt (CWZ.nl, geraadpleegd op: 3-12-2014).

5.2.2. Kernkwaliteiten

Eén van de kernkwaliteiten die het CWZ naar eigen zeggen heeft is het persoonlijk maken van de zorg, door aandacht te besteden aan de patiënt (CWZ.nl, geraadpleegd op 3-12-2014). Daarnaast is er volgens het CWZ sprake van een effectieve zorgverlening binnen het ziekenhuis. Ook het opleiden van medisch specialisten en van verplegend personeel behoort tot één van de onderscheidende kwaliteiten van het CWZ. Verder voert het CWZ snel patiëntgerichte vernieuwingen door, waarmee ze het profiel van “*early adaptor*” aannemen (CWZ.nl, geraadpleegd op 3-12-2014).

Zoals gezegd is het CWZ is een topklinisch ziekenhuis, wat inhoudt dat het op bepaalde afdelingen uitstekende voorzieningen hebben. Dit zijn voornamelijk medische technieken die in de meeste ziekenhuizen niet aangeboden worden. De drie topklinische functies van het CWZ zijn de neurochirurgie, de Percutane Coronaire Interventie

(dotterbehandeling) en de Implanterbare Cardio Defibrillator. Verder geeft het CWZ aan het naast die topklinische specialismen vooral goed te doen op het gebied van kinderdiabetes, grote vaatchirurgie, traanwegchirurgie en kijkbuischirurgie (CWZ, 2012).

5.2.3. Strategische keuzes bij de totstandkoming van het beleid

De strategische afwegingen die gemaakt zijn bij de totstandkoming van het beleid, en welke factoren en personen daarin doorslaggevend waren, kunnen een beeld schetsen over de verhoudingen binnen de organisatie. Bij een externe analyse is dit echter vrijwel niet meetbaar, omdat deze afwegingen niet uit de beschikbare bronnen te achterhalen zijn.

5.2.4. Interne of externe focus

Om de strategie van een organisatie te kunnen inschatten is het van belang om te weten of deze organisatie erg intern gericht is, of dat het zich laat beïnvloeden door haar omgeving. Het gaat hierbij om de focus op bedrijfsniveau, dus niet over de patiënt. Een ziekenhuis met een externe focus richt zich dus op andere ziekenhuizen om door middel van samenwerkingsverbanden of fusies te verbeteren. Ziekenhuizen met een interne focus gaan uit van hun eigen kracht en proberen vanuit de theorie hun interne processen te optimaliseren.

Sinds 2008 werkt het CWZ samen met vijf andere topklinische ziekenhuizen binnen het *Santeon*, voorheen *Vereniging Samenwerkende Ziekenhuizen* (CWZ.nl, geraadpleegd op 11-12-2014). Het doel hiervan is om de patiëntenzorg te verbeteren, door te leren van elkaars fouten en successen. Voornamelijk op gebied van HR-management en (gezamenlijke) onderzoeken wordt veel tijd geïnvesteerd in die samenwerking (CWZ.nl, geraadpleegd op 11-12-2014). Er lijkt dus sprake te zijn van een overwegend externe focus.

5.2.5. Tegenstrijdigheden omtrent strategie

De mate waarin een organisatie doordrongen is van haar strategie is door na te gaan of deze strategie ook hoog in het vaandel blijft staan wanneer het eenvoudiger of logischer is om deze strategie overboord te gooien. Deze informatie is helaas niet boven tafel gekomen, er geen relevante informatie was af te lezen uit jaarverslagen, websites en nieuwsberichten.

5.3 Netwerksamenwerking

In deze paragraaf worden de samenwerkingsverbanden van het CWZ uitgelicht. Het gaat hierbij om samenwerking binnen de tweedelijnszorg. De samenwerking tussen het CWZ en huisartsen, apotheken, etc. worden dus niet meegenomen in de volgende paragraaf.

5.3.1. Samenwerkingspartners

Het grootste samenwerkingsverband dat het CWZ heeft heet het Santeon. Dit is een netwerkorganisatie waarin zes topklinische ziekenhuizen zich verenigen. Naast het CWZ wordt het Santeon opgevuld door het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, het Martini Ziekenhuis in Eindhoven, het Medisch Spectrum Twente in Enschede, het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis in Amsterdam en het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht en Nieuwegein. Gezamenlijk verzorgen zij ongeveer 10% van alle Nederlandse patiënten (CWZ.nl, geraadpleegd op 4-12-2014).

Naast het Santeon zit het CWZ samen met alle topklinische ziekenhuizen in Nederland ook in de stichting Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ). In de regio is voornamelijk het Radboudumc een belangrijke partner, maar is er ook regelmatig samenwerking met het Rijnstate in Arnhem en het Maasziekenhuis Pantein.

5.3.2. Motieven voor samenwerkingsverbanden

In het model zijn drie mogelijke motieven voor samenwerking onderscheiden: strategisch-economische motieven, zorginhoudelijke kwalitatieve motieven of om de nabijheid voor de patiënt te vergroten. Dat laatste motief valt in ieder geval af, omdat de ziekenhuizen relatief ver uit elkaar liggen en er ook geen sprake is van behandelingen die van elkaar worden overgenomen. Wel worden een aantal motieven genoemd. Het eerste motief dat genoemd wordt is dat men kennis en vaardigheden wil uitwisselen, omdat het de kwaliteit van zorg ten goede komt om elkaar te helpen (CWZ.nl, geraadpleegd op 4-12-2014). Er is dus sprake van een zorginhoudelijk kwaliteitsmotief. Daarnaast wordt echter ook verteld dat de Santeon-ziekenhuizen door samenwerking bij inkoop, personeelszaken, automatisering en gebouwenbeheer kosten besparen (CWZ.nl, geraadpleegd op 4-12-2014). Er is dus ook sprake van een strategisch-economisch motief.

De samenwerking met de andere topklinische ziekenhuizen in de stichting STZ, alsmede de samenwerking met het Radboudumc en het Rijnstate bestaat voornamelijk vanuit een zorginhoudelijk kwaliteitsmotief. Men helpt elkaar met onderzoeken, en in het geval van de samenwerking met het Radboudumc ontleent het CWZ zelfs een deel van haar topklinische status aan het Radboudumc.

5.3.3. Gebieden van samenwerking

De Santeon-ziekenhuizen werken sinds 2007 op veel gebieden samen. Zo proberen ze elkaar te helpen met de kwaliteit van zorg door zorginhoudelijke problemen te bespreken, opleiding van jonge medici, onderzoek, inkoop van medicijnen en apparatuur. Daarnaast wordt ook aan de niet-medische aspecten van de ziekenhuizen aandacht besteed. Hieronder

vallen het werken aan een doelmatige bedrijfsvoering, personeelszaken, automatisering, ICT, gebouwbeheer. Voorbeelden hiervan zijn dat het Santeon één uitwijkcentrum bouwt voor de automatisering en dat het toewerkt naar een beter elektronisch patiëntendossier (CWZ, 2013).

De stichting STZ-ziekenhuizen is erg groot, waardoor er niet echt als gehele stichting wordt samengewerkt. Wel bieden ziekenhuizen binnen deze stichting elkaar hulp met onderzoeken e.d. (CWZ, 2013).

Tussen het CWZ en het Radboudumc wordt op sommige afdelingen nauw samengewerkt. Zo wordt de topklinische functie bij neurochirurgie ingevuld vanuit de samenwerking met het Radboudumc. Ook op de afdelingen verloskunde, vaatchirurgie en interventieradiologie wordt tussen beide zorgverleners samengewerkt. Het Rijnstate in Arnhem dient op gebied van gynaecologie en pancreas-, lever- en maagchirurgie (IGZ, 2013).

5.3.4. Verloop van samenwerkingsverbanden

Het belangrijkste netwerk waaraan het CWZ deelneemt is het Santeon. Vooral omtrent die samenwerking kan het nuttig zijn om het verloop van die samenwerkingsverbanden in te kunnen schatten. Toch is het erg moeilijk om hier bij een externe analyse iets over te kunnen zeggen, omdat het een inschattingsvraag is. Dit wil niet zeggen dat de variabele niet meer relevant is.

5.3.5. Type netwerk

In de theorie heeft McGuire (2006) vier typen netwerk onderscheiden: een informatienetwerk, een ontwikkelingsnetwerk, een capaciteitsnetwerk en een actienetwerk. Door informatie-uitwisseling, in combinatie met onderwijs, proberen de Santeon-ziekenhuizen elkaar te helpen. Daarom heeft dit netwerk duidelijke kenmerken van een ontwikkelingsnetwerk. De Santeon-ziekenhuizen werken echter ook samen als het gaat om de inkoop van producten, het effectiever maken van de bedrijfsvoering, personeelszaken, etc. Dit zijn gebieden van samenwerking die duiden op een capaciteitsnetwerk. Het Santeon kan dan ook zowel een ontwikkelingsnetwerk als een capaciteitsnetwerk worden genoemd.

Binnen het Santeon is er sprake van een gedeeld netwerkbestuur. Elk van de zes Santeon-ziekenhuizen levert één bestuurslid en één medisch specialist. Alle partijen zijn hierin gelijk en ook binnen het bestuur is er geen voorzitter.

De stichting Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen is bij uitstek een informatienetwerk. De deelnemende ziekenhuizen verstrekken elkaar informatie om er sterker van te worden.

Ook dit bestuur bestaat uit afgevaardigden van de deelnemende ziekenhuizen, al is niet elk ziekenhuis vertegenwoordigd in het bestuur. De voorzitter van het STZ-bestuur is afkomstig van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch (STZ.nl, geraadpleegd op 4-12-2014).

5.4 Kwaliteit van zorg

In deze paragraaf is aandacht voor de resultaten van de toetsing van het model op gebied van kwaliteit van zorg bij het CWZ.

5.4.1. Kwaliteitscultuur

Een organisatie met een goede kwaliteitscultuur is transparant naar de buitenwereld. Het CWZ doet jaarlijks mee aan een kwaliteitsaudit van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Het meest recente jaarverslag van het CWZ is echter dat van 2012, waardoor de meest recente gegevens voor het publiek ontbreken. Verder is er in deze jaarverslagen en op de website van het CWZ niets te vinden over het aantal heropnames en de vermijdbare zorggerelateerde schade binnen het ziekenhuis.

Wat betreft de aanwezigheid van een aanspreek- en verbetercultuur is het moeilijk om uitspraken te doen met de beschikbare methoden. Dit is bij uitstek een variabele die gemeten moet worden aan de hand van interviews met mensen op de werkvloer van de organisatie. Vanwege legitimiteit- en betrouwbaarheidsissues is er echter voor gekozen om dit niet te doen. Wel is bekend dat het CWZ door middel van 30 interne audits per jaar van bovenaf probeert te werken aan een betere aanspreek- en verbetercultuur (CWZ.nl, geraadpleegd op 11-12-2014).

Elk jaar publiceert het Algemeen Dagblad een top 100 ziekenhuizen, op basis van een meting op basis van de IGZ basisset kwaliteitsindicatoren (Respondent 4). Kijkend naar de scores van het CWZ in de AD-top 100 van de afgelopen jaren, die te zien zijn in figuur 27, is te zien dat deze erg instabiel zijn. Zoals uit eerdere interviews bleek moet er niet te veel waarde worden gehecht aan de positie op die ranglijst, maar dat grote stijgingen en dalingen wel aangeven of het goed of slecht gaat met een ziekenhuis. Vooral de daling tussen 2011 en 2012 is enorm. Ook in 2013 en 2014 weet het CWZ niet in de bovenste helft van de ranglijst te geraken.

Figuur 27: AD Top 100 voor het CWZ (AD.nl, geraadpleegd op 4-12-2014)

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rangschikking	2 ^{de}	32 ^{ste}	32 ^{ste}	6 ^{de}	81 ^{ste}	55 ^{ste}	64 ^{ste}
Stijging/daling		-30	0	+26	-75	+26	-9

5.4.2. Structuurindicatoren

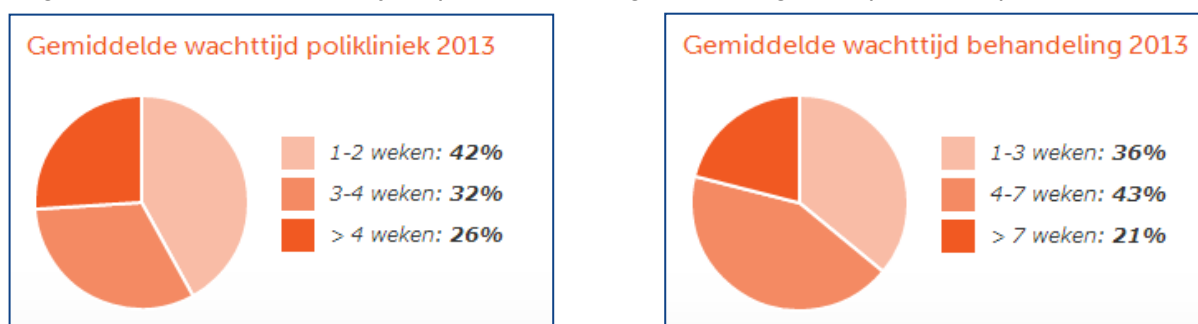
Om de kwaliteit van een ziekenhuis te bepalen is het relevant om te kijken naar de faciliteiten die dat ziekenhuis heeft. Het CWZ heeft 557 bedden, waarin het jaarlijks zo'n 26.000 patiënten behandelt. De spoedeisende hulp bestaat uit 19 onderzoek- en behandelkamers en het niveau van de Intensive Care ligt op niveau 2. Op het gebied van neurochirurgie, Percutane Coronaire Interventie (dotterbehandeling) en de Implanterbare Cardio Defibrillator heeft het CWZ faciliteiten die het ziekenhuis een topklinische status opleveren.

Ook de vraag welke kwaliteitslabels een ziekenhuis heeft kan iets zeggen over de kwaliteit van zorg in dat ziekenhuis. Zoals gezegd worden in dit onderzoek vier kwaliteitskeurmerken meegenomen: het NIAZ-keurmerk, de HKZ-keurmerken, het ISO 9001-certificaat en het GMP-z certificaat. Het CWZ is in het bezit van het NIAZ-keurmerk, wat inhoudt dat het doorlopend en systematisch werkt aan de kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis. Het keurmerk wil voornamelijk zeggen dat een ziekenhuis continu op zoek is naar verbetering. Voor de afdeling Dialyse en voor de apotheek heeft het CWZ een HKZ certificering behaald. Dit wil zeggen dat deze afdeling aantoonbaar van zeer hoge kwaliteit is. Ook het ISO 9001-certificaat, waarmee voornamelijk klanttevredenheid wordt onderzocht, is door de afdeling Dialyse behaald. Van de vier genoemde keurmerken ontbreekt alleen het GMP-z certificaat, dat strenge kwaliteitseisen voor de apotheek hanteert.

5.4.3. Procesindicatoren

Eén van de relevante indicatoren bij die iets zeggen over de kwaliteit van een ziekenhuis zijn de gemiddelde wachttijden in dat ziekenhuis. In figuur 28 staan deze wachttijden voor het CWZ weergegeven. Voor eerdere jaren zijn de gegevens niet bekend.

Figuur 28: Gemiddelde wachttijden polikliniek en dagbehandeling CWZ (NVZ, 2014)



Zoals in het model beschreven is, kan ook het aantal heropnames iets zeggen over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis. Het zegt iets over hoe goed de patiënt de eerste keer behandeld is en hoe vaak er complicaties optreden na een behandeling in dat ziekenhuis. Cijfers die iets zeggen over het aantal heropnames bij het CWZ zijn echter niet openbaar beschikbaar.

Daarnaast kan ook het percentage patiënten dat langer dan verwacht opgenomen moest zijn in het ziekenhuis iets zeggen over de kwaliteit van zorg binnen dat ziekenhuis. In deze berekening staat onder de teller het aantal patiënten in het verslagjaar dat een gerealiseerde verpleegduur had die meer dan 50% hoger lag dan verwacht. Overleden patiënten en patiënten met een verpleegduur van 100 dagen of meer worden in deze berekening buiten beschouwing gelaten (Ziekenhuizentransparant.nl, geraadpleegd op 11-12-2014). De noemer bestaat uit het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar opgenomen is geweest in het ziekenhuis. In figuur 29 staan een overzicht van de onverwacht lange opnameduur van het CWZ, alsmede het landelijk gemiddelde. Van het jaar 2013 is het niet gelukt om het percentage van de landelijke onverwacht lange opnameduur te achterhalen.

Figuur 29: Onverwacht Lange Opnameduur CWZ (Ziekenhuizentransparant, 2014)

Jaar	2010	2011	2012	2013
Onverwacht lange opnames	3.965	3.682	3.164	2.970
Totaal patiënten	30.476	31.562	30.926	27.203
OLO-percentage	13,0%	11,7%	10,2%	10,9%
Landelijk gemiddelde	14,0%	12,6%	12,0%	

In deze figuur is te zien dat het CWZ een redelijk stabiel percentage van onverwacht lange opnames heeft. De cijfers fluctueren tussen de 10,2% en 13,01%, en liggen elk jaar onder het landelijk gemiddelde. Het CWZ heeft dus in verhouding minder onverwacht lange opnames dan een gemiddeld ziekenhuis. Dit is opvallend, omdat topklinische en academische ziekenhuizen de gecompliceerdere behandelingen doen. Het zou daarom logischer zijn wanneer het OLO-percentage van het CWZ lager ligt dan het landelijk gemiddelde.

Een andere indicator van de kwaliteit van zorg is wat er bij gevallen van vermijdbare zorggerelateerde schade wordt gedaan. In het CWZ is er een necrologiecommissie, die maandelijks bij elkaar komen. Voor deze bespreking worden de dossiers van overleden patiënten door de commissie systematisch geanalyseerd, met behulp van de landelijke trigger-tools. Ook in Santeon-verband gebeurt dit (Ziekenhuizentransparant.nl, geraadpleegd

op 11-12-2014). Er vindt verder regelmatig rapportage en terugkoppeling plaats aan de kwaliteitsorganisatie van het ziekenhuis. De resultaten hiervan worden gebruikt voor verbeteracties.

Ook de pijn die patiënten ervaren nadat ze geopereerd zijn kan iets zeggen over de kwaliteit van zorg in dat ziekenhuis. Wanneer het gaat over pijn na operaties, wordt gekeken naar een score tussen 0 en 10 die patiënten geven aan hun pijn. In 2012 beleefden 837 van de 7.281 patiënten na een operatie ernstige pijn, wat wordt geïndiceerd met een pijnscore die hoger is dan 7. Dit houdt in dat 11,5% van de patiënten ernstige pijn ondergingen. In 2013 was dit iets meer: 1073 van de 7.976 patiënten, wat uitkomt op 13,5% (Ziekenhuizentransparant.nl, geraadpleegd op 4-12-2014). Hiermee scoort het CWZ beduidend slechter dan het landelijk gemiddelde, wat in 2012 en 2013 lag op respectievelijk 7% en 6,9% (NVZ-kwaliteitsvenster.nl, geraadpleegd op 4-12-2014). In figuur 30 zijn alle pijnscores van het CWZ en het landelijk gemiddelde vanaf 2010 te vinden. Het landelijke pijnpercentage van 2011 ontbreekt. De landelijke scores van 2012 en 2013 zijn van Ziekenhuizentransparant (2014) en de score van 2010 is van Ziekenhuisgroep Twente (2012).

Figuur 30: Pijn na operatie van het CWZ (Ziekenhuizentransparant.nl, geraadpleegd op 11-12-2014; Ziekenhuisgroep Twente, 2012)

Jaar	2010	2011	2012	2013
Pijn na operatie	15,0%	12,7%	11,5%	13,5%
Landelijk	7,2%		7,0%	6,9%

5.4.4. Uitkomstindicatoren

Eén van de hardste uitkomstindicatoren voor kwaliteit in de zorg is het sterftecijfer. Hiervoor wordt normaal gesproken de Hospitalized Standardized Mortality Rate (HSMR) voor gebruikt. De 77 Nederlandse ziekenhuizen waarvoor het Centraal Bureau voor de Statistiek de HSMR heeft berekend variëren met hun scores tussen de 61 en 146. Een score van 100 houdt in dat het ziekenhuis op gebied van de HSMR zo scoort als dat je van dat ziekenhuis zou mogen verwachten. Het CWZ had in 2012 en 2011 een score van 104. In 2010 deed het ziekenhuis het beter met een HSMR-score van 101 (CWZ.nl, geraadpleegd op 4-12-2014).

In het jaar 2013 zijn er in het CWZ 1.369 risicovolle operaties uitgevoerd, verdeeld over de acht operatietypen die in het begin van dit hoofdstuk zijn genoemd. Hiermee voldoet het voor elke operatie ruim aan de norm die de inspectie heeft gesteld.

De Customer Quality Index (CQ-index) geeft door middel van een uitgebreide enquête onder een groot aantal patiënten van een ziekenhuis een indicatie van de patiënttevredenheid. Het CWZ scoort hierop hoog. In 2013 was kreeg het CWZ van haar patiënten een rapportcijfer van 8,2. Het jaar ervoor scoorde het ziekenhuis nog een 8,1 (NVZ-kwaliteitsvenster.nl, geraadpleegd op 4-12-2014).

5.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is het model dat is ontwikkeld om de positie van een ziekenhuis in te schatten toegepast op het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. Van de 32 indicatoren uit het model zijn er 22 achterhaald, 7 gedeeltelijk achterhaald en vier indicatoren zijn in zijn geheel niet achterhaald. In hoofdstuk 6 wordt gezocht naar verklaringen voor het wel of niet achterhalen van de indicatoren.

Hoofdstuk 6 – Empirie III: Casussen Rijnstate en Maasziekenhuis Pantein

In het vorige hoofdstuk is een uitgebreide toepassing van het opgestelde model gedaan bij het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. In dit hoofdstuk wordt het model nogmaals toegepast, op het Rijnstate in Arnhem en op het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer. Het Rijnstate is uitgekozen omdat dit een grote topklinische speler is, en vergelijkbaar met het CWZ. Het Maasziekenhuis Pantein is gekozen omdat er hechte banden met het Radboudumc zijn en om het model juist op ander type ziekenhuis dan het CWZ toe te passen. Dit keer is er echter slechts sprake van een marginale toets, met als doel het bepalen welke variabelen structureel moeilijk achterhaalbaar zijn en welke variabelen voor het ene ziekenhuis wel achterhaalbaar zijn en voor een ander ziekenhuis niet. Het model wordt in dezelfde volgorde als in het vorige hoofdstuk doorlopen, voor de twee ziekenhuizen. Het is hierbij belangrijk om te beseffen dat het niet zozeer gaat om de inhoud van de informatie, maar om de achterhaalbaarheid hiervan. De achterhaalde informatie wordt dan ook niet op de inhoud geanalyseerd, maar wordt gebruikt om de bevindingen over het CWZ in perspectief te zien.

6.1 Algemene informatie

Deze paragraaf gaat over de vindbaarheid van de algemene informatie, zoals die in het model is beschreven. Eerst zal dit voor het Rijnstate gebeuren, waarna hetzelfde volgt voor het Maasziekenhuis Pantein.

6.1.1. Rijnstate

Het Rijnstate bestaat uit de klinische vestigingen in Arnhem, Velp en Zevenaar, en de poliklinische vestigingen in Arnhem-Zuid en Dieren. Dit vormt ook direct het verzorgingsgebied van het Rijnstate (Rijnstate, 2013). Jaarlijks krijgt het Rijnstate ongeveer 500.000 bezoeken op de polikliniek en worden er 40.000 patiënten behandeld, wat inhoudt dat 92,6% van de patiënten poliklinisch is (Rijnstate, 2013). Het Rijnstate heeft een topklinische status en ontleent deze status aan hun palliatieve zorg. Ze excelleren dus in het verzachten en draagbaar maken van de zorg (Rijnstate.nl, geraadpleegd op 11-2-15). De vijf aandachtsgebieden van het Rijnstate zijn oncologie, immunologie, vasculair, kwetsbare ouderen en perinatale en verloskundige zorg (Rijnstate, 2013). Een overzicht van de verschillende medisch specialisten per ziekenhuis is te vinden in bijlage 7. Wat betreft het type patiënten zijn geen gegevens beschikbaar.

Het Rijnstate biedt 26 medische opleidingen aan en heeft jaarlijks 106 fte aan artsen in opleiding tot specialist. Er zijn 10 coassistentopleidingen met 451 coassistenten. Een recente visitatie van de Stichting Topklinische Ziekenhuizen is met succes afgesloten.

De bestuurlijke indeling van het ziekenhuis is eenvoudig te vinden in het jaarverslag van het Rijnstate (Rijnstate, 2013). Het organogram is te vinden in bijlage 6. Over de mate van hiërarchie en de kracht van het bestuur zijn geen openbare gegevens beschikbaar. Deze informatie is dus niet achterhaald.

De financiële gegevens van het Rijnstate waren eenvoudig vindbaar in de jaarverslagen van de afgelopen jaren (Rijnstate, 2010 – 2013). In figuur 31 staat een weergave van de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit van het Rijnstate van de jaren 2010 tot en met 2013.

Figuur 31: Financiële gegevens van het Rijnstate van 2010 - 2013 (Rijnstate, 2010-2013)

Jaar	2010	2011	2012	2013
<i>Bedrijfsresultaat</i>	2.552.000	969.000	1.526.000	6.999.000
<i>Balanstotaal</i>	345.574.000	394.887.000	434.452.000	422.926.000
<i>Rentabiliteit</i>	0,74%	0,25%	0,35%	1,65%
<i>Solvabiliteit</i>	12,26%	10,03%	9,46%	11,39%
<i>Debt ratio</i>	0,87	0,88	0,87	0,84
<i>Current ratio</i>	0,8	1,1	2,2	1,2
<i>Quick ratio</i>	0,77	1,06	1,28	1,12
<i>Netto werkkapitaal</i>	-22.637.000	13.383.000	45.407.000	24.094.000

Uit het jaargesprek over 2012 met de inspectie bleek dat de financiële buffer van het ziekenhuis onvoldoende is om alle risico's op te vangen. In combinatie met de dalende groei van het Rijnstate kan niet worden uitgesloten dat er gedwongen ontslagen moeten plaatsvinden (IGZ, 2013).

Het Rijnstate heeft 4.389 medewerkers in loondienst exclusief medisch specialisten. Daarnaast maakt het ziekenhuis gebruik van 310 medisch specialisten, waarvan 65 in loondienst. De rest is lid van een maatschap. In totaal werd er over het jaar 2013 3.181 fte ingezet. De medewerkertevredenheid over 2012 was 7,2. In 2014 was dit cijfer gegroeid naar 7,5. Gegevens over 2013 zijn niet openbaar bekend. Het ziekteverzuim in de jaren 2010 – 2012 was respectievelijk 4,65%, 4,54% en 4,19%.

6.1.2. Maasziekenhuis Pantein

Het Maasziekenhuis Pantein is een algemeen ziekenhuis, dat naast de ziekenhuiszorg ook eerstelijns- en thuiszorg aanbiedt (Pantein, 2013). In de publiekelijk openbare documenten is niets te vinden over het type patiënten dat het Maasziekenhuis behandelt. Wel is duidelijk dat

het gaat om een algemeen ziekenhuis, waardoor ze de minder complexe gevallen zelf behandelen en de moeilijkere gevallen doorverwijzen naar een topklinisch of academisch ziekenhuis. Een overzicht van de verschillende medisch specialisten per ziekenhuis is te vinden in bijlage 7.

Het werkgebied van Pantein omvat de regio Noord-Oost Brabant en de kop van Noord-Limburg. Het werkgebied bestaat uit 23 gemeenten en 681.170 inwoners (Pantein, 2013).

Qua scholing is bekend dat er in 2013 82 HBO en WO-studenten in het Maasziekenhuis Pantein hebben meegelopen. Daarnaast waren er nog 50 VMBO-scholieren die in het ziekenhuis meeliepen. In tegenstelling tot het CWZ en het Rijnstate is het Maasziekenhuis ook geen opleidingsziekenhuis (Pantein, 2013).

De bestuurlijke indeling van de organisatie is eenvoudig te vinden in het jaarverslag en is ook weergegeven in bijlage 6. Verder is bekend dat het bestuur van het ziekenhuis recent is gereorganiseerd (IGZ, 2014). Over de mate van hiërarchie en de kracht van het bestuur in de organisatie is geen openbare informatie beschikbaar. Deze informatie kan alleen worden achterhaald uit gesprekken met medewerkers van het ziekenhuis. Toch geeft het IGZ (2014) in de afhandeling van het jaargesprek van 2013 wel aan dat het ziekenhuis op een erg goede manier aandacht schenkt aan een heersende discussie over de rechtspositie van specialisten die in een diversiteit aan samenwerkingsverbanden participeren.

De financiële gegevens over 2011 en 2012 waren eenvoudig te vinden, maar over andere jaren waren deze data niet vindbaar. In figuur 32 staat een overzicht van de financiële gegevens van het Maasziekenhuis Pantein.

Figuur 32: Financiële gegevens van het Maasziekenhuis Pantein van 2011 - 2012 (Pantein, 2012)

<i>Jaar</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>Bedrijfsresultaat</i>	<i>1.659.595</i>	<i>4.427.205</i>
<i>Balanstotaal</i>	<i>101.190.283</i>	<i>117.327.505</i>
<i>Rentabiliteit</i>	<i>1,65%</i>	<i>3,77%</i>
<i>Solvabiliteit</i>	<i>6,74%</i>	<i>6,08%</i>
<i>Debt ratio</i>	<i>0,91</i>	<i>0,92</i>
<i>Current ratio</i>	<i>0,9</i>	<i>1,1</i>
<i>Quick ratio</i>	<i>0,96</i>	<i>1,11</i>
<i>Netto</i>	<i>-382.431</i>	<i>4.789.579</i>

<i>werkkapitaal</i>		
---------------------	--	--

Het Maasziekenhuis Pantein heeft 642 personeelsleden, die goed zijn voor 407,07 fte. Daarnaast heeft het 23 medisch specialisten in dienst (Pantein, 2013). Medewerkers van het Maasziekenhuis Pantein gaven het ziekenhuis in 2013 gemiddeld een 7,2 als rapportcijfer. Het ziekteverzuim was in de jaren 2012 en 2013 respectievelijk 4,05% en 3,84%.

6.2 Strategie

Ook voor het blok strategie worden eerst de bevindingen bij het Rijnstate besproken. Vervolgens wordt ingegaan op de resultaten bij het Maasziekenhuis Pantein.

6.2.1. Rijnstate

Het Rijnstate heeft vijf kernwaarden en doelstellingen voor zichzelf gesteld. Het gaat hierbij om het verbeteren van de verbinding met de omgeving, multidisciplinair werken, het creëren van een gezonde bedrijfsvoering, goed werkgeverschap, regionalisatie en kwaliteit in opleiding, onderzoek en innovatie (Rijnstate, 2013).

De kernkwaliteiten van het Rijnstate zijn het duurzaam werken en de palliatieve zorg. Er wordt door verschillende methoden duurzaam gewerkt, voor het milieu en voor medewerkers. Zo wordt bijvoorbeeld extra gelet op de gezondheid en fitheid van de medewerkers (Rijnstate.nl, geraadpleegd op 11-2-2015). Op gebied van palliatieve zorg excelleert het Rijnstate. Zoals gezegd ontleent het ziekenhuis hieraan haar topklinische status.

Wat betreft een interne of externe focus kan op basis van de beschikbare gegevens geen definitieve uitspraak worden gedaan. Zo blijkt, zoals gezegd, uit het jaarverslag van 2013 dat de verbinding met de omgeving en regionalisatie twee van de belangrijkste beleidsdoelen zijn. Het richt zich echter ook op een gezonde bedrijfsvoering, goed werkgeverschap en opleiding, onderzoek en innovatie. Uit de stukken is niet te achterhalen welke van deze doelen hoger in het vaandel staat binnen de organisatie.

De strategische keuzes bij de totstandkoming van strategie en de manier waarop de organisatie omgaat met strategische tegenstrijdigheden is niet uit publiekelijk openbare bronnen te herleiden. Zonder interviews is deze informatie niet te achterhalen.

6.2.3. Maasziekenhuis Pantein

Het Maasziekenhuis heeft vier strategische pijlers: grenzeloze zorg, kwaliteit d.m.v. communicatie met de patiënt, een resultaatgerichte organisatie die financieel gezond is en transparantie (Pantein, 2012).

Hun kernkwaliteiten die hierop aansluiten zijn dan ook het organiseren van kleinschalige, persoonlijke zorg en de nabijheid van zorg voor elke patiënt (Pantein, 2012).

De focus van het ziekenhuis ligt op de regio, dus is er sprake van een kleinschalige externe focus (Pantein, 2012).

Over de strategische keuzes bij de totstandkoming van strategie en hoe het ziekenhuis omgaat met tegenstrijdigheden in die strategie kunnen geen uitspraken worden gedaan, omdat deze informatie met de beschikbare methoden niet achterhaalbaar is.

6.3 Netwerkvorming

In deze paragraaf worden de bevindingen over netwerkvorming van het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein uiteengezet.

6.3.1. Rijnstate

De belangrijkste samenwerkingspartners van het Rijnstate zijn het ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede en het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem. Hierbij wordt voornamelijk samengewerkt op de oncologische en acute zorg. Uit het jaargesprek met de inspectie in 2012 werd geconcludeerd dat het Rijnstate zich op een positieve manier bewust is van de noodzaak tot samenwerking met regionale partners (IGZ, 2013). De motieven achter deze samenwerking liggen voornamelijk in volume- en capaciteitsissues (Rijnstate, 2013). Volgens de typologie van McGuire (2006) zou dit netwerk dan ook onder de capaciteitsnetwerken vallen. De ziekenhuizen staan op gelijke voet met elkaar.

Over het verloop van deze samenwerkingsverbanden kunnen op basis van de publiekelijk beschikbare informatie geen uitspraken worden gedaan.

6.3.2. Maasziekenhuis Pantein

De belangrijkste samenwerkingspartners van het Maasziekenhuis Pantein zijn het Radboudumc en het Bernhoven ziekenhuis in Uden. Ook met het Jeroen Bosch ziekenhuis en de Sint Maartenskliniek wordt samengewerkt (Pantein, 2013).

Bij de samenwerking met het Radboudumc is voornamelijk sprake van artsen vanuit het Radboudumc die gedetacheerd worden naar het Maasziekenhuis. Het doel hiervan is dan ook capaciteitsvergroting. In de samenwerking met het Bernhoven ziekenhuis is een meer gelijkwaardige relatie, waarbij de twee elkaar helpen (Pantein, 2013).

In de typologie van McGuire (2006) zou de samenwerking met het Radboudumc dan ook duiden op een capaciteitsnetwerk en de samenwerking met het Bernhoven op een actienetwerk.

Het verloop van deze samenwerking kan niet uit de beschikbare bronnen worden afgeleid.

6.4 Kwaliteit van zorg

Tot slot worden in deze paragraaf de resultaten van beide ziekenhuizen op gebied van kwaliteit van zorg weergegeven.

6.4.1. Rijnstate

Het Rijnstate lijkt te voldoen in beperkte mate aan de criteria voor een kwaliteitscultuur te voldoen. Zo werken ze wel mee aan audits van het NIAZ, maar trekt de IGZ (2013) na het jaargesprek van 2012 hun transparantie in twijfel. Daarnaast wordt er gehamerd op een veiligheidscultuur, waarbij men wordt gestimuleerd om fouten door te geven. Er is een digitaal meldsysteem voor fouten: Veilig Incidenten Melden (VIM), waarvoor 318 coördinatoren zijn. In 2013 zijn er 5.563 meldingen gedaan (Rijnstate, 2013). Er ligt dus veel nadruk op het voorkomen van fouten (IGZ, 2013).

Door middel van een necrologieregistratie wordt nagegaan of er fouten zijn begaan en hoe dit in het vervolg beter kan. De vermijdbare zorggerelateerde schade wordt dus onderzocht (Rijnstate, 2013; Ziekenhuizentransparant, 2014).

In figuur 33 is de rangschikking van het Rijnstate in de AD Top 100 van de afgelopen zeven jaar weergegeven.

Figuur 33: Rangschikking van het Rijnstate in de AD Top 100

<i>Jaar</i>	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Rangschikking</i>	48 ^{ste}	6 ^{de}	15 ^{de}	32 ^{ste}	14 ^{de}	15 ^{de}	6 ^{de}
<i>Stijging/daling</i>		+42	-9	-17	+18	-1	+9

Over de faciliteiten van het ziekenhuis wordt weinig verteld, behalve dat er 860 beschikbare bedden zijn en dat er kwalitatief hoogwaardige palliatieve zorg wordt geleverd (Rijnstate, 2013).

Van de belangrijkste kwaliteitslabels beschikt het Rijnstate over NIAZ, HKZ voor dialyse en endoscopie en GMP-z. Het ISO 9001-certificaat ontbreekt (Rijnstate, 2013).

De gemiddelde wachttijd op de polikliniek bedraagt in 57% van de gevallen 1-2 weken, in 24% van de gevallen 3-4 weken en in 19% van de gevallen meer dan 4 weken. De gemiddelde wachttijd voor een behandeling bedraagt in 67% van de gevallen 1-3 weken, in 22% van de gevallen 4-7 weken en in 11% van de gevallen meer dan 7 weken (NVZ, 2014).

Informatie over het aantal heroperaties in het Rijnstate is niet publiekelijk openbaar. In figuur 34 staat wel een weergave van de onverwacht lange opnameduur.

Figuur 34: Onverwacht lange opnameduur in het Rijnstate (Ziekenhuizentransparant, 2014)

Jaar	2010	2011	2012	2013
Onverwacht lange opnames	5.299	4.751		2.130
Totaal patiënten	39.297	39.158		17.706
OLO-percentage	13,5%	12,1%		12%
Landelijk gemiddelde	14,0%	12,6%	12,0%	

In 2012 had 90,5% van de patiënten geen pijnscore boven de 7. In 2013 betrof dit zelfs 99,5% van de patiënten. De landelijke gemiddelden voor die jaren waren respectievelijk 93,0% en 93,1% (NVZ, 2014).

Ook de sterftecijfers van het Rijnstate waren eenvoudig vindbaar. In de jaren 2010 t/m 2012 werden scores van respectievelijk 95, 94 en 98 gehaald (Rijnstate, 2013).

Het Rijnstate deed in 2013 2.384 risicovolle operaties, verdeeld over 9 operatietypen. Voor elk operatietype werd de landelijke norm gehaald (NVZ, 2014).

De CQ-index, om patiënttevredenheid te meten, was zowel in 2012 als in 2013 een 8,2 (NVZ, 2014).

6.4.2. Maasziekenhuis Pantein

Het Maasziekenhuis Pantein probeert een kwaliteitscultuur waar te borgen door het houden van interne en externe audits en veiligheidsrondes binnen het ziekenhuis (Pantein, 2013).

Daarnaast beoordeelt het ziekenhuis het dossier van elke overleden patiënt in de multidisciplinaire complicatie en –necrologie bespreking, om te zien of alles goed is gegaan in de zorg (Ziekenhuizentransparant, 2014). Op deze manier wordt geprobeerd de vermijdbare schade te beperken.

In figuur 35 is de rangschikking van Maasziekenhuis Pantein in de AD top 100 van de afgelopen jaren. Het is niet gelukt om de positie uit het jaar 2012 te achterhalen.

Figuur 35: Rangschikking van het Maasziekenhuis Pantein in de AD Top 100 (AD, 2008-2014)

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Rangschikking</i>	81 ^{ste}	96 ^{ste}	86 ^{ste}	14 ^{de}	Onbekend	81 ^{ste}	74 ^{ste}
<i>Stijging/daling</i>		-15	+10	+68			+7

Het Maasziekenhuis Pantein beschikt over 190 bedden en heeft een accreditatie van de NIAZ. Het ISO 9001-certificaat en het HKZ-certificaat is er alleen voor de thuiszorg (Pantein, 2013).

De gemiddelde wachttijd op de polikliniek is in 50% van de gevallen 1-2 weken, in 38% van de gevallen 3-4 weken en in 13% van de gevallen meer dan 4 weken. De gemiddelde wachttijd voor behandelingen is in 94% van de gevallen 1-3 weken en in 6% van de gevallen 4 tot 7 weken. Langere wachttijden komen niet voor (NVZ, 2014).

Ook voor het Maasziekenhuis is het aantal heroperaties niet publiekelijk bekend. In figuur 36 staat wel weer een weergave van de onverwacht lange opnameduur.

Figuur 35: Onverwacht lange opnameduur in het Maasziekenhuis Pantein (Ziekenhuizentransparant, 2014)

Jaar	2010	2011	2012	2013
Onverwacht lange opnames	-	554	994	779
Totaal patiënten	-	4.672	9.533	9.341
OLO-percentage	-	11,9%	10,4%	8,3%
Landelijk gemiddelde	14,0%	12,6%	12,0%	

In 2012 hadden 95,8% van de patiënten pijnscores die lager lagen dan 7. In 2013 was dit percentage 95,2% (NVZ, 2014). Wat betreft het HSMR zijn van het Maasziekenhuis Pantein alleen gegevens over 2012 beschikbaar. Het sterftcijfer lag hier op 107, hoger dan verwacht mag worden op basis van de ziekenhuiskenmerken (NVZ, 2014).

Er zijn in 2013 312 risicovolle operaties gedaan op drie operatietypen. Voor elk operatietype is voldaan aan de landelijke norm (NVZ, 2014).

De CQ-index voor het Maasziekenhuis Pantein is niet publiekelijk bekend gemaakt. Wel zijn er CQ-indices bekend voor de verpleging en verzorging, de thuiszorg en kraamzorg. Van het ziekenhuis zelf is slechts een net promotor score bekend, maar die valt buiten de kaders van dit model.

6.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is het model dat is ontwikkeld om de positie van een ziekenhuis in te schatten toegepast op het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein. Van de 32 indicatoren uit het model zijn er voor het Rijnstate 22 achterhaald, 3 gedeeltelijk achterhaald en 7 indicatoren zijn in zijn geheel niet achterhaald. Voor het Maasziekenhuis Pantein zijn dit er

respectievelijk 21, 3 en 8. In hoofdstuk 7 wordt gezocht naar verklaringen voor het wel of niet achterhalen van de indicatoren.

Hoofdstuk 7 – Analyse

Na de toepassing van het model op het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein is het tijd om de gevonden gegevens te analyseren. Het doel van het onderzoek is om een zo adequaat mogelijk model te maken, waarmee de positie van ziekenhuizen kan worden ingeschat. In dit hoofdstuk wordt daarom teruggeschakeld naar het model, en zullen de resultaten uit de toetsing van de ziekenhuizen worden gebruikt om in beeld te brengen welke aspecten van het model de gewenste informatie opleveren, en welke verklaringen er te geven voor het wel of niet functioneren van het model. Hierbij wordt de structuur van het model aangehouden, waardoor er vier paragrafen zijn waarin de haalbaarheid van elke variabele wordt besproken. Er wordt dus wederom een onderscheid gemaakt tussen variabelen over de *algemene informatie*, *strategie*, *netwerksamenwerking* en *kwaliteit van zorg*. Per variabele wordt tevens gesproken over de moeilijkheidsgraad bij het achterhalen van deze informatie bij andere ziekenhuizen.

7.1 Algemene informatie

Wat betreft de algemene informatie waren een aantal variabelen eenvoudig en snel te achterhalen, terwijl andere variabelen moeilijker te achterhalen bleken.

7.1.1. Portfoliokeuze

Zo kon het type zorg dat de verschillende ziekenhuizen leveren vrij snel worden afgelezen van de website en het meest recente jaarverslag. De verwachting ten opzichte van andere ziekenhuizen is dat het ook daar niet erg ingewikkeld is om deze informatie te achterhalen.

Het type patiënten dat het CWZ behandelt was daarnaast ook eenvoudig achterhaalbaar, maar voor de andere twee ziekenhuizen bleek dit problematischer. Het is dus erg afhankelijk van of een ziekenhuis besluit een klantprofiel openbaar te maken

Het verzorgingsgebied van een ziekenhuis is logischerwijs iets moeilijker te bepalen. Hier zijn immers geen duidelijke grenzen voor. Toch is een redelijk beeld van het verzorgingsgebied van het CWZ geschetst, door de buitenpoliklinieken van het CWZ mee te nemen. Tevens werd gekeken naar de specialismen waarmee het ziekenhuis zich onderscheidt, waarna in kaart werd gebracht welke andere ziekenhuizen in de regio diezelfde specialistische behandelingen aanbieden. Als deze stappen bij het bepalen van het verzorgingsgebied van een ander ziekenhuis ook worden genomen lijkt een redelijk accuraat beeld van dat verzorgingsgebied mogelijk, al zullen die grenzen altijd enigszins vaag blijven. Ook bij het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein bleek het achterhalen van het verzorgingsgebied geen al te groot probleem.

Wat betreft de inhoud of kwaliteit van opleiding is voor alle ziekenhuizen slechts beperkte informatie beschikbaar gebleken. Wel wordt duidelijk gemaakt hoeveel opleidingen en opleidingsplekken er op verschillende niveaus zijn, wat ook aangeeft hoe hoog opleiding bij een ziekenhuis in het vaandel staat. Het winnen van meer informatie over dit aspect is waarschijnlijk bij andere ziekenhuizen ook problematisch, vanwege de afhankelijkheid van de informatie die het desbetreffende ziekenhuis openbaar maakt. Toch kan eenvoudig een beeld over opleidingscapaciteit worden gegeven.

7.1.2. Ziekenhuisbestuur

Bij het in kaart brengen van het ziekenhuisbestuur van de drie gekozen ziekenhuizen is de bestuurlijke indeling de eenvoudigste stap. Elk ziekenhuis heeft wel een pagina op haar website besteed aan het uitleggen van de ziekenhuisstructuur, vaak geholpen met een organogram. Deze variabele kan dus voor elk ziekenhuis eenvoudig worden beantwoord.

Het bepalen van de kracht van het bestuur en de mate van hiërarchie binnen een ziekenhuis is moeilijker gebleken. Met behulp van bronnen die voor het publiek openbaar zijn kan geen inschatting worden gegeven van deze situatie.

7.1.3. Financiële situatie

Voor grote organisaties, en helemaal voor (semi-)publieke organisaties, is het wettelijk verplicht om de financiële gegevens van de organisatie elk jaar openbaar te maken. Het achterhalen van de liquiditeit, solvabiliteit en rentabiliteit zal daarom bij geen enkel ziekenhuis erg moeilijk zijn.

7.1.4. Personeelszaken

De voornaamste indicatoren voor personeelszaken die ter sprake zijn gekomen zijn medewerkertevredenheid en ziekteverzuim. De medewerkertevredenheid is voor elk algemeen en topklinisch ziekenhuis te vinden in het NVZ kwaliteitsvenster, waarmee het achterhalen van die gegevens ook bij andere ziekenhuizen geen probleem zou moeten zijn.

Het ziekteverzuim bij het CWZ van de meest recente jaren was niet openbaar. Van enkele jaren terug kon wel data worden verzameld, maar dat zegt niets over de huidige situatie. Bij de scan op het CWZ is hier dus geen relevante informatie over naar voren gekomen. Bij de andere twee ziekenhuizen is het wel gelukt om recente informatie te achterhalen, dus dit is absoluut geen structureel onvindbare variabele.

In figuur 36 staat een weergave van de variabelen voor de algemene ziekenhuisinformatie, waarbij per ziekenhuis en per variabele duidelijk wordt of er voldoende informatie over is verzameld en uit welke bron die informatie kwam.

Figuur 36: Overzicht van wel en niet achterhaalde variabelen voor algemene ziekenhuisinfo per ziekenhuis

Variabele	CWZ	Bron	Rijnstate	Bron	Pantein	Bron
Type zorg	✓	CWZ, 2014; NVZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013; Rijnstate.nl	✓	Pantein, 2013
Type patiënten	✓	CWZ, 2014	x	N.v.t.	x	N.v.t.
Verzorgingsgebied	✓	Zorgatlas, 2014; CWZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Mate van opleiding	✓	CWZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Bestuurlijke indeling	✓	CWZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Mate van hiërarchie	x	N.v.t.	x	N.v.t.	x	N.v.t.
Kracht van bestuur	x	N.v.t.	x	N.v.t.	x	N.v.t.
Rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit	✓	CWZ, 2013; de Boet et al, 2010	✓	Rijnstate, 2013; IGZ, 2013	x / ✓	Pantein, 2012
Profiel werknemers	✓	CWZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Medewerkertevredenheid	✓	NVZ, 2014; CWZ, 2014	✓	NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014
Ziekteverzuim	x	N.v.t.	✓	Rijnstate, 2012	✓	Pantein, 2013

7.2 Strategie

Bij de toepassing van het model op zowel het CWZ als het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein is gebleken dat het voor sommige aspecten moeilijk was een goed beeld te geven van de strategie van de organisatie. De belangrijkste reden hiervoor is het feit dat veel aspecten van de strategie van een organisatie niet kunnen worden afgelezen aan openbare documenten, maar achterhaald moeten worden door het houden van interviews met werknemers van de organisatie in kwestie. Dit is vanwege concurrentiebelangen echter niet mogelijk.

De kernwaarden en kernkwaliteiten van de drie ziekenhuizen waren echter eenvoudig te vinden. Dit zal waarschijnlijk voor elk ziekenhuis het geval zijn, omdat elk ziekenhuis zich goed wil profileren tegenover de patiënt. Duidelijk aangeven welke waarden bij jouw organisatie hoog in het vaandel staan is daarbij belangrijk.

Wat betreft de vraag of er sprake is van een interne of een externe focus ligt het iets gecompliceerder. Op de website en in jaarverslagen geeft het CWZ namelijk aan zowel erg bezig te zijn met het verbeteren van de zorg door samenwerking met andere ziekenhuizen, alsmede dat de patiënt voorop staat en dat interne processen belangrijk zijn. Doorslaggevend voor de uitkomst was hierbij dan ook de veelvuldigheid waarmee het CWZ

het in haar documenten over het Santeon heeft. Ook bij het Rijnstate wordt er over interne en externe processen gesproken en is het moeilijk om af te leiden welke belangrijker zijn. Bij het Maasziekenhuis Pantein lijkt een overwegend externe focus te heersen. Ook voor andere ziekenhuizen kan het dan ook moeilijk zijn om te bepalen of er sprake is van een interne of een externe focus.

Over de strategische afwegingen die zijn voorafgegaan aan het beleid, en hoe het bestuur omgaat met tegenstrijdigheden in haar strategie is het niet gelukt om informatie te achterhalen. Dit zal waarschijnlijk ook bij andere ziekenhuizen problematisch zijn. Toch wil dit niet zeggen dat de variabelen irrelevant zijn. Ze zijn in dit geval slechts onachterhaalbaar gebleken.

In figuur 37 staat een weergave van de variabelen voor de ziekenhuisstrategie, waarbij per variabele duidelijk wordt of er voldoende informatie over is verzameld en uit welke bron die informatie kwam.

Figuur 37: Overzicht van wel en niet achterhaalde variabelen voor de ziekenhuisstrategie per ziekenhuis

Variabele	CWZ	Bron	Rijnstate	Bron	Pantein	
Kernwaarden in het ziekenhuis	✓	CWZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2012
Kernkwaliteiten van het ziekenhuis	✓	CWZ, 2014	✓	Rijnstate.nl, geraadpleegd op 11-2-15	✓	Pantein, 2012
Strategische keuzes bij de totstandkoming van strategie	x	N.v.t.	x	N.v.t.	x	N.v.t.
Interne of externe focus	x / ✓	CWZ, 2014; Santeon, 2014	x / ✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2012
Omgaan met tegenstrijdigheden omtrent strategie	x	N.v.t.	x	N.v.t.	x	N.v.t.

7.3 Netwerksamenwerking

Op het gebied van netwerksamenwerking is er over het CWZ veel informatie achterhaald. Dit komt mede door de open houding van het Santeon, het grootste samenwerkingsverband van het CWZ. De samenwerkingspartners konden eenvoudig achterhaald worden door op de website van het CWZ te kijken. Ook voor het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein was dit eenvoudig vindbaar.

Uit jaarverslagen en berichten op de website van het CWZ konden daarnaast de motieven voor samenwerking en de gebieden waarop precies wordt samengewerkt achterhaald worden. Bij het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein was hier ook informatie

beschikbaar, maar niet zoveel als bij het CWZ. De openheid over samenwerkingsverbanden kan per ziekenhuis sterk verschillen.

Het verloop van een samenwerkingsverband is moeilijk in te schatten zonder informatie van binnenuit. Er is gezocht naar nieuwsartikelen en andere indicaties voor het verloop van de samenwerking. Hieruit is echter geen relevante informatie naar voren gekomen.

De typen netwerken waar een ziekenhuis in bevindt kan alleen worden vastgesteld wanneer er voldoende informatie uit de eerdere vragen over netwerksamenwerking is gehaald. Voor alle drie de onderzochte ziekenhuizen kon hier dus wel een beeld van gegeven worden.

In figuur 38 staat een weergave van de variabelen voor de ziekenhuisstrategie, waarbij per variabele duidelijk wordt of er voldoende informatie over is verzameld en uit welke bron die informatie kwam.

Figuur 38: Overzicht van wel en niet achterhaalde variabelen voor de netwerkvorming per ziekenhuis

Variabele	CWZ	Bron	Rijnstate	Bron	Pantein	Bron
Samenwerkingspartners	✓	CWZ, 2014; Santeon, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Samenwerkingsgebieden	✓	CWZ, 2014, Santeon, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Motieven samenwerkingsverbanden	✓	CWZ, 2013; IGZ, 2013	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Verloop van samenwerkingsverbanden	x	N.v.t.	x	N.v.t.	x	N.v.t.
Type netwerk en sturing	✓	STZ.nl, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013

7.4 Kwaliteit van zorg

Bij het bepalen van de kwaliteit van zorg bleek het lastig om de kwaliteitscultuur van het ziekenhuis te meten. Zonder informatie uit interviews is het moeilijk een beeld te krijgen van de mate waarin de ziekenhuizen doordrongen zijn van een aanspreek- en verbetercultuur en transparantie. Wel zijn er indicaties gevonden door te kijken naar de nadruk die hierop ligt in het beleid. De daadwerkelijke gang van zaken op de werkvloer blijft van buitenaf echter moeilijk in te schatten. Dit zal ook voor andere ziekenhuizen het geval zijn.

De faciliteiten en kwaliteitslabels die binnen het ziekenhuis aanwezig zijn, waren daarentegen eenvoudig te vinden. De verwachting is dat dit voor elk ziekenhuis geldt, omdat elk ziekenhuis zich hiermee wil onderscheiden van andere ziekenhuizen in het Nederlandse zorglandschap.

Verder is duidelijk geworden dat voor elk ziekenhuis de wachttijden, de onverwacht lange opnameduur, de ervaren pijn door patiënten, het sterftecijfer, het aantal (risicovolle) operaties dat een ziekenhuis doet en de Customer Quality index voor vrijwel elk ziekenhuis te achterhalen is. Hiervoor zijn landelijke databases via *Ziekenhuistransparant* en het *NVZ kwaliteitsvenster*. Alleen de gegevens over de CQ-index en de HSMR van het Maasziekenhuis Pantein waren moeilijk of niet vindbaar. Vermoedelijk is dit een uitzondering, omdat de gevonden databases erg veel informatie hebben over erg veel ziekenhuizen.

Cijfers over de vermijdbare zorggerelateerde schade is bij geen enkel ziekenhuis gevonden, omdat dit niet in een landelijke database verwerkt is en omdat de ziekenhuizen deze gegevens niet openbaar maken. Via het *NVZ kwaliteitsvenster* wordt echter wel een indicatie gegeven van de maatregelen die worden genomen om dergelijke zorggerelateerde schade in het vervolg te beperken (NVZ-kwaliteitsvenster.nl, geraadpleegd op 7-1-2015). Het is mogelijk dat andere ziekenhuizen hier meer informatie over prijsgeven.

Ook het aantal heroperaties dat de ziekenhuizen in een jaar moeten doen is niet openbaar. Ook hiervoor geldt ten opzichte van andere ziekenhuizen dat het goed mogelijk is dat deze gegevens daar wel openbaar zijn.

In figuur 39 staat een weergave van de variabelen voor de ziekenhuisstrategie, waarbij per variabele duidelijk wordt of er voldoende informatie over is verzameld en uit welke bron die informatie kwam.

Figuur 39: Overzicht van wel en niet achterhaalde variabelen voor de kwaliteit van zorg per ziekenhuis

Variable	CWZ	Bron	Rijnstate	Bron	Pantein	Bron
Kwaliteitscultuur	x / ✓	CWZ, 2014; AD, 2014	x / ✓	Rijnstate, 2013	x / ✓	Pantein, 2013
Faciliteiten	✓	CWZ, 2014	x / ✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Kwaliteitslabels	✓	CWZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013	✓	Pantein, 2013
Wachttijden	✓	NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014
Heroperaties	x	N.v.t.	x	N.v.t.	x	N.v.t.
Onverwacht lange opnameduur	✓	Ziekenhuizentransparant, 2014	✓	Ziekenhuizentransparant, 2014	✓	Ziekenhuizentransparant, 2014
Vermijdbare schade	x / ✓	Ziekenhuizentransparant, 2014	✓	Rijnstate, 2013; Ziekenhuizentransparant, 2014	✓	Ziekenhuizentransparant, 2014
Pijn	✓	Ziekenhuizentransparant, 2014; NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014
HSMR	✓	CWZ, 2014	✓	Rijnstate, 2013	x / ✓	NVZ, 2014
Aantal (risicovolle) operaties	✓	NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014
CQ-index	✓	NVZ, 2014	✓	NVZ, 2014	x	N.v.t.

7.5 Struikelblokken in het model

Zoals gezegd is het niet in alle gevallen gelukt om de variabelen voor het CWZ te achterhalen. Bij sommige van deze variabelen gaat het om eenvoudig meetbare data die simpelweg niet openbaar zijn, zoals het ziekteverzuim, het aantal heropnames en heroperaties en de vermijdbare zorggerelateerde schade. De openbaarheid van deze gegevens kan per ziekenhuis verschillen. Bij het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein waren sommige van deze gegevens bijvoorbeeld wel weer openbaar. Aan de andere kant zijn sommige vragen niet beantwoord, omdat het met de beschikbare methoden erg moeilijk is om eenduidige antwoorden te krijgen. Dit vormen de struikelblokken in het model.

Het eerste struikelblok ligt in de bestuurlijke verhoudingen binnen een ziekenhuis. Zonder informatie uit gesprekken is het erg moeilijk om de kracht en hiërarchie van een bestuur ten opzichte van haar artsen te achterhalen. Dit zijn echter wel erg relevante indicatoren.

Het tweede struikelblok ligt bij de strategische afwegingen die het bestuur heeft gemaakt om tot beleid te komen. Dit kan een belangrijke variabele zijn, omdat het bestaande beleid in een beter perspectief kan worden gezien. Door niet alleen in kaart te brengen welke

beleidskeuzes zijn gemaakt, maar juist ook welke keuzes niet zijn gemaakt en waarom niet, kan duidelijk worden welke waardes nu het belangrijkste zijn voor de raad van bestuur. Wederom is het probleem dat dit zonder de beschikbaarheid van respondenten vrijwel niet achterhaalbaar is.

Verder is het ook erg moeilijk gebleken om te achterhalen hoe een bepaald samenwerkingsverband verloopt voor een ziekenhuis. Dit is vertrouwelijke informatie, die bovendien alleen intern besproken wordt. Het achterhalen van deze variabelen is dus problematisch, maar dat wil niet zeggen dat de variabele irrelevant is.

Het vierde en laatste struikelblok bleek het bepalen of het ziekenhuis doordrongen is van een kwaliteitscultuur. Deze variabele is erg relevant om de kwaliteit van een ziekenhuis te meten, maar de resultaten hiervan kunnen per afdeling sterk verschillen. Er is wel een beeld over wat het bestuur hier aan probeert te doen, maar niet over hoe dit daadwerkelijk impact heeft op de werkvloer. Ook hiervoor zijn interviews met mensen op de werkvloer nodig. Doordat er een externe analyse wordt uitgevoerd behoort dit echter niet tot de mogelijkheden.

Hoofdstuk 8 – Conclusie

Tijdens dit onderzoek is geprobeerd een universeel toepasbaar model te ontwikkelen, waarmee de positie van ziekenhuizen vanuit het Radboudumc zo nauwkeurig mogelijk kunnen worden ingeschat. De focus lag hierbij op het medische domein en het bedrijfskundige domein binnen de tweedelijnszorg. Met deze kennis wil het Radboudumc meer te weten komen over haar omgeving, om beter in te kunnen spelen op ontwikkelingen in het zorglandschap.

De hoofdvraag die aansluit op de doelstelling van dit onderzoek luidt: *Hoe kan voor het Radboudumc een volledig beeld worden verkregen van de situatie bij andere ziekenhuizen?*

8.1 Beantwoording deelvragen

De zojuist genoemde hoofdvraag is behandeld aan de hand van vier deelvragen. In deze paragraaf zal er per deelvraag een kort en bondig antwoord gegeven worden.

De eerste vraag luidde waarom een positiebepaling van het Radboudumc ten opzichte van haar omgeving relevant kan zijn. Door de invoering van de marktwerking in de zorg is er de laatste jaren in veel grotere mate sprake van concurrentie, waarbij zorgverzekeraars een sterke onderhandelingspositie hebben. Veel ziekenhuizen zullen zich daarom moeten herpositioneren en met elkaar concurreren. Door deze dynamiek in het zorglandschap is er een sterke behoefte tot het verkrijgen van een goed beeld op de huidige situatie. Een positiebepaling kan voor het Radboudumc dan ook van grote waarde zijn.

De tweede deelvraag is er op gericht om de relevante kenmerken te achterhalen, waarmee de positie van een ziekenhuis kan worden ingeschat.

Op basis van de literatuur is een model opgesteld, waarmee dat beeld zo volledig mogelijk moest worden. Uit de literatuur werden de hoofdaspecten *strategie*, *netwerkvorming* en *kwaliteit van zorg* onderscheiden. Na interviews met deskundigen uit het zorglandschap bleek dat er een algemeen blok met relevante kenmerken miste, waaronder het ziekenhuisportfolio, het bestuur van een ziekenhuis, de financiële situatie van dat ziekenhuis en de gang van zaken omtrent personeelszaken.

De derde deelvraag luidde: *‘Hoe positioneren andere ziekenhuizen zich op de relevante kenmerken t.o.v. hun omgeving?’*.

Om te toetsen of het model voldoet aan de eisen om een extern ziekenhuis te kunnen analyseren is dit model losgelaten op het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, met als doel een zo volledig mogelijk beeld van hun positie te krijgen. Hiervoor werden websites en

jaarverslagen geraadpleegd. Daarnaast werd er gezocht in nieuwsartikelen en databases met ziekenhuisinformatie.

De vierde, en laatste deelvraag moest verklaringen bieden voor het wel of niet achterhalen van de benodigde informatie om een goed beeld van een ziekenhuis te schetsen. Om een meer structureel beeld te krijgen over welke variabelen wel en niet achterhaalbaar zijn is het model nog eens marginaal toegepast op het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein.

Uit de toepassing van het model op het CWZ, alsmede op het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein, bleek dat de meeste variabelen achterhaalbaar waren en samen een beeld konden schetsen van het ziekenhuis. Van de 33 variabelen zijn er d.m.v. het model in het CWZ 22 achterhaald, 7 gedeeltelijk achterhaald en 4 in zijn geheel niet achterhaald. Een aantal variabelen kon niet worden achterhaald, om uiteenlopende redenen. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen twee typen verklaringen. Een deel van de niet achterhaalde variabelen zijn eenvoudig meetbare variabelen, die binnen het ziekenhuis hoogstwaarschijnlijk bekend zijn. Deze gegevens zijn echter niet openbaar. Daarnaast zijn er variabelen die erg moeilijk meetbaar zijn met de beschikbare methoden. Zo bleek het erg moeilijk om inzicht te krijgen in de bestuurlijke verhoudingen binnen de ziekenhuizen, om de strategische afwegingen van de raad van bestuur in kaart te brengen, om het verloop van samenwerkingsverbanden in te schatten en de mate waarin een kwaliteitscultuur in een ziekenhuis heerst boven tafel te krijgen. Dit is inherent aan het feit dat er in deze externe analyse geen respondenten gebruikt kunnen worden. Omdat er altijd sprake is van concurrentie en tegenstrijdige belangen is een interview met een lid van de raad van bestuur of een werknemer van één van de te onderzoeken ziekenhuis ook geen optie.

Samenvattend kan gesteld worden dat het model voor het Radboudumc eenvoudig toepasbaar is, en dat het op een overzichtelijke manier relatief veel informatie oplevert. Toch zijn er een aantal variabelen waar met de beschikbare methoden geen harde uitspraken over gedaan kan worden. Dit is inherent aan een dergelijke externe analyse.

8.2 Reflectie

Tijdens dit onderzoek was het de bedoeling om een nauwkeurig mogelijk model te ontwikkelen waarmee de positie van een ziekenhuis kan worden ingeschat. Hierbij werd vanuit de literatuur een model ontwikkeld, dat vervolgens nog beoordeeld werd door een aantal experts in het zorglandschap. Dit is naar mijn mening een sterke onderbouwing van het model, voordat het daadwerkelijk gebruikt kan worden. Uiteindelijk is er naar mijn idee dan ook een goed beeld verkregen van het CWZ, wat aangeeft dat het model bruikbaar is.

Op de andere twee ziekenhuizen is bewust minder nadruk komen te liggen, omdat dit slechts bedoeld was om de resultaten van het CWZ op waarde te kunnen schatten.

Een nadeel was dat de beschikbare methoden geen antwoorden konden bieden op inschattingsvragen over de organisatie.

Daarnaast is het in sommige gevallen erg moeilijk gebleken om variabelen goed te kunnen operationaliseren, omdat een deel van het onderzoek gaat over de verhoudingen binnen de organisatie. Door een noodzakelijke, maar omslachtige manier van informatieverzameling was dit echter vaak moeilijk.

8.3 Aanbevelingen

In dit onderzoek is voor het Radboudumc een model ontwikkeld om door middel van een externe analyse een zo volledig en nauwkeurig mogelijk beeld te krijgen van een ander ziekenhuis. Na de toepassing van dit model op het CWZ, het Rijnstate en het Maasziekenhuis Pantein is een aantal aanbevelingen voor het gebruik van het model op een volgend ziekenhuis naar voren gekomen.

Bij de toepassing van het model op de ziekenhuizen is geen gebruik gemaakt van respondenten. Binnen het Radboudumc is er ook kennis over de gang van zaken binnen die andere ziekenhuizen, omdat er artsen zijn die gedetacheerd worden naar dat ziekenhuis. Toch is het twijfelachtig of dit een goede structurele oplossing zou zijn, omdat werknemers dan regelmatig worden ondervraagd over de gang van zaken bij andere ziekenhuizen waar zij aan uitgeleend worden kunnen er integriteit- en legitimiteitissues ontstaan. Ze hebben dan te met een dubbele loyaliteit. Toch biedt zulke informatie meer diepgang aan een externe ziekenhuisanalyse. Het is dan ook verstandig om te onderzoeken op welke manier deze informatie op een ethische en legitieme manier toch boven tafel komt.

Een andere aanbeveling is het temperen van de verwachtingen over de diepte van informatievergaring die bij een externe analyse mogelijk is. Zonder de beschikbaarheid van respondenten die een nauwkeurig en betrouwbaar oordeel kunnen geven over de gang van zaken in een ziekenhuis zijn bepaalde variabelen niet achterhaalbaar gebleken. Informatie die komt vanuit artsen die bij het Radboudumc in loondienst zijn en gedetacheerd zijn in een ander ziekenhuis kan niet als belangrijkste bron worden gebruikt voor het trekken van conclusies over dat ziekenhuis, maar kan wel een reden zijn om extra op die aspecten van het desbetreffende ziekenhuis te letten. De uitdaging hierin ligt om dit om te zetten in van buitenaf meetbare indicatoren.

Literatuur

Bell, G. G., & Zaheer, A. (2007). *Geography, networks, and knowledge flow*. *Organization Science*, 18, 955-972

Bigelow, B. & Mahon, J.F. (1989). *Strategic Behavior of Hospitals: A Framework for Analysis*. *Medical Care Review*, 46(3): 295-311

Boer, P. de, Brouwers, M.P. & Koetzier, W. (2010). *Basisboek Bedrijfseconomie*. Teteringen, Zwolle: Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Borgatti, S. P., & Foster, P. C. (2003). *The network paradigm in organizational research: A review and typology*. *Journal of Management*, 29(6), 991-1013.

Boxwell, R.J. (1994). *Benchmarking for Competitive Advantage*. McGraw-Hill, New York

Castelijns, E., Kollenburgh, A. van & Oh, L. (2011). *Second Opinion. Ziekenhuisstrategieën tegen het licht*. Utrecht: Berenschot B.V.

Codling, S. (1998). *Benchmarking*. Hampshire: Gower Publishing Limited

Diagnose Behandel Combinatie. *DBC Informatie Systeem*. Geraadpleegd op 13-2-2015, van <http://www.dbconderhoud.nl/ziekenhuiszorg-artikelen/zorginformatie-6/over-zorginformatie/menu-id-1920>

Dragolea, L. & Cotîrlea, D. (2009). *Benchmarking – A Valid Strategy for the Long Term?* *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica* 11(2), 813-826

Engelsen, B. den (2006). *Ruit van Klantgerichtheid*. [Internet]. Zorgvisie Archief, 19-01-2006. Geraadpleegd op: http://www.gertjanschop.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/model_ruit_van_engelsen_artikel.pdf

Engelsen, B. den, Beek, C. van & Blijham, G. (2007). *Marketing voor Zorgverleners*. Springer Media BV

Ginn, G.O. & Young, G.J. (1992). *Organizational and Environmental Determinants of Hospital Strategy*. *Hospital and Health Services Administration*, 37(3): 291-302

Hinton, M., Francis, G. & Holloway, J. (2000). *Best Practice Benchmarking in the UK*. *Benchmarking: An International Journal* 7(1), 52-61

Huxham, C., & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. New York: Routledge

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). *Afhandelingbrief jaargespreek Canisius Wilhelmina Ziekenhuis*. Utrecht

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). *Afhandelingbrief jaargespreek Rijnstate Ziekenhuis*. Utrecht

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014). *Afhandelingbrief jaargespreek Maasziekenhuis Pantein*. Utrecht

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). *Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen 2014*. Utrecht

Jong, D. de (2012). *Strategische positionering met behulp van Kerncompetenties*. Deventer: Humiq BV

Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (1992). *The Balanced Scorecard: Measures that drive performance*. *Harvard Business Review* Jan-Feb

Keast, R., Mandell, M. P., Brown, K., & Woolcock, G. (2004). *Network structures: Working differently and changing expectations*. *Public Administration Review*, 64(3), 363-371.

Knight, L., & Pye, A. (2005). *Network learning: An empirically-derived model of learning by groups of organizations*. *Human Relations*, 58(3), 369-392.

Koppenjan, J.F.M. & Klijn, E.H. (2004), *Managing Uncertainties in Networks*. Routledge, London

Kort, H., Giesen, F., Prinsen, B., Peppel, R., Veenvliet, M. & Zwart, N. (2002). *Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk*. Utrecht: NIZW

Kraan, W.G.M. van der (2006). *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit

Kuenen, J.W., Geurts, M., van Leeuwen, W. & Trenité, T. N. (2010). *Kiezen voor Kwaliteit. Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten*. Amsterdam: The Boston Consulting Group.

Lako, C.J. & Rosenau, P. (2009). *Demand-Driven Care and Hospital Choice. Dutch health policy toward demand-driven care: results from a survey into hospital choice*. Health Care Analysis 17(1), 20-35

Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de Zorg*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht

Maas, M., Witjes, H. & Zaat, I. (1998). *Benchmark bij overheid en non-profitorganisaties*. Elsevier Bedrijfsinformatie bv, Den Haag

MacLellan, B. (2007). *The Balanced Scorecard. Developing, measuring and communicating organizational strategy*. CHAO Continued Strategic Planning Process

Mandell, M.P. & Keast, R. (2008). *Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks: Developing a framework for revised performance measures*. Public Management Review, 10(6): 715-731

McGuire, M. (2006). *Collaborative public management: Assessing what we know and how we know it*. Public Administration Review, 66(s1), 33-43

Nickols, F. (2000). *Strategy: Definitions and Meaning*. Distance Consulting. Geraadpleegd op 02-06-2014: http://materias.fi.uba.ar/7558/Lecturas/strategy_definitions.pdf

Nieuws.nl (31-3-2014). CVZ heet voortaan Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 16-6-2014, van: <http://www.nieuws.nl/economie/20140331/CVZ-heet-voortaan-Zorginstituut-Nederland>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2014). *Kwaliteitsvenster ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 16-6-2014, van: www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/kwaliteitsvenster-ziekenhuizen

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Marktscan. Medisch Specialistische Zorg. Weergave van de markt 2009 – 2013*. Utrecht

Pantein (2012). *Daarom Pantein. Samen één ambitie 2013-2017*. Boxmeer

Pantein (2012). *Jaarrekening Maasziekenhuis Pantein B.V. 2012*. Boxmeer

Pantein (2013). *Pantein Jaarverslag 2013*. Boxmeer

Ploeg, M. van der (2010). *Samenwerken onder huwelijks voorwaarden. Relationele en gedragsaspecten in context. Horizontale samenwerkingsverbanden tussen ondersteunende ziekenhuisafdelingen*. Utrecht, Universiteit Utrecht

Popp, J., MacKean, G., Casebeer, A., Milward, H.B. & Lindstrom, R. (2013). *Inter-organizational Networks: A critical review of the literature to inform practice*. Victoria: Royal Roads University

Porter, M.E. (1996). *What is strategy?* Harvard Business Review (Nov-Dec): 61-78

Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). *Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks*. Journal of Management, 33(3), 479

Provan, K.G. & Kenis, P. (2008). *Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness*. Journal of Public Administration Research and Theory, 18: 229-252

Provan, K. G., & Lemaire, R. H. (2012). *Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice*. Public Administration Review, 72(5), 638-648

Poucke, A. van, Bos, W., Kunst, E., Jacobs, L., Koevoets, H. & Vernooi, K. (2013). *Wie doet het met wie in de zorg? Het jaarlijkse overzicht van bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen*. KPMG Meijburg & Co, Arnhem

Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2002). *Care en Cure*. Den Haag

Radboudumc (z.d.). *Strategie Radboudumc*. Geraadpleegd op 5-5-2014, van <https://portal.extern.umcn.nl/organisatie/StrategieRadboudumc/Pages/home.aspx>

Rijckmans, M.J., Garretsen, H.F., Goor, L.A. van de & Bongers, I.M. (2005). *Key Concepts of Demand-driven Health Care; an approach based on the client's needs*. *Medicine and Law* 24(3), 463-477

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (01-10-2014). *Sterke toename aantal fusies en buitenpoliklinieken*. Geraadpleegd op 27-11-2014: <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/locaties-algemene-en-academische-ziekenhuizen/>

Rijnstate (2010). *Jaardocument 2010*. Arnhem

Rijnstate (2011). *Jaardocument 2011*. Arnhem

Rijnstate (2012). *Jaardocument 2012*. Arnhem

Rijnstate (2013). *Jaardocument 2013*. Arnhem

Riordan, D. & Riordan, M. (2013). *Guarding against groupthink in the professional work environment: A checklist*. *Journal of Academic and Business Ethics*.

Robson, M.J., Skarmeeas, D. & Spyropoulou, S. (2006) *Behavioral attributes and performance in international strategic alliances: Review and future directions*. *International Marketing Review*, 23 (6), 585–609

Sebregts, E. (2007). *Vraaggestuurde Zorg: van Trend naar Praktijk. Een explorerend onderzoek naar factoren die in het veranderingsproces van aanbodsturing naar vraagsturing een rol spelen*. Erasmus Universiteit Rotterdam

Slot, P.J. & De Pree, J.K. (2008). *T&C mededingingswet*. Deventer: Kluwer

Stichting Topklinische Ziekenhuizen. *Samenstelling STZ-bestuur*. Geraadpleegd op 4-12-2014, van <http://www.stz.nl/pagina/22-samenstelling-bestuur.html>

TNS NIPO, in opdracht van Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Kiezen in de gezondheidszorg*

Treacy, M. & Wiersema, F. (1995). *De Discipline van Marktleiders: Kies uw klanten, verklein uw focus, en domineer uw markt*. Schiedam: Scriptum Books

Tseng, M.M. & Wang, Y. (2009). *Mass Customization as a Collaborative Engineering Effort*. International Journal of Collaborative Engineering 1(1), 152-167

Vanaerde, P. (2005). *Clientfocused Operational Excellence. De service-paradox opgelost*. Vanaerde Consulting

Vektis. *Zorgprisma MSZ en MSZ Plus*. Geraadpleegd op 13-2-2015, van <http://www.vektis.nl/index.php/component/content/article/2-uncategorised/506-zorgprisma-msz-en-msz-plus>

Verschuren, N. (2008). *Benchmarking van ziekenhuizen in Nederland. Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen, zodat de implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden gerealiseerd?* Erasmus Universiteit Rotterdam

Weber, E. P., & Khademian, A. M. (2008). *Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings*. Public Administration Review, 68(2), 334-349

Wekking, M. (2008). *Benchmarken binnen en tussen Euregio's. Verkennend onderzoek naar Nederlands-Duitse grensoverschrijdende samenwerking en de mogelijkheden voor (grensoverschrijdende) benchmarking*. Enschede: Saxion Hogeschool

Wells, R. & Weiner, B.J. (2007) *Adapting a dynamic model of interorganizational cooperation to the health care sector*. Medical research and review, 64 (5), 518-543

WGV Zorg en Welzijn (2014). *Ziekteverzuim in de zorg is gedaald, maar de uitdaging wordt groter*. Geraadpleegd op 3-12-2014: <http://www.wgvzorgenwelzijn.nl/nieuws/details/id/1334>

Zairi, M. & Ahmed, P.K. (1999). *Benchmarking maturity as we approach the millennium?* Total Quality Management 10(4-5), 810-816

Ziekenhuisgroep Twente (2012). *Indicatoren Inspectie voor de Gezondheidszorg Januari t/m December 2012*. Almelo

Ziekenhuizentransparant.nl. *Dutch Hospital Data*. Geraadpleegd op 11-12-2014:

<http://www.ziekenhuizentransparant.nl/?jaar=2010&doezkh=666&PHPSESSID=ec81196d00547f158ad0b4e29fcb2643>

Bijlage 1 – Respondentenlijst*

Jan Maarten van den Berg	Coördinator van de basisset van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen
Ingrid van Es	Senior beleidsadviseur kwaliteit en organisatie van de NVZ
Ingrid Seinen	Beleidsmedewerker van het Economisch en Medisch Bureau van de NZa
Sabine Mulders	Hoofd management unit van de afdeling kwaliteit en veiligheid binnen het Radboudumc

* Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zijn de respondenten op alfabetische volgorde gezet, die niet in overeenstemming is met de volgorden van de interviewverslagen die hierna volgen.

Bijlage 2: Interview met respondent 1

In dit interview is voornamelijk veel gesproken over welke variabelen relevant kunnen zijn bij het inschatten van de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis. Het eerste wat ter sprake kwam waren de kwaliteitsindicatoren zoals die van de IGZ. De respondent gaf aan dat er per ziekenhuis verschillend gemeten wordt zodat het erg moeilijk is om een gefundeerd vergelijkend oordeel over ziekenhuizen te vellen op basis van deze indicatoren. Sommige ziekenhuizen meten bijvoorbeeld de kwaliteit van een afdeling op een moment dat zij weten dat de score hiervoor goed zal zijn. Daarom vindt zij dat de scores vooral bedoeld zijn om intern op te sturen, en niet altijd geschikt zijn om te benchmarken. Om echt goed te kunnen benchmarken zullen de definities van de indicatoren aangescherpt moeten worden. Het is van belang dat een ziekenhuis de eigen uitkomsten gebruikt om continu te monitoren en te verbeteren, en vervolgens weer te kijken of de verbeteringen effect hebben op de uitkomsten (PDCA) .

Wat de respondent voornamelijk belangrijk vindt bij het bepalen van de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis is of er een kwaliteitscultuur is. Is er sprake van openheid en transparantie, zowel naar buiten toe als intern. Doen ziekenhuizen bijvoorbeeld mee aan kwaliteitsaudits? En is deze openheid er ook als er iets fout gaat? Het is volgens de respondent erg belangrijk dat iedereen binnen de organisatie kritisch durft te kijken, zelfs als de organisatie het goed doet. Hierbij is het belangrijk dat er binnen de hele organisatie een aanspreek- en verbetercultuur is.

Om dit te achterhalen stelt de respondent voor om te kijken naar of en hoe beleid wordt geëvalueerd en wat er precies met die evaluatie gebeurt bij het volgende traject. Daarnaast kan het nuttig zijn om te kijken naar bijvoorbeeld de calamiteiten in een ziekenhuis. Deze calamiteiten moeten gemeld worden aan de inspectie, waarna een onderzoek wordt gestart. Bij een goede kwaliteitscultuur worden er maatregelen genomen om de situatie te verbeteren en wordt dit gedeeld met elkaar om van te leren. Juist daaruit blijkt transparantie en een wil om te verbeteren.

De respondent geeft verder nog aan dat ziekteverzuim en medewerkertevredenheid iets kan zeggen over de kwaliteit van de organisatie. Wanneer dit buitensporig hoog of laag is kan worden geconcludeerd dat er met plezier op de afdeling wordt gewerkt of dat bijvoorbeeld de werkdruk te hoog ligt. Hiervoor is een goede analyse van de getallen wel noodzakelijk.

Bijlage 3: Interview met respondent 2

Algemeen

Tijdens dit interview kwam naar voren dat het goed was om te beginnen met een kopje over algemene informatie, waaronder de portfoliokeuze van een ziekenhuis, de financiële situatie en het ziekenhuisbestuur.

Qua portfolio van een ziekenhuis gaf de respondent aan dat het belangrijk kan zijn om na te gaan welk type patiënten een ziekenhuis behandelt. Zo kan het bijvoorbeeld helpen om te kijken welk percentage van het aantal patiënten poliklinisch is. Verder zijn het verzorgingsgebied van het ziekenhuis, de mate waarin jonge artsen worden opgeleid in het ziekenhuis en in hoeverre het ziekenhuis gespecialiseerd is in bepaalde typen zorg belangrijke elementen om mee te nemen bij de beeldvorming over het portfolio van een ziekenhuis.

Wat betreft het ziekenhuisbestuur vindt de respondent het belangrijk of er in een ziekenhuis met maatschappen wordt gewerkt of met artsen in loondienst. Wanneer een ziekenhuis artsen in loondienst heeft is het bestuur over het algemeen sterker en hiërarchischer dan wanneer de artsen bij een maatschap horen. Hierbij is het relevant om na te gaan of de medisch specialisten of de bestuurders de koers van het ziekenhuis bepalen. Indicatoren hiervoor kunnen zijn wie contact heeft met de verzekeraars of wie er over investeringsbeslissingen gaat.

Strategie

Wat betreft de strategische indicatoren uit de literatuur had de respondent weinig aan te merken. Wel gaf ze aan dat het handig kon zijn om een regioscan te doen. Zo kunnen bepaalde ziekenhuizen bijvoorbeeld strategisch gedwongen worden tot bepaalde specialisaties, door de aanwezigheid van een ander (groter) ziekenhuis in de regio. Verder is het tijdens het onderzoek belangrijk om te kijken naar de beoogde termijn van een strategisch plan.

Netwerk

De respondent geeft aan dat er op gebied van netwerken een trend bezig is waarbij steeds meer coördinatie tussen eerste- en tweedelijnszorg plaatsvindt. De positionering van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) is wellicht nog een interessant punt om naar te kijken. Een netwerk tussen verschillende lijnen zorg kan gedeeltelijk in kaart worden gebracht door te kijken of zich meerdere zorgverleners op hetzelfde terrein bevinden. Is er bijvoorbeeld op een ziekenhuisterrein een apotheek, een huisartsenpost of revalidatiecentra? Hebben

verschillende ziekenhuizen een gedeeld lab of een gedeelde radiologieafdeling? Is er gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen?

Kwaliteit

Op gebied van kwaliteit geeft de respondent aan dat de IGZ-indicatoren, de meest gebruikte maatstaf voor kwaliteit van ziekenhuizen, wel iets zeggen over kwaliteit, maar dat er ook niet te veel waarde aan gehecht moet worden. De manier en het tijdstip van meten is per ziekenhuis immers verschillend, waardoor de waarden van verschillende ziekenhuizen vaak weinig vergelijkbaar zijn.

Een belangrijkere indicator voor de kwaliteit van een ziekenhuis is volgens de respondent bijvoorbeeld of het ziekenhuis open is naar de buitenwereld en mee doet aan kwaliteitsaudits. Dit zegt in ieder geval iets over de wil van een ziekenhuis om hun kwaliteit te maximaliseren.

Verder kan patiënttevredenheid (CQ-index) een belangrijke indicator zijn voor de kwaliteit van een ziekenhuis. Ook ziekteverzuim en tevredenheid van medewerkers kan aangeven of het binnen een organisatie rommelt of niet.

De respondent raadt aan om een onderscheid te maken tussen uitkomstindicatoren, procesindicatoren en klantgerichte indicatoren.

Bijlage 4: Interview met respondent 3

Het interview met de respondent had met name betrekking op het gebied van kwaliteit van zorg. Uit het gesprek bleek dat de kwaliteitsmetingen per ziekenhuis zo verschillend zijn dat het moeilijk is om vergelijkende uitspraken te doen over kwaliteit, op basis van de operationele indicatoren die veelvuldig worden gebruikt. Dit wil niet zeggen dat deze IGZ-kwaliteitsindicatoren niet relevant zijn, slechts dat ze in hun context gezien moeten worden. Andere indicatoren die volgens de respondent van waarde kunnen zijn staan in de ZIZO-basisset en de PROM.

Volgens de respondent kan er wat kwaliteitsindicatoren betreft een onderscheid worden gemaakt in vier vormen waarin kwaliteit gemeten kan worden. De patiëntbeleving, waarbij onderwerpen als pijn na operaties ter sprake komen, is één van die vormen. De patiëntervaring, waarbij de band met de artsen en het verplegend personeel centraal staan, is een andere manier waarop naar kwaliteit gekeken kan worden. Ook de medische uitkomsten kunnen een belangrijke houvast zijn bij het bepalen van de kwaliteit van zorg. Ook wachtlijsten per behandeling kan een relevante factor zijn.

Kijkend naar het netwerkaspect van het model is het volgens de respondent in ieder geval belangrijk om te kijken wie de ketenregisseur van dat netwerk is. Daaruit kunnen bepaalde verhoudingen binnen een netwerk duidelijker worden. Hierbij kan het handig zijn om na te gaan welke partij de voorzitter en het secretariaat levert.

Bijlage 5: Interview met respondent 4

De respondent geeft aan dat de snelheid waarin een ziekenhuis zich aanpast aan de veranderende omgeving de belangrijkste variabele is bij het beoordelen van de kwaliteit van een ziekenhuis. Op deze manier kan worden beoordeeld of problemen worden aangepakt en of er een streven naar het verbeteren van de kwaliteit in de organisatie is.

Dit streven naar een verbetering van de kwaliteit van zorg is daarnaast af te lezen aan de mate waarin een ziekenhuis meedoet aan kwaliteitsonderzoeken en kwaliteitsaudits. Dit geeft een mate van betrokkenheid en ambitie in het Nederlandse zorglandschap weer.

Er is een aantal aspecten waar de respondent tegenaan liep. Zo moet er een duidelijk onderscheid gemaakt worden in verschillende typen ziekenhuizen. Een academisch ziekenhuis kan niet zomaar met een algemeen ziekenhuis worden vergeleken. Het zegt dan ook meer wanneer deze vergelijking wordt gedaan tussen academische ziekenhuizen onderling, of topklinische ziekenhuizen onderling.

Een ander risico van het gebruiken van één model waaraan ziekenhuizen gemeten kunnen worden is dat de meeste ziekenhuizen niet als één eenheid georganiseerd zijn, maar bestaan uit bepaalde divisies. Het is dan ook moeilijk een algemeen oordeel te geven over de organisatie als geheel.

Daarnaast geeft de respondent aan dat het moeilijk is om een goed algemeen model te ontwikkelen als hier niet bepaalde accenten in zijn aangebracht. Het creëren van een model werkt beter als precies duidelijk is wat er met de uitkomsten van het model gaat gebeuren.

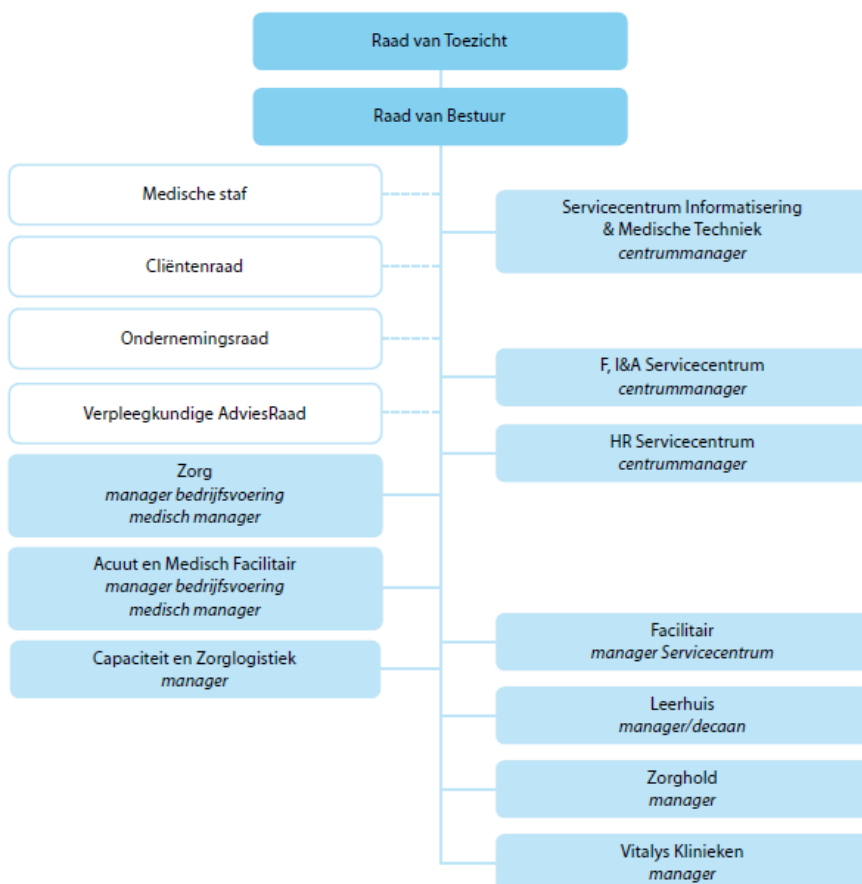
Wat betreft de kwaliteitsindicatoren gaf de respondent aan dat wanneer er een gedetailleerd beeld van de kwaliteit van zorg achterhaald moet worden, er onderscheid gemaakt kan worden in drie blokken van indicatoren. Het eerste blok moet iets zeggen over de gang van zaken op de afdelingen. Hieronder vallen het operatief proces, interventies, het medicatieproces, spoedprocessen, verpleegkundige zorg, de intensive care en de polikliniek. Het tweede blok moet iets zeggen over de grootste patiëntgroepen. Het gaat hierbij om patiënten uit de oncologie, met hart- en vaatziekten, bewegingsapparaat, infectieziekten, longziekten en maag-, darm- en leverziekten. Het derde blok van indicatoren gaat over kwetsbare patiëntgroepen. Hieronder valt perinatale zorg, kinderen en ouderen. Tot slot kan er ook nog een algemeen kwaliteitsbeleid en volumenomen worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te achterhalen.

Voor een beknopter kwaliteitsbeeld kunnen volgens de respondent ook andere indicatoren uitkomst bieden. In dit geval ziet hij vier indicatoren die iets kunnen zeggen over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis. Zo zegt de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) iets over het sterftecijfer per ziekenhuis. Daarnaast kan ook de onverwacht lange opnameduur (OLO) iets over de kwaliteit van een ziekenhuis. Wanneer patiënten in een ziekenhuis structureel later dan verwacht het ziekenhuis kunnen verlaten kan worden geconcludeerd dat het ziekenhuis in kwestie meer tijd nodig heeft om dezelfde kwaliteit van zorg te leveren dan een ziekenhuis dat wel aan die norm voldoet. Ook het aantal heropnames zegt iets over de kwaliteit van de door het ziekenhuis geleverde zorg. Als er bijvoorbeeld structureel meer heropnames per patiënt zijn in ziekenhuis A dan in ziekenhuis B kan dit aangeven dat er in ziekenhuis A onzorgvuldiger te werk wordt gegaan tijdens operaties. De laatste manier die de respondent noemt is door de positie op de ranglijst van de AD Top 100 ziekenhuizen van de afgelopen jaren te bekijken. Met name de fluctuaties in rangschikkingen kunnen aangeven of een ziekenhuis stabiel is, of er een stijgende lijn in zit of dat het ziekenhuis kwalitatief in vrije val is beland.

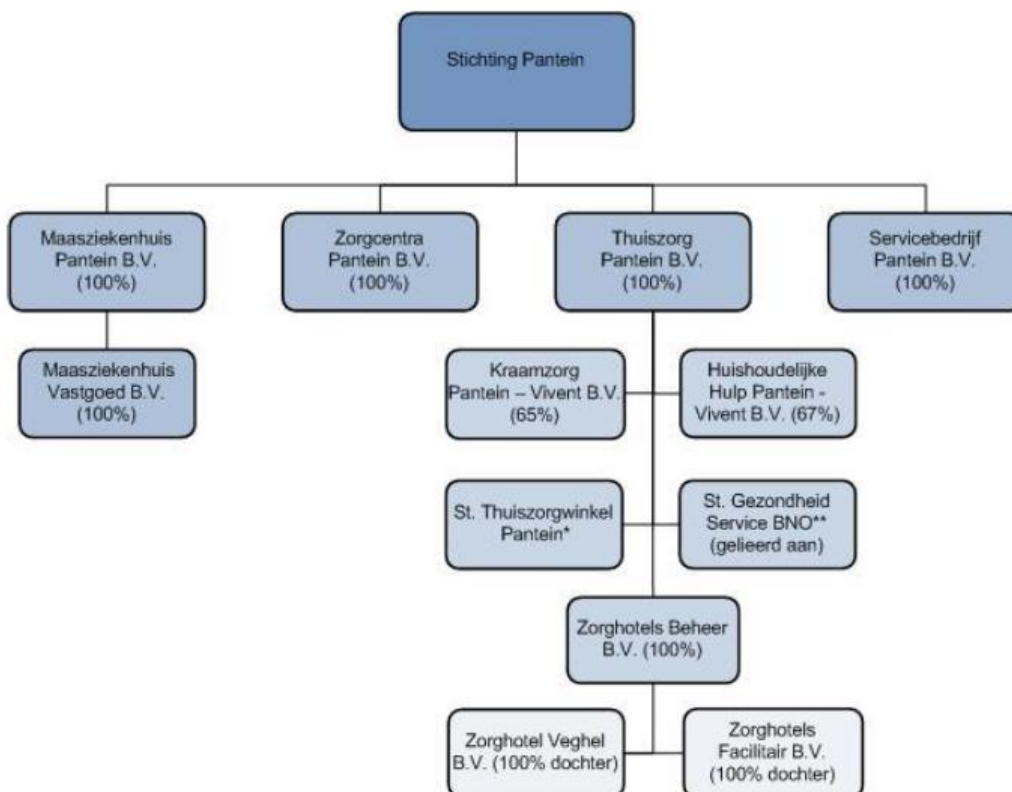
Tot slot noemt de respondent nog dat een houdbaarheidslimiet op indicatoren zit, omdat ziekenhuizen zich na verloop van tijd gaan richten op het halen van de norm van deze specifieke indicatoren. Andere aspecten kunnen dan in verval raken. De respondent geeft aan dat structuurindicatoren tussen de één en drie jaar houdbaar zijn. Procesindicatoren kunnen tussen de drie en vijf jaar worden behouden en uitkomstindicatoren zijn vaak wel langer houdbaar.

Bijlage 6: Organogrammen Rijnstate en Maasziekenhuis Pantein

Organogram Rijnstate



Organogram Maasziekenhuis Pantein



Bijlage 7: Overzicht medisch specialismen Radboudumc, CWZ, Rijnstate en Maasziekenhuis Pantein

	RadboudUMC	CWZ	Rijnstate	Pantein
Anatomie	✓	x	x	x
Anesthesiologie	✓	✓	✓	✓
Biochemie	✓	x	x	x
Borstkankerzorg	x	x	✓	x
Cardiologie	✓	✓	✓	✓
Chirurgie-heelkunde	✓	✓	✓	✓
Dermatologie	✓	✓	✓	✓
Diëtetiek	✓	✓	✓	✓
Endocriene ziekten	✓	x	x	x
Endoscopie	✓	x	x	x
Ergotherapie	✓	✓	✓	x
Fysiotherapie	✓	✓	✓	x
Geestelijke verzorging	✓	✓	✓	x
Genetica	✓	x	x	x
Geriatric	✓	✓	✓	x
Gynaecologie	✓	✓	✓	✓
Hematologie	✓	x	x	x
HIV-poli	x	x	✓	x
Intensive Care	✓	✓	✓	x
Interne Geneeskunde	✓	✓	✓	✓
Kaakchirurgie	x	x	✓	x
KNO	✓	✓	✓	✓
Kindergeneeskunde	✓	✓	✓	✓
Klinische Chemie	✓	✓	✓	✓
Klinisch fysicus	✓	✓	✓	x
Logopedie	✓	✓	✓	x
Longziekten	✓	✓	✓	✓
MDL	✓	✓	✓	x
Mondziekten	✓	x	✓	✓
Nefrologie	✓	x	✓	x
Neurochirurgie	✓	✓	x	x
Neurologie	✓	✓	✓	✓
Nucleaire geneeskunde	✓	✓	✓	x
Oncologie	✓	✓	✓	✓
Oogheelkunde	✓	✓	✓	✓
Orthodontie	✓	x	x	x
Orthopedie	✓	✓	✓	✓
Orthoptie	x	✓	x	x
Osteoporosepoli	✓	x	✓	x
Pathologie	✓	✓	✓	x
Pijnbehandeling	x	x	✓	✓

Plastische Chirurgie	✓	✓	✓	✓
Psychiatrie	✓	✓	✓	✓
Radiologie	✓	✓	✓	✓
Reumatologie	✓	x	✓	✓
Schildkliercentrum	✓	x	✓	x
Tandheelkunde	✓	x	x	x
Urologie	✓	✓	✓	✓
Vasculaire geneeskunde	x	x	✓	x
Verloskunde	✓	✓	✓	x

