

En hoe zit het met de risico's in kwaliteit van zorg?



Masterthesis Communication Studies

Universiteit Twente, Enschede

Esther Sanders

En hoe zit het met de risico's in kwaliteit van zorg?

Onderzoek naar de waardering van de publicatie 'Het resultaat telt ziekenhuizen' en de relatie van die waardering met de intentie tot risicomanagement

Masterthesis Communication Studies
Universiteit Twente, Enschede

Onder begeleiding van:

Dr. J.M. Gutteling
Dr. Ir. P.W. de Vries
Universiteit Twente

Drs. E.M. Hoogervorst
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Esther Sanders
18 oktober 2011

Samenvatting

In dit verslag wordt het onderzoek beschreven naar de relatie tussen de waardering van een publicatie over de kwaliteit van ziekenhuiszorg, 'Het resultaat telt' en de intentie tot risicomanagement bij de doelgroepen van die publicatie. Het onderzoek is ontstaan op basis van de vraag van de Inspectie voor de Gezondheidszorg die wilde weten welke invloed 'Het resultaat telt' heeft.

Op basis van de literatuur werd een conceptueel model opgesteld, dat bestond uit de volgende onderdelen:

- de attitude ten aanzien van risico's in de zorg
- de waardering van een publicatie over de kwaliteit van zorg
 - o de waardering van de kwaliteit van data in de publicatie
 - o het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen
- de intentie tot risicomanagement

Het onderzoek werd uitgevoerd onder de doelgroepen van 'Het resultaat telt', door middel een web-based survey en face-to-face interviews. De doelgroepen van het onderzoek waren inspecteurs en binnen de ziekenhuizen de Raad van Bestuur, medisch specialisten en kwaliteitsfunctionarissen.

Op basis van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat als respondenten van mening zijn dat risico's in de zorg gebaseerd zijn op een kwalitatief oordeel, zij een publicatie over de kwaliteit van zorg minder waarderen. Dit is ook het geval wanneer respondenten van mening zijn dat risico's in de zorg objectief zijn.

De waardering van kwaliteit van data in een publicatie over de kwaliteit van zorg en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen voorspellen de waardering van een publicatie over de kwaliteit van zorg.

Een hogere waardering van 'Het resultaat telt', tot slot, wordt geassocieerd met een grotere intentie tot risicomanagement.

Het onderzoek dat werd uitgevoerd was een exploratief onderzoek. Niet eerder is er een onderzoek naar het gebruik van een publicatie over de kwaliteit van zorg uitgevoerd onder zo veel verschillende doelgroepen. Dit onderzoek levert heldere conclusies met betrekking tot publicatie over de kwaliteit van zorg en kan beschouwd worden als nulmeting. Vervolgonderzoek is nodig om de resultaten van dit onderzoek uit te breiden.

Summary

In this thesis the investigation on the relation between the evaluation of a publication on the quality of hospital care, 'Het resultaat telt' (The result counts), and the intention to manage risks among the target groups of 'Het resultaat telt' is described. The investigation originated based on the question of the Dutch Health Care Inspectorate, who wanted to learn what influence 'Het resultaat telt' has.

Based on literature a conceptual frame was composed, existing of the following parts:

- the attitude to risks in health care
- the evaluation of a publication on the quality of health care
 - o the evaluation of the quality of data in the publication
 - o the importance of quality in hospital culture
- the intention to manage risks

The investigation was executed among the target groups of 'Het resultaat telt', by a web-based survey and face-to-face interviews. The target groups of the investigation were the inspectors, hospital management, medical specialists and quality employers of the hospitals.

Based on the investigation can be concluded that if respondents think risks in health care are based on qualitative assessments they evaluate the publication less positive. This is also the case if respondents think risks in health care are objective.

The evaluation of the data quality from a publication and the importance of quality in hospital culture predict the evaluation of a publication on the quality of health care.

A better evaluation of 'Het resultaat telt', at last, is associated with a greater intention to manage risks.

The investigation conducted was an explorative investigation. Prior no investigation was conducted on the use of a publication on the quality of care among so many target groups. This investigation provides clear conclusions with regard to publication on the quality of health care and can be considered as a benchmark. Follow-up studies are necessary to extend the results of this investigation.

Voorwoord

Ter afsluiting van de opleiding Communication Studies aan de Universiteit Twente, ligt voor u deze scriptie. Deze is het resultaat van een onderzoek naar de publicatie 'Het resultaat telt'.

Ongeveer een half jaar geleden begon ik mijn onderzoek met niet meer dan de publicatie 'Het resultaat telt' en de vraag van de Inspectie voor de Gezondheidszorg of ik hen meer inzicht zou kunnen geven in het gebruik van de publicatie en of ik daarop aansluitend een advies kon geven met betrekking tot de publicatie. Gewapend met deze informatie trok ik naar Enschede waar ik samen met mijn eerste begeleider Jan Gutteling een eerste begin maakte het onderzoek te operationaliseren. Nu een half jaar later ligt er een compleet afgerond onderzoek met nota bene een conceptueel model.

Achteraf kan ik gelukkig alle mensen ongelijk geven die mij voorspelden wat een drama afstuderen zou zijn. Ik heb dit voornamelijk ervaren als een erg leuke periode en als een echte afsluiting van mijn studie. Uiteraard heb ik dit mede te danken aan verschillende personen.

Allereerst was dat Ida Braem die mij benaderde vanuit de Inspectie voor het onderzoek en die mij wegwijs wist te maken binnen de Inspectie. Had ik een vraag, dan kon ik altijd bij haar terecht. Mijn begeleidster binnen de Inspectie Betty Hoogervorst heeft mij ook flink geholpen bij mijn onderzoek met haar nimmer aflatende interesse en enthousiasme en haar passie voor cijfertjes en tabellen. Als alle cijfers mij soms te veel werden wist ze me altijd weer de weg te wijzen.

Natuurlijk wil ik ook mijn begeleiders van de Universiteit Twente Jan Gutteling en Peter de Vries bedanken. Bedankt voor jullie waardevolle adviezen en oordelen en inderdaad aan mijn eerste versie was geen doorkomen aan!

Daarnaast zijn er natuurlijk ook nog andere mensen die mijn hele afstudeertraject hebben mogen meegenieten. Familie, vrienden en Bram. Dank jullie wel. Jullie weten wel waarvoor!

Utrecht, 18 oktober 2011

Esther Sanders

Inhoud

1. Inleiding	9
1.1 Het resultaat telt	9
1.2 Doelen en doelgroepen van ‘Het resultaat telt’	9
1.3 De indicatoren	11
1.4 De Inspectie voor de Gezondheidszorg	12
1.5 Doel van het onderzoek	12
1.6 Onderzoeksvragen	12
1.7 Opbouw van het verslag	13
2. Kwaliteit van zorg theoretisch beschreven	14
2.1 Inleiding tot publicatie over kwaliteit van zorg	14
2.1.1 De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen	14
2.1.2 Toezicht	15
2.1.3 Publicatie over kwaliteit in zorg	15
2.1.4 Het doel van publiceren over de kwaliteit van zorg	15
2.2 Invloed publiceren over kwaliteit van zorg	16
2.2.1 Attitude ten aanzien van risico's in de zorg	17
2.2.2 De waardering van een publicatie over de kwaliteit van zorg	17
2.2.3 De intentie tot risicomanagement	19
2.2.4 Het effect van publicatie over de kwaliteit van zorg	19
2.2.5 Het conceptueel model	21
3. Methodologie	22
3.1 Onderzoek met een web-based survey	22
3.1.1 De respondenten van het web-based survey onderzoek	22
3.1.2 Het verspreiden van de web-based survey	22
3.1.3 Responspercentage web-based survey	23
3.1.4 Beschrijving van de onderzoekspopulatie web-based survey	24
3.1.5 De web-based survey	24
3.1.6. De operationalisering van de attitude ten aanzien van risico's	25
3.1.7 De operationalisering van de waardering van een publicatie	27
3.1.8 De operationalisering van de intentie tot risicomanagement	28
3.1.9 Analyses van de web-based survey	28
3.2 Onderzoek met verdiepende interviews	29

3.2.1 Respondenten van de verdiepende interviews.....	29
3.2.2 De verdiepende interviews	29
3.2.3 Analyse van de verdiepende interviews.....	30
4. Resultaten.....	31
4.1 Het gebruik van ‘Het resultaat telt’	31
4.2 Resultaten uit de web-based survey	31
4.2.1 Kwantitatief: de attitude ten aanzien van risico’s in de zorg	31
4.2.2 Kwantitatief: de waardering van ‘Het resultaat telt’	32
4.2.3 Kwantitatief: de intentie tot risicomanagement.....	33
4.2.4 Beschrijving attitudes ten aanzien van risico’s in de zorg.....	35
4.2.5 Beschrijving attitude items met betrekking tot data	36
4.3 Resultaten uit de interviews.....	36
4.3.1 Kwalitatief: de attitude ten aanzien van risico’s in de zorg	36
4.3.2 Kwalitatief: de waardering van ‘Het resultaat telt’	38
4.3.3 Kwalitatief: de intentie tot risicomanagement	39
5. Conclusie en discussie	41
5.1 Conclusie	41
5.2 Discussie en aanbevelingen.....	42
5.2.1 Een terugblik op het conceptueel model	42
5.2.2 Een terugblik op de literatuur	42
5.2.3 Een terugblik op het onderzoek	43
5.2.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	44
Referenties	46
Bijlage A: Tabellen en quotes methodedeel	49

1. Inleiding

Op 13 mei 2011 plaatste zorgvisie, een website die allerhande nieuws rondom zorg brengt, een nieuwsbericht (Van Aartsen, 2011) over de functioneringsgesprekken van medisch specialisten in de ziekenhuizen. Uit de publicatie 'Het resultaat telt 2009' bleek dat slechts 19,2 procent van de medisch specialisten meedoet aan zogeheten 360-graden evaluaties. Hier werd door meerdere zorg(verwante) organisaties over gepubliceerd. Gelet op de berichtgeving in de media maakt informatie gepubliceerd in 'Het resultaat telt' blijkbaar reactie los in het zorgveld.

Maar wat is dit 'Het resultaat telt'? Jaarlijks kunnen ziekenhuizen en de samenleving zien hoe het staat met de kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen in de publicatie 'Het resultaat telt' ziekenhuizen. Deze publicatie wordt jaarlijks uitgebracht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). 'Het resultaat telt' geeft de visie van de Inspectie weer op de gegevens die de ziekenhuizen hebben aangeleverd.

De Inspectie heeft nog geen systematisch onderzoek onder de doelgroepen van 'Het resultaat telt' uitgevoerd met als onderwerp de publicatie. Zo weet zij bijvoorbeeld niet welke attitude men heeft ten aanzien van risico's in de zorg, of hoe de publicatie überhaupt gewaardeerd wordt. Met dit onderzoek wordt geprobeerd een antwoord te geven op deze vragen. Er wordt dieper ingegaan op de attitude ten aanzien van risico's in de kwaliteit van zorg, de waardering van de publicatie en de intentie tot risicomanagement. In de volgende paragrafen wordt verder ingegaan op de publicatie, haar doelgroepen en het onderzoek dat in deze thesis is beschreven.

1.1 Het resultaat telt

De gegevens die de ziekenhuizen aanleveren met betrekking tot indicatoren worden jaarlijks verwerkt tot een publicatie 'Het resultaat telt'. Deze interpretatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg geeft inzicht in de risico's die mogelijk bestaan bij de verschillende onderdelen van de ziekenhuiszorg. De eerste publicatie van 'Het resultaat telt' gaf informatie over de kwaliteit van zorg in 2003. De Inspectie wil met de publicatie bereiken dat de risico's van de zorg verder afnemen en dat er meer openheid bestaat over de risico's in de kwaliteit van zorg.

Afgelopen mei 2011 werd 'Het resultaat telt' uitgebracht over 2009. Deze publicatie onderscheidt zich van publicaties over eerdere jaren, doordat er nu ook een beschrijving wordt gegeven wat voor stappen gevolgd worden op het moment dat er sprake is van opvallende resultaten. Over opvallende resultaten wordt gesproken wanneer ziekenhuizen bijvoorbeeld een score van 100 procent hebben, of beduidend lager scoren dan de andere ziekenhuizen. Doordat de vervolgstappen worden beschreven is het voor ziekenhuizen duidelijker wat de vervolgprocedure is en voor inspecteurs is het duidelijk welke vervolgstappen zij moeten ondernemen en welke vragen zij daarbij moeten stellen.

1.2 Doelen en doelgroepen van 'Het resultaat telt'

'Het resultaat telt' wordt gepubliceerd voor verschillende doelgroepen. De doelgroepen zijn, volgens drie senior-inspecteurs, tegenwoordig of in het verleden betrokken bij de publicatie: de inspecteurs, ziekenhuizen (management) en de beroepsbeoefenaars. De Inspectie voor de Gezondheidszorg verspreidt de publicatie onder de doelgroepen door deze gericht te versturen. Daarnaast is de publicatie publiekelijk beschikbaar op de website van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zij heeft niet expliciet gedefinieerd wat ze met de verspreiding van 'Het resultaat telt' wil bereiken.

In de literatuur worden gedeeltelijk dezelfde doelgroepen van publicaties over de kwaliteit van zorg van ziekenhuizen genoemd, als genoemd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze literatuur is hoofdzakelijk afkomstig uit andere landen. Omdat de zorg in andere landen niet te vergelijken is met de zorg in Nederland kan de informatie uit de publicaties niet één op één overgenomen worden voor Nederland. Hierin zullen eigen keuzes gemaakt moeten worden. Davies (2001) noemt als hoofddoelgroepen voor de publicaties de zorgverleners en splitst dit op in het management van de ziekenhuizen en de ziekenhuisstaf. Op hen zouden de publicaties gericht moeten worden. Marshall, Hiscock en Sibbald (2002) noemen als hoofddoelgroepen: zorgprofessionals, managers en zorggebruikers. Zij stellen dat ziekenhuizen gevoelig en responsief zijn voor de publicaties, terwijl artsen niet houden van de publicaties en deze negeren. De meeste zorggebruikers gebruiken de informatie over kwaliteit van zorg niet. Marshall, Romano en Davies (2004) identificeren de ziekenhuizen als hoofddoelgroep van publicaties over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Zij zeggen dat lijkt dat de artsen een weinig directe rol spelen in een verbeterproces. Naast de ziekenhuizen (professionals en managers) noemen zij ook de zorggebruikers en de regelgevers als doelgroep.

Op basis van de gesprekken bij de IGZ en de resultaten in de literatuur is gekozen voor de volgende doelgroepen voor het onderzoek: inspecteurs, ziekenhuizen, kwaliteitsmedewerkers en medisch specialisten. Hierbij is het bewustzijn dat het oordeel van de inspecteurs een subjectief oordeel is en wellicht beïnvloed wordt door eigen belangen en ervaring, van belang. Zie voor het overzicht van de doelgroepen en doelen tabel 1.1. In de literatuur wordt ook nog gesproken van de doelgroep het publiek, maar aangezien de publicatie 'Het resultaat telt' hier nadrukkelijk niet op gericht is en zorggebruikers dergelijke publicaties in de praktijk nauwelijks gebruiken (Marshall, Hiscock en Sibbald, 2002), wordt deze doelgroep buiten beschouwing gelaten. De doelgroepen inspecteurs en kwaliteitsmedewerkers worden in de literatuur niet letterlijk genoemd, wel noemen Marshall, Romano en Davies (2004) de doelgroep regelgevers. Dat inspecteurs en kwaliteitsmedewerkers niet meer specifiek benoemd worden zou kunnen komen doordat 'Het resultaat telt' verschilt met de buitenlandse publicaties waar het merendeel van de gevonden literatuur op gericht is. Zoals al eerder uitgelegd moeten hier keuzes in gemaakt worden. Inspecteurs zijn een zo duidelijke doelgroep dat in 'Het resultaat telt' bepaalde delen op de inspecteurs gericht zijn. Het is duidelijk dat dit een belangrijke doelgroep is van de publicatie. Duidelijk is ook dat kwaliteitsmedewerkers in Nederland een belangrijke rol spelen betreft de risico's in kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen en in dit verband een doelgroep zijn van 'Het resultaat telt'. Wellicht zijn er geen kwaliteitsmedewerkers in de buitenlandse ziekenhuizen waardoor zij niet in de literatuur voorkomen. Het ziekenhuismanagement en de medisch specialisten als doelgroep werden genoemd in de gesprekken en in de literatuur en worden dan ook gekozen als doelgroep om te onderzoeken.

Tabel 1.1 Doelen en doelgroepen van 'Het resultaat telt'

doelgroep	doel
Inspecteurs	beter uitrusten voor uitvoeren toezichtfunctie
Raad van Bestuur	informerende, kwaliteitsverbetering, het zorgpunt onder de aandacht brengen
Kwaliteitsfunctionaris	informerende, kwaliteitsverbetering, het zorgpunt onder de aandacht brengen
Medisch specialisten	informerende, kwaliteitsverbetering

1.3 De indicatoren

Om meer zicht te creëren op de risico's van de ziekenhuiszorg in Nederland zijn 2003 voor het eerst indicatoren in gebruik genomen. Dit zijn risico's in termen van de veiligheid voor en de gezondheid van patiënten. Deze risico's in de ziekenhuiszorg worden zichtbaar gemaakt aan de hand van indicatoren. Indicatoren zijn vaste sets van vragen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt aan alle ziekenhuizen over de zorg die zij verlenen. Vragen die zoveel mogelijk een representatief beeld geven van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. 'Het resultaat telt' wordt gebaseerd op de indicatoren. Voorbeelden hiervan zijn de screening op ondervoeding, het aantal colorectale heroperaties (heroperaties van darmoperaties) of bijvoorbeeld het decubituspercentage (percentage patiënten met doorligwonden).

De gegevens met betrekking tot de indicatoren worden verzameld bij de ziekenhuizen door middel van een vragenlijst. Deze wordt ingevuld door de personen die binnen het ziekenhuis verantwoordelijk zijn voor de gegevens. Als de gegevens binnen zijn bekijkt de Inspectie deze en vraagt eventueel om aanvullende gegevens. Hierna worden de gegevens verwerkt om deze vervolgens te publiceren in het jaarlijkse rapport: Het resultaat telt ziekenhuizen (Van den Berg, Haeck, Van der Kolk, & Den Ouden, 2009). Naast dat de ziekenhuizen de gegevens aanleveren aan de Inspectie publiceren zij zelf ook hun score op de indicatoren, dit doen ze bijvoorbeeld op hun website. Deze informatie is vrij toegankelijk voor iedereen.

Toen de Inspectie in 2003 begon met de indicatoren was er veel weerstand. Ondanks het feit dat in veel andere landen, als de Verenigde Staten, Canada, Australië, Engeland en Zweden, al gebruik werd gemaakt van indicatoren stonden de Nederlandse ziekenhuizen er niet achter en waren ze sceptisch of je de kwaliteit van zorg wel kon meten met een twintigtal indicatoren. Veertig ziekenhuizen dreigden toentertijd hun gegevens niet openbaar te maken, hiertoe waren ze ook niet verplicht aangezien de indicatoren niet gebaseerd waren op een wet. Uiteindelijk is het bij deze dreiging gebleven en kon vanaf 2003 de basisset indicatoren verder ontwikkeld worden.

Met de eerste set indicatoren is van start gegaan om deze gedurende de jaren verder te ontwikkelen tot een set waarmee de kwaliteit van zorg zo goed mogelijk in kaart gebracht kon worden. De sturingsfilosofie voor de set werd gebaseerd op vijf uitgangspunten; een indicator geeft jaarlijks een signaal op basis waarvan de Inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten; ziekenhuizen maken elk jaar zelf de resultaten openbaar; het doel is interne kwaliteitsverbetering; haalbaarheid van de indicatoren en de daarbij horende dataverzameling is leidend; en de Inspectie gaat uit van een ontwikkeling- en groeimodel, de set is nooit af. Elk jaar wordt de set geëvalueerd, geactualiseerd en bijgesteld om in te spelen op veranderingen in het veld en elk jaar wordt teruggekoppeld naar het veld.

De IGZ werkt samen met verschillende partijen voor het verder ontwikkelen van de indicatoren. Zo werkt zij samen met de NVZ (Vereniging van Ziekenhuizen), de Orde van Medisch Specialisten, de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) en de betrokken wetenschappelijke belangenverenigingen. Met de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten en de NFU heeft de Inspectie samenwerkingsafspraken vastgelegd over de ontwikkeling, invoering en toepassing van indicatoren en over de rol die iedere partij hierin heeft. De Orde van Medisch Specialisten nodigt tweemaal per jaar vertegenwoordigers uit van een groot aantal wetenschappelijke verenigingen om met de Inspectie de resultaten van de indicatoren en de verandering of vervanging van indicatoren voor de komende jaren te bespreken. De Basisset is niet alleen meer een toezicht- en handhavinginstrument voor de Inspectie, maar ook een medium voor koepels, bestuurders en professionals om de geboden

zorg in ziekenhuizen beter te registreren en te verbeteren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil het gerechtvaardigd vertrouwen van de burger in verantwoorde zorg laten groeien.

Naast de basisset indicatoren voor ziekenhuizen, ontwikkeld door IGZ en samenwerkende partijen, bestaan er ook andere indicatorensets. Een voorbeeld hiervan is de indicatorenset van Zichtbare Zorg, eveneens een onderdeel van het Ministerie van VWS. Doordat er meerdere indicatorensets bestaan, halen de ziekenhuizen deze verschillende sets nog wel eens door elkaar en komen er klachten dat het allemaal wel erg veel werk is om bij te houden. (Van den Berg et al., 2009)

1.4 De Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakt onderdeel uit van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ongeveer 450 ambtenaren zijn bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan het werk. De Inspectie voor de Gezondheidszorg bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De Inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, g.d. a). De IGZ is door de Nederlandse overheid de aangewezen formele toezichthouder op de kwaliteit van de gezondheidszorg (Niezen – Van der Zwet, Neefjes & Bal, 2011).

Om haar rollen uit te voeren kent de Inspectie van de Gezondheidszorg negen programma's, zoals 'gezondheidsbevordering', 'gezondheidsbescherming' en 'ouderenzorg'. Programma 4 'Specialistische somatische en psychiatrische zorg' beslaat een breed toezichtveld waaronder de medische zorg in ziekenhuizen. In het verlengde hiervan is de basisset ziekenhuisindicatoren ontwikkeld om de risico's in de ziekenhuiszorg in kaart te brengen. Mede in het kader van transparantie worden de scores en vergelijkingen met betrekking tot de indicatoren gepubliceerd in het jaarlijkse 'Het resultaat telt'. Wanneer gesproken wordt over de kwaliteit van zorg door de IGZ wordt eigenlijk vooral gesproken over de risico's in de zorg. De IGZ richt zich immers vooral op de gevallen van zorg die niet aan de "norm" voldoen. (Inspectie voor de Gezondheidszorg, g.d. b)

1.5 Doel van het onderzoek

Aangezien er nog niet eerder onderzoek gedaan is naar 'Het resultaat telt' en aanverwante zaken en er, als er afgaan wordt op wat er in de literatuur bekend is (hoofdstuk 2), ook nog niet eerder onderzoek is uitgevoerd onder deze specifieke doelgroepen werd een exploratief onderzoek uitgevoerd.

Het doel van het onderzoek was inzicht krijgen in hoe de doelgroepen 'Het resultaat telt' waarderen, wat hun attitude is ten aanzien van risico's in de zorg en welke intentie tot risicomanagement zij hebben. Om een goed inzicht te verwerven betreft deze zaken is ervoor gekozen het onderzoek op te splitsen in een kwantitatief en een kwalitatief deel. Het kwalitatief deel diende tot verdieping en validering van de verkregen resultaten via het kwantitatieve deel. Een manier van onderzoek die ook door Thomson en Lally (1998) wordt aangeraden voor onderzoek naar publicaties over de kwaliteit van zorg en het risicomanagement dat in het verlengde wordt uitgevoerd.

1.6 Onderzoeksvragen

Het onderzoek werd vormgegeven aan de hand van drie onderzoeksvragen die elk op een ander aspect van communicatie over risico's in kwaliteit van zorg en aanverwante zaken betrekking

hebben. Op basis van de drie onderwerpen waar de onderzoeksvragen betrekking op hebben is dit verslag ook vormgegeven.

Hoe voorspelt de attitude ten aanzien van risico's in de zorg de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg?

Hoe voorspellen de waardering van de kwaliteit van data in een publicatie over de kwaliteit van zorg en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg?

Bestaat er een relatie tussen de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement?

1.7 Opbouw van het verslag

Het onderzoeksrapport is uit verschillende hoofdstukken opgebouwd. Na deze inleiding volgt een theoretisch kader waarin literatuur wordt beschreven die betrekking heeft op de drie onderzoeksvragen. In hoofdstuk 3 wordt de methode van het onderzoek beschreven. Hierna worden in hoofdstuk 4 de resultaten gepresenteerd en geïnterpreteerd. Hoofdstuk 5 zal bestaan uit de conclusies die uit de resultaten volgen, waarna in hetzelfde hoofdstuk de discussie en aanbevelingen worden gepresenteerd. Alle hoofdstukken zijn gerangschikt op basis van de onderwerpen van de deelvragen, te weten: de attitudes ten aanzien van risico's in de zorg, de waardering voor de publicatie en de intentie tot risicomanagement.

2. Kwaliteit van zorg theoretisch beschreven

In het vorige hoofdstuk is een inleiding op het onderzoek beschreven. In dit hoofdstuk zal de theoretische achtergrond beschreven worden die nodig is voor een onderzoek naar publicaties over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Over de invloed van communicatie over de kwaliteit van zorg op stakeholders anders dan consumenten of burgers is nog niet veel onderzoek gedaan. Desondanks zijn er binnen de literatuur wel handreikingen te vinden om een dergelijk onderzoek vorm te geven. In onderstaande paragrafen is literatuur beschreven die betrekking heeft tot het publiceren van informatie over de kwaliteit van zorg. Dit is verdeeld in verschillende onderdelen, te weten: een algemene inleiding, de attitude ten aanzien van risico's in de zorg, de waardering van publicaties over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement. Aan het einde van het hoofdstuk wordt een conceptueel model gepresenteerd.

2.1 Inleiding tot publicatie over kwaliteit van zorg

In deze paragraaf wordt een inleiding gegeven over publicatie over kwaliteit van zorg. Er wordt ingegaan op wat de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen nu eigenlijk betekent. En wat het doel is van publiceren over de kwaliteit van zorg.

2.1.1 De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen

Volgens Niezen – Van der Zwet, Neefjes en Bal (2011) worden risico's in de gezondheidszorg steeds minder geaccepteerd in de Nederlandse maatschappij en worden overheden en toezichthouders daar in toenemende mate op aangesproken. De overheid staat de komende decennia op het gebied van gezondheidszorg voor uitdagingen om het niveau van verantwoorde zorg op peil te houden.

In veel landen wordt tegenwoordig met een registratiesysteem gewerkt voor de ziekenhuisprestaties en deze informatie wordt vervolgens gepubliceerd. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan in Amerika, Engeland en Nederland. Het registreren en publiceren van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen wordt in de verschillende landen op een andere manier gedaan. In Nederland wordt de kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen per ziekenhuis gemeten op basis van zogenaamde indicatoren. Vervolgens worden de ziekenhuizen hierop vergeleken en beoordeeld. De indicatoren zijn vooral bedoeld om te signaleren en niet om te oordelen (Oerlemans, Lok, Cornel & Mosterd, 2009). Deze gegevens publiceert de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 'Het resultaat telt'.

Aangezien de indicatoren niet bedoeld zijn om ranglijsten te maken doet de Inspectie dit ook niet en wordt slechts gepubliceerd welk percentage ziekenhuizen binnen of buiten de norm valt en waar dus eventuele risico's kunnen bestaan (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011). De Nederlandse ziekenhuizen publiceren hun eigen resultaten op hun website, waardoor men zich wel kan verdiepen in de kwaliteit van een bepaald ziekenhuis. In bijvoorbeeld Amerika worden de indicatoren wel gebruikt om ranglijsten te maken. De New York State Departement of Health verzamelt en publiceert bijvoorbeeld data over interventies en sterftcijfers voor alle chirurgen in de staat die bypass operaties aan het hart uitvoeren (Narins, Dozier, Ling & Zareba, 2005). Belangrijk is het om te realiseren dat veel literatuur gestoeld is op andere systemen dan het Nederlandse om om te gaan met publicatie van ziekenhuisresultaten. Niet alle resultaten uit buitenlands onderzoek kunnen dan ook één op één overgenomen worden met betrekking tot het Nederlandse systeem.

2.1.2 Toezicht

In het kader van toezicht verzamelen toezichthouders veel informatie over risico's en veiligheid. Volgens Van Erp (2009) staan ze in de huidige informatiemaatschappij onder toenemende druk om deze informatie openbaar te maken. Het kan gaan om algemene branchebrede informatie als de analyse van risico's in een bepaalde markt. Toezichthouders beschikken over veel informatie die van invloed is op de reputatie van individuele personen of organisaties. Toezicht behelst een oordeel over de mate waarin bijvoorbeeld organisaties aan de norm voldoen. Toezichthouders maken dit oordeel openbaar in bijvoorbeeld inspectierapporten.

2.1.3 Publicatie over kwaliteit in zorg

De openbaarmaking van gegevens over de kwaliteit van ziekenhuizen gebeurt meestal door de overheid en door de ziekenhuizen zelf. Daarnaast gaan ook andere groepen met de data aan de gang. Consumentengroepen, de media en informatieverkopers spelen een rol in het publiceren van prestatie rankings van ziekenhuizen gebaseerd op al beschikbare data en soms ook nieuwe onderzoeksdata. Vaak gebruiken ze hun eigen unieke methode om de gegevens te wegen en scoren (Leatherman & McCarthy, 1999). Hierbij bestaat meestal een bias richting negatieve resultaten (Collopy, 1999). Ziekenhuizen nemen de resultaten die gepubliceerd worden, zowel door de IGZ als de ranglijsten, steeds serieuzer. Ze leveren intern inspanningen om te voldoen aan de criteria en om hun ranking te beïnvloeden (Power, 2007). De groepen op zoek naar informatie over de kwaliteit van zorg zijn consumenten, werknemers, de zorgverzekeringen en de regelgevers (McCormick, Himmelstein, Woolhandler, Wolfe & Bor, 2002). Organisaties leveren dus zelf de informatie aan, maar hebben vervolgens geen invloed op de verwerking ervan (Power, 2007). Volgens Thomson en Lally (1998) bestaan er bij de ziekenhuizen soms problemen betreft de kwaliteit van de al beschikbare data. Soms is de juiste informatie (nog) niet beschikbaar.

Marshall, Romano en Davies (2004) stellen dat er veel interesse vanuit de media is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar dat gedrukte media de rapporten beter dekken dan broadcast media. Media dekking van de kwaliteit van zorg is geneigd zich te concentreren op een korte periode rond elke publicatie van een rapport over de kwaliteit van zorg (Marshall, Romano & Davies, 2004).

2.1.4 Het doel van publiceren over de kwaliteit van zorg

Volgens Narins et al. (2005) zijn de doelen van openbaarmaking van informatie over het presteren van ziekenhuizen dat het publiek beter geïnformeerde beslissingen kan nemen en dat het ziekenhuizen en artsen van vergelijkende informatie voorziet, wat er uiteindelijk voor moet zorgen dat de kwaliteit van de gezondheidszorg verbetert. Of zoals Scott en Ward (2006) zeggen "het management en de klinische staf van de slecht presterende ziekenhuizen krijgen de kans om hun verzorgingsprocessen te onderzoeken en te optimaliseren, waarbij ze gebruik kunnen maken van de inzichten verkregen van de beter presterende ziekenhuizen". Leatherman en McCarthy (1999) noemen nog een ander doel, zij stellen dat door publicatie inkopers, bijvoorbeeld werknemers, de overheid, verzekeringsfondsen, zich kunnen verzekeren dat er sprake is van kwaliteit en dat gezondheidsdoelen voor de bevolking bereikt worden op een manier waar de consument het meeste voordeel van heeft. Ook zou de zelfregulatie van ziekenhuizen kunnen toenemen, om klinische autonomie en een goede reputatie te behouden bij de consument, verzekeraar en andere actoren. Ziekenhuizen geven aan dat de publicatie handig is in het onderhandelen met zorgverzekeraars (Werner & Asch, 2005). Volgens Tu et al. (2009) geloven de voorstanders van effect van publicatie

dat door de ziekenhuizen kwaliteitsverbeterende acties ondernomen worden en dat de betrouwbaarheid en transparantie van het zorgsysteem toenemen. Marshall, Romano en Davies (2004) onderscheiden drie doelen van publicatie: het onder de aandacht brengen van de onacceptabele variatie in de kwaliteit van zorg, die blijkt te bestaan in de meeste zorgsystemen; actoren, die er baat bij hebben de kwaliteit te verbeteren, betrekken en de mogelijkheden geven dit voor elkaar te krijgen; en om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de betrouwbaarheid van de zorg te verbeteren.

2.2 Invloed publiceren over kwaliteit van zorg

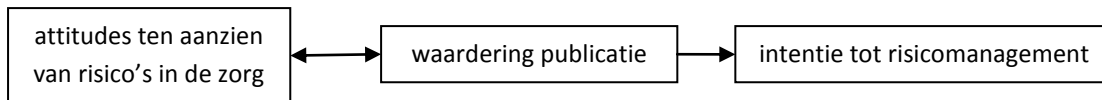
Marshall, Shekelle, Leatherman en Brook (2000) presenteren een model voor het publiceren van informatie over de kwaliteit van zorg, om de invloed van publicatie op de kwaliteit van zorg te voorspellen. Dit model is op te delen in drie stadia; de informatiebehoefte, bronnen over de kwaliteit van zorg en de attitudes ten aanzien van risico's in de zorg; de waardering van de publicatie; en het gebruik van de publicatie en de invloed daarvan op de kwaliteit van zorg.

Met betrekking tot het eerste stadium, de informatiebehoefte, informatiebronnen over de kwaliteit van zorg en de attitude ten aanzien van risico's in de zorg, zijn de informatiebehoefte en bronnen over de kwaliteit van zorg makkelijk vast te stellen deze zullen ook redelijk vaststaand zijn. Dit draagt echter niet direct bij aan wetenschappelijke inzichten met betrekking tot communicatie over de kwaliteit van zorg. De attitude ten aanzien van de risico's in de zorg is echter wel interessant om te onderzoeken. Wat is de attitude ten aanzien van risico's in de zorg en hoe kan deze attitude voorspeld worden? In paragraaf 2.2.1 wordt dieper ingegaan op de attitude ten aanzien van risico's in de zorg.

Het tweede stadium geldt de waardering voor de publicatie over de kwaliteit van zorg. Volgens Marshall et al. (2000) is dit afhankelijk van de inhoud van de publicatie, het presentatieformat en de manier van publicatie. Soberman Ginsburg (2003) presenteert een model waarmee de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg voorspeld kan worden. In paragraaf 2.2.2 wordt dieper ingegaan op de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg.

Tot slot het derde stadium heeft betrekking op het gebruik van de publicatie en de invloed daarvan op de kwaliteit van zorg. Marshall et al. (2000) stellen dat de doelgroepen risicomanagement zullen uitvoeren. Omdat dit risicomanagement niet vastgesteld kan worden met dit onderzoek richt het onderzoek zich op de intentie tot risicomanagement, die wel vastgesteld kan worden. Het effect van een publicatie op de kwaliteit van zorg is moeilijk te bepalen en ook moeilijk toe te schrijven aan een publicatie vooral als die al, zoals hier het geval is, een substantieel aantal jaren wordt uitgebracht. In paragraaf 2.2.3 wordt ingegaan op de intentie tot risicomanagement.

Marshall et al. (2000) nemen in het model vier verschillende doelgroepen mee. Twee doelgroepen hiervan zijn interessant voor het onderzoek beschreven in deze thesis, de ziekenhuizen en artsen. Deze worden overgenomen en opgesplitst in, in totaal, drie groepen: Raad van Bestuur, medisch specialisten en kwaliteitsfunctionarissen. Daarnaast wordt de groep regelgevers, oftewel inspecteurs, toegevoegd. Schematisch ziet het model gebaseerd op Marshall et al. (2000) er dan uit zoals in figuur 1.



Figuur 1 conceptueel model gebaseerd op Marshall

Op basis van de literatuur wordt gesteld dat publicatie over kwaliteit van zorg in verband met de doelgroepen uit drie onderdelen bestaat. Allereerst is er de attitude ten aanzien van risico's in de zorg. Ten tweede is er de waardering van de publicatie door de doelgroepen. En ten derde is er de intentie tot risicomanagement die bestaat bij de doelgroepen. Deze drie onderdelen hangen met elkaar samen. In de komende paragrafen zullen de drie onderdelen verder uitgewerkt worden op basis van wat er in de literatuur over bekend is.

2.2.1 Attitude ten aanzien van risico's in de zorg

Volgens het conceptueel model, gebaseerd op Marshall et al. (2000) is de eerste stap in het proces de attitude ten aanzien van risico's in de zorg. Marshall et al. (2000) gaan echter niet dieper op deze attitude in. Davies (2001) heeft onderzoek gedaan naar de attitude van ziekenhuispersoneel ten aanzien van het publiceren van prestatiedata en in het verlengde hiervan naar de attitudes ten aanzien van risico's in de kwaliteit van zorg die uit de publicatie naar voren komen. Hij stelt dat door de beschikbaarheid van data over de kwaliteit van zorg, kwaliteit veel meer op de agenda is gekomen. Dat respondenten veelal sceptisch tegenover de data staan. En dat men bezorgd is dat alleen hetgeen dat gemeten is aandacht krijgt binnen het ziekenhuis. Data heeft de meeste impact wanneer het presteren lager is dan verwacht. Davies stelt dat publieke openbaarmaking van vergelijkende data over de kwaliteit van zorg ervoor kan zorgen dat men zorgissues gaat prioriteren.

Davies (2001) deelt de attitudes in verscheidene categorieën in; wat gemeten wordt krijgt de aandacht; de beoordeling van kwaliteit van zorg, gemeten en gepercipieerd; acties op basis van prestatiedata; relateren van externe data aan interne kwaliteitsverbetering; bevorderen van ontwikkeling van service en uitvoerders. Per categorie geeft hij meerdere voorbeelden van attitudes die met de categorie samenhangen. Aangenomen kan worden dat attitudes in deze categorieën een goed uitgangspunt zijn voor het bepalen van de attitudes ten aanzien van risico's in de zorg. In het methodedeel wordt uitgelegd hoe deze attitudes geoperationaliseerd werden.

Volgens Power (2007) zijn de attitudes ten aanzien van risico's verschillend bij verschillende personen, deze worden dan dus beïnvloedt door de persoonlijkheid van individuen, en ze worden beïnvloedt door de functie die de personen uitoefenen. Het lijkt dus voor de hand te liggen om wanneer de attitudes ten aanzien van risico's in de zorg worden onderzocht ook de relatie tussen functie van de respondenten en de attitudes te onderzoeken.

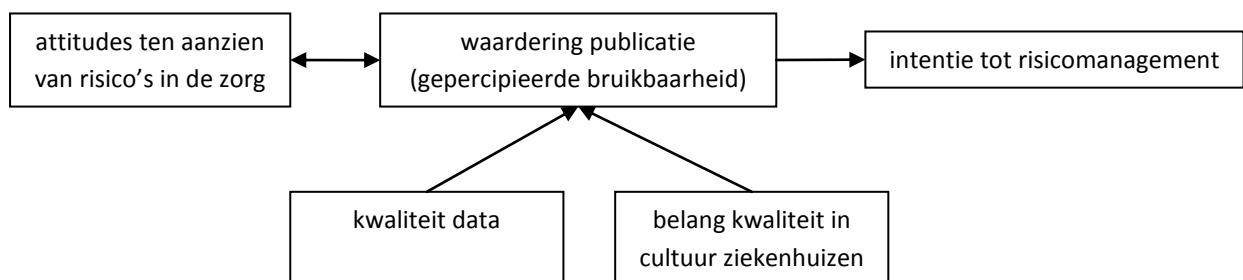
2.2.2 De waardering van een publicatie over de kwaliteit van zorg

De tweede stap in het conceptueel model gaat over de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg. In meerdere artikelen wordt gesproken van zaken die de waardering voor publicaties over de kwaliteit van zorg beïnvloeden. Soberman Ginsburg (2003) stelt een model voor van factoren die de perceptie van het management van ziekenhuizen ten aanzien van de bruikbaarheid van publicaties over de kwaliteit van zorg beïnvloedt. Dit model bestaat uit drie delen; de attitude ten aanzien van de kwaliteit van de data uit een publicatie over de kwaliteit van zorg; het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen; en de gepercipieerde bruikbaarheid van een

publicatie over de kwaliteit van zorg. Soberman Ginsburg (2003) heeft in haar onderzoek alleen gekeken naar de invloed van de factoren op de gepercipieerde bruikbaarheid van prestatierapporten bij managers van ziekenhuizen. Wellicht zijn deze factoren ook van invloed op de gepercipieerde bruikbaarheid van prestatierapporten door andere doelgroepen van dergelijke publicaties. Ook Davies (2001) en Marshall, Romano en Davies (2004) hebben het over factoren als de accuraatheid van data, de compleetheid van data en tijdigheid dan wel passendheid van data. Volgens hen bepalen dergelijke factoren de betrokkenheid van de actoren.

Soberman Ginsburg (2003) geeft in haar model aan welke data karakteristieken van invloed zijn op de attitude ten aanzien van de kwaliteit van data in een publicatie, welke karakteristieken het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen kan aantonen en hoe de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie bepaald kan worden. Hierover kan meer worden gelezen in het methodendeel. Zij stelt dat de attitude ten aanzien van de kwaliteit van data van invloed is op de gepercipieerde bruikbaarheid van de publicatie en dat cultuur hierop een interveniërende variabele is. Het onderzoek van Soberman Ginsburg (2003) richtte zich op het ziekenhuismanagement, gezien de doelgroepen van het hier beschreven onderzoek breder zijn is ervoor gekozen de kwaliteit van data en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen een gelijke invloed te geven op de gepercipieerde bruikbaarheid.

Het model van Soberman Ginsburg kan gekoppeld worden aan het conceptueel model zoals al gepresenteerd in figuur 1. Hieruit volgt het conceptueel model zoals in figuur 2.



Figuur 2 conceptueel model gebaseerd op Marshall et al. (2000) en Soberman Ginsburg (2003)

2.2.3 De intentie tot risicomanagement

Risicomanagement kan ook wel omschreven worden als een variëteit aan activiteiten ondernomen door een organisatie om risico's met betrekking tot werkzaamheden te controleren of verminderen. In het proces van risicomanagement horen de identificatie en analyse van risico's waaraan de organisatie is blootgesteld, de beoordeling van mogelijke impact, het besluiten welke acties ondernomen kunnen worden om de risico's te verminderen of te laten verdwijnen en het omgaan met de impact van onvoorspelbare gebeurtenissen die verlies of schade veroorzaken (Summerill, Pollard & Smith, 2010). Het is het proces waarin risico's verminderd worden tot een niveau geaccepteerd door de samenleving en waarin controle, monitoring en publieke communicatie plaatsvindt. Met het centraal stellen van problemen of risico's met betrekking tot de kwaliteit van gezondheidszorg oefent de IGZ invloed uit op die kwaliteit (Niezen – Van der Zwet, Neefjes & Bal, 2011). Er zijn verschillende manieren om de standaard te bepalen in risicoregulatie, een voorbeeld hiervan is in overleg met de betrokken partijen (Hood, Rothstein & Baldwin, 2001).

Vertrouwen in risicomanagement instituten kan een belangrijke factor zijn in de perceptie en acceptatie van risico's (Poortinga & Pidgeon, 2003). Kritisch vertrouwen is het vertrouwen in verantwoordelijke instanties, maar waarbij hun effectiviteit in risicomanagement kritisch beoordeeld wordt. In het toezicht speelt vertrouwen ook een belangrijke rol, de basis voor elke vorm van toezicht is vertrouwen. Als de Inspectie zou uitgaan van wantrouwen wordt de benodigde informatie voor het toezicht niet verkregen. Daarnaast is het vertrouwen dat in een toezichthouder wordt gesteld mede bepalend voor zijn positie (Niezen – Van der Zwet, Neefjes & Bal, 2011). Onafhankelijkheid en responsiviteit spelen hier een belangrijke rol in. Betreft vertrouwen binnen de ziekenhuizen stellen Davies en Lampel (1998) dat er meer vertrouwen geschonken moet worden aan de medisch specialisten. Dan zou er volgens hen meer risicomanagement en in het verlengde kwaliteitsverbetering plaatsvinden dan nu het geval is.

Volgens Schreider et al. (2010) zou de besluitvorming rondom risico's moeten worden vormgegeven met input van alle stakeholders. De wetenschappelijke data, het risicobeoordelingsproces, de conclusies en de risicomanagement afwegingen zouden allemaal samengevoegd moeten worden in een goed gecommuniceerd framework. Daarom is het voor organisaties belangrijk te weten hoe stakeholders de risico's beoordelen die worden gecreëerd door besluiten van organisaties. De risicopercepties van de stakeholder begrijpen is cruciaal voor effectieve communicatie en daarnaast moeten de belangen van de verschillende stakeholders in balans worden gehouden (Schwarzkopf, 2006). Volgens Biocca (2005) is communicatie tussen de stakeholders mogelijk de beste voorwaarde om succesvol te zijn in risicomanagement in de gezondheidszorg.

Op basis van hetgeen er in de literatuur bekend is over risicomanagement dat betrekking heeft op de kwaliteit van zorg zal het conceptueel model niet verder aangepast worden. In het methodedeel zal worden toegelicht hoe de geldigheid van het model wordt onderzocht.

2.2.4 Het effect van publicatie over de kwaliteit van zorg

Zoals eerder al beschreven wordt niet onderzocht wat het effect is van publicaties over de kwaliteit van zorg op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg. Over dit onderwerp is in artikelen wel veel geschreven, veelal met andere uitkomsten. Voor de volledigheid wordt in deze paragraaf kort samengevat wat er in de literatuur te vinden is over het effect van publicatie over de kwaliteit van zorg.

Er is geen overeenstemming of er door publicatie van de prestaties van ziekenhuizen ook daadwerkelijk verbetering in de kwaliteit van zorg optreedt. Volgens Dranove, Kessler, McClellan en Satterthwaite (2002) verschillen wetenschappers van mening over de invloed van publicatie over de kwaliteit van zorg. Sommige wetenschappers zijn van mening dat publicatie weinig tot geen invloed heeft op de kwaliteit van zorg, andere wetenschappers zeggen dat publicatie juist veel invloed heeft. Volgens Oerlemans et al. (2009) ontbreekt bewijs dat publicatie ziekenhuizen stimuleert hun kwaliteit te verbeteren. Landelijke publicatie van scores op indicatoren is niet noodzakelijkerwijs verbonden met kwaliteitsverbetering en sterftevermindering. Uit onderzoek van Hibbard, Stockard en Tusler (2003) bleek juist weer dat ziekenhuizen waarvan de resultaten gepubliceerd werden meer kwaliteitsverbeterende acties ondernamen dan ziekenhuizen waarbij de resultaten niet of intern gepubliceerd werden. Daarnaast was het effect sterker bij ziekenhuizen met lage kwaliteitsscores, bij deze ziekenhuizen is de meeste ruimte voor verbetering. Hierbij plaatsen Luce et al. (1996) een kanttekening dat dit niet het geval is bij heel specialistische ziekenhuizen die geen concurrentie van andere ziekenhuizen hebben. Volgens Leatherman en McCarthy (1999) zorgt het publiceren van informatie ervoor dat het gedrag van consumenten, professionals, het management en de organisatie veranderen. Ziekenhuizen zijn meer responsief met betrekking tot de gepubliceerde informatie dan zorgverzekeraars, consumenten of artsen (Marshall et al., 2000). Ziekenhuizen wiens presteren goed naar buiten komt gebruiken de informatie voor benchmarks, om samenwerking tussen afdelingen te bevorderen en om presteren intern te monitoren.

Sommige onderzoeken tonen de negatieve en ongewenste consequenties van publicatie aan. Ziekenhuizen gaan strategisch gedrag vertonen. Het gedrag van de artsen verandert in ieder geval door publicatie over de kwaliteit van zorg (Narins et al., 2005). Ziekenhuizen kunnen gebruik maken van het zogenaamde “gaming” dit is het stellen van een zwaardere diagnose dan de daadwerkelijke situatie. Daarnaast kunnen ze patiënten eerder ontslaan uit het ziekenhuis, risicopatiënten doorverwijzen naar een ander ziekenhuis, de patiënten een te zware behandeling geven, niet rapporteren en een tunnelvisie hebben (Scott & Ward, 2006). Collopy (1999) spreekt van het risico dat de samenwerking tussen ziekenhuizen afneemt en dat een educatieve omgeving met kwaliteitsverbeteringsprogramma's plaatsmaakt voor een bestraffende omgeving.

Het verwijfspatroon van artsen verandert niet op basis van de publicatie. Dit kan meerdere oorzaken hebben, ze kunnen bijvoorbeeld sceptisch zijn over de informatie, of de patiënt doorverwijzen naar een specifiek ziekenhuis, of ze verwijzen door op basis van andere afwegingen als de relatie met de andere arts (Mukamel et al., 2004). Werner en Asch (2005) stellen ook dat het doorverwijspatroon van artsen niet verandert door de publicatie.

Power (2007) stelt dat kwaliteitshandhavingssysteem modellen er vooral voor bedoeld zijn om risicomanagement te omsluiten. Dit aangezien kwaliteit en risico twee overlappende categorieën zijn. De meeste literatuur benadert het publiceren van kwaliteitsinformatie vanuit het oogpunt dat hiermee kwaliteitsverbetering in de zorg gestimuleerd kan worden.

2.2.5 Het conceptueel model

Op basis van de literatuur beschreven in dit hoofdstuk is het conceptueel model, zoals weergegeven in figuur 2., ontwikkeld. Marshall et al. (2000) en Power (2007) stellen dat de intentie tot risicomanagement kan verschillen tussen de verschillende functies van de personen uit de doelgroepen. Luce et al. (1996) noemen betreft de intentie tot risicomanagement de invloed van het soort ziekenhuis. De invloed van deze beide factoren op de laatste twee onderdelen van het conceptueel model wordt onderzocht. Op de intentie tot risicomanagement omdat Luce, Power en Marshall et al. stellen dat deze beide factoren invloed hebben. Op de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg aangezien Soberman Ginsburg (2003) haar onderzoek gericht had op het management van ziekenhuizen en in dit onderzoek sprake is van meer functies dan alleen het management van ziekenhuizen. Daarnaast is het mogelijk dat de categorie ziekenhuis, waarin de respondent werkzaam is, van invloed is.

De onderzoeksvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 1 sluiten aan bij het conceptueel model (figuur 2):

Hoe voorspelt de attitude ten aanzien van risico's in de zorg de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg?

Hoe voorspellen de waardering van de kwaliteit van data in een publicatie over de kwaliteit van zorg en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg?

Bestaat er een relatie tussen de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement?

Daarbij is het belangrijk te beseffen dat in het conceptueel model causale relaties gegeven worden voor de invloed van de verschillende onderdelen op elkaar. Deze causale relaties worden overgenomen uit de literatuur waarop het conceptueel model gebaseerd is. Met het onderzoek kan wel het bestaan van een relatie en de richting ervan aangetoond worden, maar de causaliteit van deze relaties zal niet bepaald kunnen worden. De respondentgroep was daarvoor te klein.

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethode beschreven en in hoofdstuk 4 worden de resultaten besproken. Dit gebeurt in beide hoofdstukken op basis van het conceptueel model met bijbehorende onderzoeksvragen, waarbij achtereenvolgens elk deel van het model apart wordt besproken.

3. Methodologie

Over de invloed van communicatie over kwaliteit van zorg op stakeholders anders dan consumenten of burgers is nog niet veel onderzoek gedaan. Vanuit deze overweging is ervoor gekozen een exploratief onderzoek uit te voeren op basis van het conceptueel model zoals gepresenteerd in hoofdstuk twee. Het onderzoek bestond uit een kwantitatief deel in de vorm van een web-based survey en een kwalitatief deel in de vorm van verdiepende en verklarende interviews op basis van de uitkomsten van de web-based survey. Beide onderzoeksmethoden worden in de komende paragrafen verder uiteengezet.

3.1 Onderzoek met een web-based survey

3.1.1 De respondenten van het web-based survey onderzoek

Op basis van de literatuur en de interne verkenning werd besloten het onderzoek onder de doelgroepen van 'Het resultaat telt' uit te voeren. Voor het onderzoek waren alleen de contactgegevens van de kwaliteitsfunctionarissen en inspecteurs beschikbaar. Om de contactgegevens van de andere doelgroepen van het onderzoek te achterhalen werd telefonisch contact gezocht met de kwaliteitsfunctionarissen. Aan hen werd gevraagd of ze de contactgegevens konden verstrekken van één of meer medisch specialisten, ongeacht hun specialisme, en één of meer leden van de Raad van Bestuur van hun ziekenhuis. Enkele kwaliteitsfunctionarissen gaven deze gegevens telefonisch. De andere kwaliteitsfunctionarissen werd een mail gestuurd, waarop zij konden reageren met de contactgegevens. In sommige gevallen lukte het niet de kwaliteitsfunctionaris te bereiken en verstrekten andere medewerkers, van de afdeling kwaliteit of bijvoorbeeld het secretariaat van de Raad van Bestuur, de gegevens. Bij alle personen werd dezelfde procedure gevolgd voor het verzamelen van de contactgegevens.

Er zijn 90 Nederlandse ziekenhuizen. Twee ziekenhuizen wilden niet meewerken aan het onderzoek, één omdat ze alleen capaciteit beschikbaar stellen aan verplichte onderzoeken, het andere ziekenhuis vond het onderzoek niet van toepassing op hun ziekenhuis gezien het een specialistisch ziekenhuis is. Van elf ziekenhuizen kon de kwaliteitsfunctionaris niet telefonisch bereikt worden, noch een andere medewerker kon de gewenste contactgegevens verstrekken. De kwaliteitsfunctionarissen van deze ziekenhuizen zijn uiteindelijk gemaild met een uitleg van het onderzoek en het verzoek de contactgegevens door te geven. Uiteindelijk waren van in totaal 18 ziekenhuizen geen contactgegevens beschikbaar, ook niet van mensen die wel toegezegd hadden de contactinformatie te verstrekken. Van deze 18 ziekenhuizen waren wel de contactgegevens beschikbaar van de kwaliteitsfunctionarissen. Uiteindelijk waren de contactgegevens van 264 personen beschikbaar.

Onder het programma specialistische en somatische zorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg vallen 20 inspecteurs. Deze zijn allen aangeschreven om deel te nemen aan het onderzoek.

3.1.2 Het verspreiden van de web-based survey

De web-based survey is per mail verspreid aan de personen van wie de contactgegevens beschikbaar waren. Uiteindelijk zijn er 107 kwaliteitsfunctionarissen benaderd, 82 Medisch specialisten en 75 leden van de Raden van Bestuur. Bij de Medisch specialisten en Raden van Bestuur stuurden soms de secretariaten de e-mail door naar één of meer personen. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat er meer of minder personen benaderd zijn. Drie kwaliteitsfunctionarissen wilden zelf de mail binnen hun

organisatie verspreiden. Dit kan er ook toe geleid hebben dat er meer of minder personen benaderd zijn. In totaal waren er 33 personen op vakantie gedurende de gehele periode dat de web-based survey open stond.

De personen werkzaam binnen de ziekenhuizen kregen allen een persoonlijk gerichte mail met hierin informatie over het onderzoek, informatie dat het onderzoek anoniem was en informatie over wie hun contactgegevens verstrekt had. Bij de kwaliteitsfunctionarissen werd er gerefereerd aan het telefonisch contact, als dit had plaatsgevonden. Er werd bijgehouden van wie een afwezigheidsmelding ontvangen werd, waren zij weer terug binnen de loop van het onderzoek werd hen nogmaals een persoonlijke mail gestuurd op het moment dat ze weer terug waren. Een herinneringsmail werd na een week aan alle respondenten tegelijk verstuurd, deze was dus niet meer persoonlijk.

De inspecteurs ontvingen een verzoek tot deelname aan het onderzoek met daarin een code voor het invullen van de web-based survey. Op deze manier konden de inspecteurs later gericht benaderd worden om hen de web-based survey in te laten vullen als ze dit nog niet hadden gedaan. De ingevulde web-based surveys konden later niet meer aan hen verbonden worden, de resultaten van het onderzoek waren volledig anoniem.

3.1.3 Responspercentage web-based survey

De uiteindelijke totale respons op de web-based survey was 53 procent. Bij de inspecteurs lag het responspercentage het hoogst, daarna bij de kwaliteitsfunctionarissen. Bij de Raad van Bestuursleden en medisch specialisten was dit nagenoeg gelijk

Tabel 3.1 Responspercentage doelgroepen op web-based survey

doelgroep	responspercentage (n)
Inspecteurs	84,2 (16)
Raad van Bestuur	44,4 (32)
Kwaliteitsfunctionaris	61,6 (53)
Medisch specialisten	43,2 (32)
totaal	53 (133)

3.1.4 Beschrijving van de onderzoekspopulatie web-based survey

Een overzicht van de socio-demografische kenmerken van de respondenten van de web-based survey is weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Socio-demografische kenmerken respondenten

respondent karakteristieken (N=133)	n(%)
<i>geslacht</i>	
man	67 (50,4)
vrouw	66 (49,6)
<i>leeftijd</i>	
≤30 jaar	9 (6,8)
31-40 jaar	16 (12)
41-50 jaar	42 (31,6)
51-60 jaar	60 (45,1)
61 jaar en ouder	6 (4,5)
<i>organisatie</i>	
ziekenhuis	117 (88)
Inspectie voor de Gezondheidszorg	16 (12)
<i>soort ziekenhuis</i>	
Academisch ziekenhuis	9 (7,7)
Streek/regionaal ziekenhuis	72 (61,5)
Topklinisch ziekenhuis	31 (26,5)
Categorale instelling	5 (4,3)
<i>functie</i>	
Raad van Bestuur	32 (24,1)
Kwaliteitsfunctionaris	53 (39,5)
Medisch Specialist	32 (24,1)
Inspecteur	16 (12)
<i>jaar in functie</i>	
gemiddelde	7,8
mediaan	6
modus	2

3.1.5 De web-based survey

Omdat de respondenten van de ziekenhuizen en de inspecteurs anders met ‘Het resultaat telt’ omgaan en anders omgaan met informatie over risico's in de kwaliteit van zorg zijn twee verschillende web-based surveys opgezet. De basis voor de twee web-based surveys was gelijk, maar de nuances in de web-based surveys lagen anders. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld niet aan de inspecteurs werd gevraagd of ze wel eens informatie met betrekking tot de kwaliteit van zorg in hun ziekenhuis gebruikten, maar dit wel aan de respondenten van de ziekenhuizen werd gevraagd, en dat in beide vragenlijsten andere antwoordopties werden gegeven met betrekking tot de intentie tot risicomanagement aangezien beide groepen andere activiteiten kunnen ondernemen (bijvoorbeeld het maken van een afspraak met een ziekenhuis voor inspecteurs, of het onderwijzen van artsen voor respondenten uit de ziekenhuizen).

De inhoud van de web-based surveys werd gebaseerd op zaken die de Inspectie voor de Gezondheidszorg wilde weten, bijvoorbeeld welke delen van ‘Het resultaat telt’ veel gebruikt worden, of er meer diepgang nodig is en met welke frequentie men wil dat de publicatie wordt uitgebracht. In het theoretisch kader, in hoofdstuk 2, is een conceptueel model ontwikkeld dat

bestaat uit drie delen: de attitude ten aanzien van risico's in de zorg, de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement. In de paragraaf 3.1.6, 3.1.7 en 3.1.8 wordt aangegeven hoe deze onderdelen uit het conceptueel model zijn geoperationaliseerd.

Nadat twee eerste concept web-based surveys waren opgesteld zijn deze doorgenomen met een aantal personen uit de verschillende doelgroepen. De web-based survey voor de ziekenhuisdoelgroepen werd doorgenomen met een kwaliteitsfunctionaris en een persoon van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Een vertegenwoordiger van de Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU) heeft ook naar de web-based survey gekeken. De web-based survey voor de inspecteurs werd doorgenomen met een senior-inspecteur en de schrijver van 'Het resultaat telt'. Naar aanleiding van de feedback werden beide web-based surveys aangepast.

3.1.6. De operationalisering van de attitude ten aanzien van risico's

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag: *'Hoe voorspelt de attitude ten aanzien van risico's in de zorg de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg?'* moesten de attitudes van de doelgroepen ten aanzien van risico's in zorg worden onderzocht.

De attitudes ten aanzien van risico's in de zorg zoals bevraagd aan de respondenten van de web-based survey zijn gebaseerd op de attitudes die Davies (2001) had gevonden in zijn onderzoek. Deze bevindingen waren gebaseerd op interviews. Om deze attitudes ook kwantitatief te onderzoeken werden de attitudes opgenomen in de web-based survey. De attitudes werden aangepast naar eigen inzicht zodat ze makkelijker te begrijpen waren voor de respondenten en beter aansloten bij de Nederlandse situatie, dit werd mede gedaan op basis van de feedback die verkregen werd bij het bespreken van de web-based surveys. In tabel 6.1 in bijlage A zijn de stellingen ten aanzien van risico's in de zorg weergegeven zoals ze zijn bevraagd in de web-based survey. Een deel hiervan is alleen aan de ziekenhuismedewerkers bevraagd, vanuit dat oogpunt is dat deel niet meegenomen in de factoranalyse beschreven in de volgende alinea.

Alle achttien items om de attitude ten aanzien van risico's in de zorg te meten werden onderworpen aan een principale componenten analyse (PCA). Na bestudering van de items per factor werd het besluit genomen één item (item 16) niet meer mee te nemen in de analyse, gezien deze niet paste bij de andere items binnen de factor. De zeventien overgebleven items werden wederom onderworpen aan een principale componenten analyse (PCA). Er werd besloten twee andere items (item 1 en 2) niet toe te wijzen aan component zeven gezien de lage cronbach's alpha en de lage inter-item correlatie (tabel 3.3). PCA gaf, naast component zeven die niet meer besproken wordt, zes factoren met eigenvalues hoger dan 1, respectievelijk verklarend 11,4%, 11,2%, 10,1%, 8,5%, 8,3% en 8,3% van de variantie. Varimax rotatie toont dat de items substantieel laden op een component/factor. De zes componenten/factoren verklaren samen 57,8 % van de variantie. In bijlage A is in tabel 6.2 het complete overzicht van de uitkomsten van de factoranalyse te vinden. Hieronder is dit weergegeven in tekstvorm.

Uit de factoranalyse kwamen de volgende zes factoren:

1. Risico's zullen altijd bestaan, de beheersing ervan is subjectief (beheersing subjectief)
 - De mening van collega's over risico's is belangrijker dan andere informatie over risico's (2)
 - Ziekenhuizen hebben niet veel invloed op risico's in kwaliteit van zorg (6)
 - Ziekenhuizen kunnen meer doen om risico's te beheersen (10)
2. Data over risico's is gebaseerd op kwalitatieve oordelen (kwalitatieve oordelen)
 - Risico's geven één perspectief weer op een behandeling (1)
 - Risico's bestaan in de perceptie van mensen (8)
 - Risico's zijn persoonsgebonden (9)
 - Ik hecht niet veel waarde aan vergelijkende data over risico's (11)
3. Aandacht voor een risico wordt gestuurd door de omgeving (omgeving)
 - Als collega's veel aandacht besteden aan een risico ben ik geneigd dat ook te doen (4)
 - Als media veel aandacht besteden aan een risico ben ik geneigd dat ook te doen (5)
4. Ziekenhuizen zijn op de hoogte van hun risicobeheersing (op hoogte risicobeheersing)
 - Informatie over risico's verrast het ziekenhuis nooit, deze informatie is impliciet altijd eerder al bekend (3)
 - Ziekenhuizen weten welke risico's zij wel/niet beheersen (15)
5. Risico's zijn objectief (risico's objectief)
 - Risico's zijn berekenbaar in cijfers (7)
 - Het publiceren van risico-informatie heeft geen invloed op de veiligheid in de zorg (12)
6. Positieve informatie over risico's is betrouwbaarder dan negatieve informatie over risico's (positieve informatie)
 - Positieve informatie over beheerste risico's wordt sneller vertrouwd dan negatieve informatie over beheerste risico's (13)
 - Positieve informatie over beheerste risico's vertrouw ik sneller dan negatieve informatie over beheerste risico's (14)

Om de betrouwbaarheid van de factoren te onderzoeken werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Aangezien er sprake is van korte schalen (minder dan tien items), werd zowel naar Cronbach's alpha als naar de gemiddelde inter-item correlatie voor de items gekeken. Items die andersom gecodeerd waren werden gehercodeerd. In tabel 3.3 zijn de Cronbach's alpha en de gemiddelde inter-item correlatie weergegeven. Factoren werden gezien als betrouwbaar bij een Cronbach alpha coëfficiënt boven 0,7 of een inter-item correlatie groter dan 0,2 (Pallant, 2005).

Het betrouwbaar zijn van een schaal betekende dat er een nieuwe variabele werd gemaakt, daarvoor werden de scores op de items die bij die schaal horen samengevoegd en gedeeld door het aantal items uit die schaal. De nieuwe variabele werd vervolgens gebruikt bij de analyses.

Tabel 3.3 Betrouwbaarheid van de attitudes ten aanzien van risico's in de zorg

componenten	Cronbach alpha coëfficiënt	inter-item correlatie (range)
beheersing subjectief	0,6	0,3 (0,3 – 0,4)
kwalitatieve oordelen	0,5	0,2 (0,1 – 0,4)
omgeving	0,7	0,5
op hoogte risicobeheersing	0,5	0,4
risico's objectief	0,4	0,3
positieve informatie	0,5	0,4
risicobeheersing moeilijk (item 16, 17)*	0,2	0,1

* Niet meer meegenomen als factor wegens de lage betrouwbaarheid volgens Cronbach's alpha en de inter-item correlatie

3.1.7 De operationalisering van de waardering van een publicatie

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag: *‘Hoe voorspellen de waardering van de kwaliteit van data in een publicatie over de kwaliteit van zorg en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg?’* moesten de attitudes van de doelgroepen ten aanzien van deze drie deelonderwerpen worden onderzocht.

Volgens Soberman Ginsburg (2003) zijn er twee factoren die de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen beïnvloeden. Volgens Soberman Ginsburg (2003) zijn data karakteristieken en de cultuur gericht op verbetering van invloed op de gepercipieerde bruikbaarheid van een dergelijke publicatie. In haar artikel definieert Soberman Ginsburg 10 data-karakteristieken. Op basis van deze karakteristieken en beschrijvingen in haar artikel werden 5 items opgesteld waarop de respondenten werd gevraagd de data in ‘Het resultaat telt’ te beoordelen. Zij moesten de items beoordelen op een vijf-punts likert schaal. Ditzelfde werd gedaan voor items met betrekking tot de gepercipieerde bruikbaarheid van de publicatie en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen. Deze waren voor beide web-based surveys hetzelfde. Voor de kwaliteit van data werden naast de items bevraagd in beide web-based surveys er nog vijf items opgesteld die dan wel alleen voor de ziekenhuisrespondenten dan wel alleen voor de respondenten van de IGZ golden. In bijlage A zijn in tabel 6.3 de verschillende items weergegeven, zoals gebruikt in de web-based survey.

Wanneer gekeken wordt naar de items die betrekking hebben op de kwaliteit van data, enkel de items gesteld in beide web-based surveys, en er een betrouwbaarheidsanalyse wordt uitgevoerd blijkt dat de er een goede interne consistentie is. In het onderzoek heeft de dataschaal (bestaande uit vijf items) een goede interne consistentie met een Cronbach alpha coëfficiënt van 0,9. Op basis van deze score is besloten de vijf items met betrekking tot data samen te voegen tot één variabele. Dit construct wordt de naam data gegeven en heeft betrekking op de kwaliteit van data in ‘Het resultaat telt’.

De publicatieschaal bestaat oorspronkelijk uit vijf items. Wanneer een betrouwbaarheidsanalyse wordt uitgevoerd blijkt dat de interne consistentie niet zo groot is, met een Cronbach alpha coëfficiënt van 0,6. Wanneer het item “publicatie op tijd uitgebracht” niet meer wordt meegenomen in de betrouwbaarheidsanalyse heeft de schaal een goede interne consistentie met een Cronbach alpha coëfficiënt van 0,8. Aan het construct wordt de naam publicatie gegeven en het heeft betrekking op de gepercipieerde bruikbaarheid van ‘Het resultaat telt’.

Wanneer gekeken wordt naar het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen, kan ook hier één variabele gecreëerd worden, opgebouwd uit 8 items. De interne consistentie is goed, met een Cronbach alpha coëfficiënt van 0,9. Het construct wordt cultuur genoemd en heeft betrekking op het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen.

De analyses die uitgevoerd werden met betrekking tot de kwaliteit van data, de gepercipieerde bruikbaarheid van ‘Het resultaat telt’ en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen werden met deze nieuwe constructen uitgevoerd.

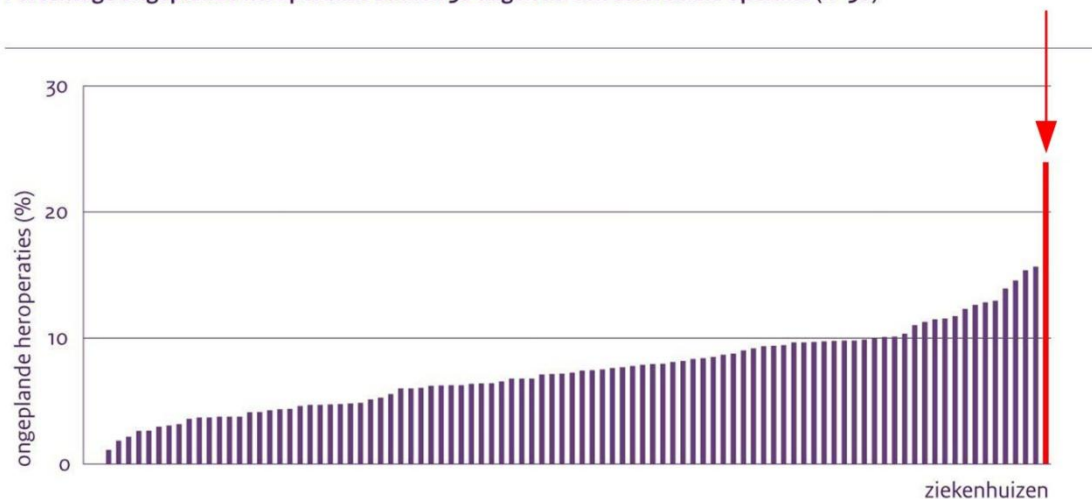
3.1.8 De operationalisering van de intentie tot risicomanagement

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag: 'Bestaat er een relatie tussen de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement?' moest de intentie tot risicomanagement inzichtelijk gemaakt worden en worden gemeten.

De intentie tot risicomanagement werd in de web-based survey gemeten door de respondenten een afbeelding (figuur 3.) te tonen en te vragen naar de acties die ze naar aanleiding van de afbeelding uit zouden voeren. Hiervoor hadden ze de keuze uit een aantal acties en konden ze zelf ook nog andere acties aangeven. Om de intentie tot risicomanagement in verschillende situaties te onderzoeken werd gebruik gemaakt van verschillende afbeeldingen en scores van de ziekenhuizen. Er werd een ziekenhuisbrede indicator genomen, ondervoeding, en een specifieke indicator, colorectale heroperaties (het aantal heroperaties van darmoperaties). In de web-based survey werd gesteld dat de ziekenhuizen (of ziekenhuizen waar toezicht op werd gehouden) hierop afwisselend goed of slecht scoorden.

Aangezien het lastig analyseren was met scores op de vier vragen werd besloten de intentie tot risicomanagement te meten aan het gemiddelde aantal activiteiten dat een respondent wilde ondernemen. Dit werd berekend door het aantal activiteiten dat de respondenten in de vier situaties uitvoerde op te tellen en te delen door het aantal mogelijke acties dat ze konden ondernemen. Hiervoor werd een nieuwe variabele aangemaakt: intentietotaal.

Percentage ongeplande heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie (n=96)



Figuur 3. Voorbeeld van een afbeelding zoals deze in de web-based survey werd gebruikt

3.1.9 Analyses van de web-based survey

Middels SPSS werd antwoord gegeven op de onderzoeksvragen door gebruik te maken van verschillende analysemethoden. Voor de analyses werd gebruik gemaakt van een meervoudige regressieanalyse, Pearson's correlatie en één factor variantie analyse.

In alle analyses werd ook gekeken of de functie en het soort ziekenhuis waarin men werkzaam is van invloed is op de resultaten. Er is voor gekozen deze onafhankelijke variabelen te gebruiken aangezien dit uit de literatuur bleek, zoals beschreven in paragraaf 2.2.5. De invloed van deze variabelen werd onderzocht met één factor variantieanalyses, beter zou het zijn dit te onderzoeken met twee factor variantieanalyses in verband met een mogelijk interactie-effect tussen de categorie ziekenhuis en de functie van de respondenten. Aangezien de inspecteurs echter niet bij

een ziekenhuis horen en niet mee werden genomen in een twee factor variantieanalyse konden deze analyses niet uitgevoerd worden en het interactie-effect niet uitgesloten worden. Hier wordt in de discussie verder op ingegaan.

3.2 Onderzoek met verdiepende interviews

3.2.1 Respondenten van de verdiepende interviews

Ter verdieping en betekenisverlening van de verkregen resultaten uit de web-based surveys werden per doelgroep drie verdiepende interviews gehouden. De deelnemers van de interviews werden rechtstreeks of via hun secretariaat benaderd. Hierbij werd vooral gelet dat er uit elk soort ziekenhuis voldoende respondenten deelnamen aan het onderzoek. Het was niet mogelijk deze verdeling ook in stand te houden over de verschillende functies. In tabel 3.4 zijn de kenmerken van de respondenten van de interviews weergegeven.

Tabel 3.4 Kenmerken respondenten interviews

respondent nr	functie	werkzaam in categorie ziekenhuis
1	lid Raad van Bestuur	Streek/regionaal ziekenhuis
2	lid Raad van Bestuur	Streek/regionaal ziekenhuis
3	lid Raad van Bestuur	Academisch ziekenhuis
4	kwaliteitsfunctionaris	Topklinisch ziekenhuis
5	kwaliteitsfunctionaris	Academisch ziekenhuis
6	kwaliteitsfunctionaris	Academisch ziekenhuis
7	medisch specialist	Streek/regionaal ziekenhuis
8	medisch specialist	Topklinisch ziekenhuis
9	medisch specialist	Topklinisch ziekenhuis
10	senior-inspecteur	nvt
11	senior-inspecteur	nvt
12	inspecteur	nvt

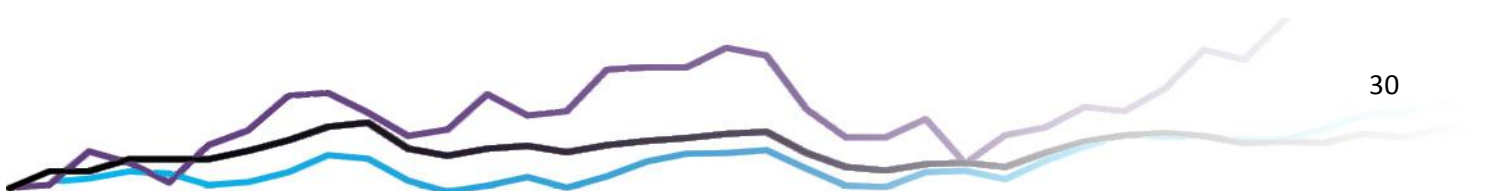
3.2.2 De verdiepende interviews

De verdiepende interviews waren semi-gestructureerd. Er was een schema gemaakt voor de interviews op basis van de vragen die al waren gesteld in de web-based survey. Er waren bepaalde thema's geïdentificeerd waarop in alle interviews werd ingegaan. Ook werd doorgevraagd op de antwoorden die de respondenten gaven. Onderwerpen die aan de orde kwamen waren bijvoorbeeld: de kennis van 'Het resultaat telt', het omgaan met indicatoren, de moeilijkheid van het sturen op risico's en de intentie tot risicomanagement.

De interviews werden in de ziekenhuizen zelf gehouden en in één geval bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De interviews met de inspecteurs vonden plaats bij de IGZ. Voor alle interviews was een uur ingepland. In de praktijk duurden de interviews vaak rond de 45 minuten. De interviews werden, met toestemming van de respondenten, opgenomen. Achteraf werden de interviews samenvattend uitgetypt en ter verificatie naar de respondenten gemaild. De respondenten waren hier in de meeste gevallen mee akkoord en in sommige gevallen werden enkele formuleringen aangepast, dit leidde niet tot wezenlijke verschillen in de resultaten aangezien het om formuleringen ging.

3.2.3 Analyse van de verdiepende interviews

De uitkomsten uit de interviews zijn niet systematisch geanalyseerd gezien de interviews dienden ter validatie en betekenisverlening. Alle interviews zijn zorgvuldig nagegaan en informatie die leidde tot validatie of meer betekenisgeving van de resultaten zijn weergegeven in hoofdstuk 4 en bijlage A.



4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit het onderzoek besproken. Dit gebeurt op basis van het conceptueel model gepresenteerd in hoofdstuk 2. Eerst worden per onderzoeksvraag de kwantitatieve resultaten gepresenteerd in paragraaf 4.1. In paragraaf 4.2 worden de kwalitatieve resultaten gepresenteerd en in paragraaf 4.3 worden de kwantitatieve resultaten al dan niet gevalideerd met behulp van de kwalitatieve data. Met behulp van deze data wordt geprobeerd meer betekenis te verlenen aan de gevonden resultaten.

4.1 Het gebruik van 'Het resultaat telt'

Uit het onderzoek bleek dat het merendeel van de respondenten (91,5%) eerder dan in 'Het resultaat telt' al eens in aanraking is geweest met indicatoren, bijvoorbeeld in andere sectoren of in het buitenland. Het merendeel van de respondenten kent de publicatie 'Het resultaat telt' en heeft deze gezien of gelezen (84,2%) en 78,1 procent heeft deze in zijn bezit. 92,1 procent van de respondenten wil dat de publicatie jaarlijks uitgebracht zal blijven worden. De respondenten geven aan dat zij 'Het resultaat telt' gebruiken en waarderen. (Sanders, 2011)

4.2 Resultaten uit de web-based survey

Zoals al eerder benoemd is het van belang te beseffen dat in het conceptueel model causale relaties aan worden gegeven voor de invloed van de verschillende onderdelen op elkaar. Deze causale relaties zijn overgenomen uit de literatuur waarop het conceptueel model gebaseerd is. Met het onderzoek kan wel een relatie en de richting van de relatie aangetoond worden, maar de causaliteit van deze relatie kan niet bepaalt worden. Daarvoor was een te kleine respondentgroep beschikbaar.

4.2.1 Kwantitatief: de attitude ten aanzien van risico's in de zorg

Om de voorspellende waarde van attitudes ten aanzien van risico's in de zorg op de waardering voor 'Het resultaat telt' oftewel de gepercipieerde bruikbaarheid van de publicatie te onderzoeken werd gebruik gemaakt van een meervoudige regressie analyse. Dit gebeurde aan de hand van onderstaande onderzoeksvraag:

Hoe voorspelt de attitude ten aanzien van risico's in de zorg de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg?

De uitkomsten van de standaard meervoudige regressie analyse zijn weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Standaard meervoudige regressie voor attitudes ten aanzien van risico's in de zorg die de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' voorspellen (n=117)

variabele	Beta	t
beheersing subjectief	-0,1	-1,1
kwalitatieve oordelen	-0,4*	-4,5
omgeving	-0,1	-1
op hoogte risicobeheersing	0,1	1,3
risico's objectief	-0,2*	-2,6
positieve informatie	-0,03	-0,3

* p<,01

Het model van attitudes ten aanzien van risico's in de zorg voorspelt 21,8 procent ($R^2=0,2$) van de variantie in de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt'. Het model bereikt

statistische significantie [$F(6, 110)=5,1, p<0,01$]. De attitude ten aanzien van 'data over risico's is gebaseerd op kwalitatieve oordelen' levert de sterkste bijdrage in het verklaren van de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt'. Daarnaast levert de attitude ten aanzien van 'risico's zijn objectief' een bijdrage in het verklaren van de gepercipieerde bruikbaarheid. De andere attitudes leveren geen significante bijdrage in het voorspellen van de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt'. Dat betekent dat hoe meer men van mening is dat data over risico's is gebaseerd op kwalitatieve oordelen hoe lager de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' is. Hoe meer men van mening is dat risico's objectief zijn hoe lager de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' is. Dit is een opvallend resultaat, je zou verwachten dat als men van mening is dat risico's objectief zijn zij de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' hoger beoordelen. Immers de risico's genoemd in 'Het resultaat telt' zullen objectief zijn. Hier wordt op teruggekomen in de discussie in hoofdstuk 5.

4.2.2 Kwantitatief: de waardering van 'Het resultaat telt'

Om de voorspellende waarde van de beoordeelde kwaliteit van data en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen voor de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' te onderzoeken werd de standaard meervoudige regressie onderzocht aan de hand van onderstaande onderzoeksvraag:

Hoe voorspellen de waardering van de kwaliteit van data in een publicatie over de kwaliteit van zorg en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg?

De uitkomsten van de standaard meervoudige regressie voor data en cultuur op de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' zijn weergegeven in tabel 4.2.

Tabel 4.2 Standaard meervoudige regressie voor variabelen die de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' voorspellen (n=117)

variabele	Beta	t
Data	0,5**	6,8
Cultuur	0,2*	2,1

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Het model van data en cultuur voorspelt 36,1% ($R^2=0,4$) van de variantie in de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt'. Het model bereikt statistische significantie [$F(2, 114)=32,3, p<0,01$]. Data levert de sterkste bijdrage in het verklaren van de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt', maar ook cultuur is duidelijk significant. Dit betekent dat een hoge waardering van de data in 'Het resultaat telt' samenhangt met een hoge gepercipieerde bruikbaarheid van de publicatie. Hoe groter het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen is, hoe groter de gepercipieerde bruikbaarheid van de publicatie is.

Om te onderzoeken of de functie van de respondenten en de categorie ziekenhuis waarin zij werkzaam zijn samenhangen met hun waardering van de data in 'Het resultaat telt', het belang van kwaliteit in de cultuur van het ziekenhuis en de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' werden één-factor variantieanalyses uitgevoerd. Aanvullend werden post-hoc vergelijkingen gebaseerd op de Tukey HSD test uitgevoerd. De resultaten hiervan worden in onderstaande alinea's beschreven. Bij de effect grootte, berekend op basis van eta squared, wordt een score van 0,01 als een klein effect, een score van 0,06 als een gemiddeld effect en een score van 0,14 als een groot

effect geïnterpreteerd (Palland, 2005). Met betrekking tot de waardering van data in 'Het resultaat telt' was er geen significant verschil op het $p < 0,05$ niveau voor het soort ziekenhuis [$F(3, 97)=1,3$, $p=0,3$]. Ook voor de functie bestond er geen significant verschil op het $p < 0,05$ niveau [$F(3, 113)=2,5$, $p=0,07$]. Op basis van deze uitkomsten wordt geconcludeerd dat de categorie ziekenhuis waarin de respondent werkzaam is en zijn functie geen significante relatie hebben met de waardering van de data in 'Het resultaat telt'.

Met betrekking tot het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen bestond er een significant verschil op het $p < 0,01$ niveau voor de functie van de respondent [$F(3, 113)=5,2$, $p=0,01$]. De effect grootte was 0,12 en de medisch specialisten verschilden significant van de Raad van Bestuur en de kwaliteitsfunctionarissen, zoals aangegeven in tabel 4.3. Er kan geconcludeerd worden dat kwaliteit van zorg naar de mening van de medisch specialisten een minder belangrijke rol speelt in de cultuur van ziekenhuizen dan naar mening van de Raad van Bestuursleden en kwaliteitsfunctionarissen. De categorie ziekenhuizen waarin de respondenten werkzaam zijn heeft geen significante relatie met het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen [$F(3, 97)=0,9$, $p=0,47$].

Tabel 4.3 Samenhang functie met het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen

variabele	groepen	M	SD
functie	1: Raad van Bestuur	4,4 _b	0,5
	2: medisch specialist	3,8 _a	0,8
	3: kwaliteitsfunctionaris	4,3 _b	0,5
	4: inspecteur	4,1	0,7

Noot. Van elkaar verschillende indexen geven significante verschillen weer ($p < 0,01$)

Met betrekking tot de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' wordt geconcludeerd dat er een relatie bestaat tussen de functie van de respondenten en de gepercipieerde bruikbaarheid van de publicatie. Er bestond een significant verschil op het $p < 0,01$ niveau voor de functie van de respondent [$F(3, 113)=4,3$, $p=0,01$]. De effect grootte was 0,1 en de inspecteurs verschilden significant van de respondenten in de andere functies, zoals weergegeven in tabel 4.4. De categorie ziekenhuis waar de respondent werkzaam is heeft geen significante relatie met de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' [$F(3, 97)=1$, $p=0,41$].

Tabel 4.4 Samenhang functie met gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt'

variabele	groepen	M	SD
functie	1: Raad van Bestuur	3,5 _b	0,8
	2: medisch specialist	3,2 _b	0,7
	3: kwaliteitsfunctionaris	3,4 _b	0,6
	4: inspecteur	4 _a	0,6

Noot. Van elkaar verschillende indexen geven significante verschillen weer ($p < 0,01$)

4.2.3 Kwantitatief: de intentie tot risicomanagement

Om de relatie tussen de waardering voor 'Het resultaat telt' en de intentie tot risicomanagement te onderzoeken werd een Pearson product-moment correlatie uitgevoerd. Dit werd gedaan aan de hand van onderstaande onderzoeksvraag:

Bestaat er een relatie tussen de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement?

Er bestaat een kleine positieve correlatie tussen de twee variabelen [$r=0,3$, $n=117$, $p<0,01$], met een hoge waardering van 'Het resultaat telt' geassocieerd met een grotere intentie tot risicomanagement.

Om te onderzoeken of de functie van de respondenten en de categorie ziekenhuis waarin zij werkzaam zijn samenhangen de intentie tot risicomanagement werden één-factor variantieanalyses uitgevoerd. Aanvullend zijn post-hoc vergelijkingen gebaseerd op de Tukey HSD test uitgevoerd. Bij de effect grootte, berekend op basis van eta squared, werd een score van 0,01 als een klein effect, een score van 0,06 als een gemiddeld effect en een score van 0,14 als een groot effect geïnterpreteerd (Palland, 2005). Zowel de categorie ziekenhuis waarin de respondenten werkzaam zijn als de functie die de respondenten hebben hebben een significante relatie met de intentie tot risicomanagement. Voor de categorie ziekenhuis waarin de respondenten werkzaam zijn bestond er een significant verschil op het $p<0,05$ niveau [$F(3, 113)=4$, $p=0,01$], met een effect grootte van 0,09. Zoals weergegeven in tabel 4.5, kan geconcludeerd worden dat respondenten werkzaam in categorale ziekenhuizen een lagere intentie tot risicomanagement hebben dan respondenten werkzaam in andere categorieën ziekenhuizen. Dit werd ook beschreven door Luce et al. (1996). Als gekeken wordt naar de functie van de respondenten bestond er een significant verschil op het $p<0,05$ niveau [$F(3, 129)=3,5$, $p=0,02$], met een effect grootte van 0,07. Bij inspecteurs bestaat een grotere intentie tot risicomanagement dan bij leden van de Raden van Bestuur en kwaliteitsfunctionarissen, dit is weergegeven in tabel 4.5.

Tabel 4.5 Samenhang factoren met intentie tot risicomanagement

variabele	groepen	M	SD
het soort ziekenhuis	1: Academisch ziekenhuis	0,4 _b	0,1
	2: streek/regionaal ziekenhuis	0,3 _b	0,1
	3: topklinisch ziekenhuis	0,3 _b	0,1
	4: categoriaal ziekenhuis	0,2 _a	0,1
functie	1: Raad van Bestuur	0,3 _b	0,1
	2: medisch specialist	0,3	0,1
	3: kwaliteitsfunctionaris	0,3 _b	0,1
	4: inspecteur	0,4 _a	0,2

Noot. Van elkaar verschillende indexen geven significante verschillen weer ($p<0,05$)

4.2.4 Beschrijving attitudes ten aanzien van risico's in de zorg

In de web-based survey waren, met betrekking tot de attitudes ten aanzien van risico's in de zorg, een aantal items opgenomen die specifiek bevestigd werden aan de respondenten van de ziekenhuizen (n=117). Aangezien niet alle respondenten deze items voorgelegd kregen konden deze niet meegenomen worden in de factoranalyse, zoals beschreven in paragraaf 3.1.6. De scores van de respondenten op deze losstaande items zijn weergegeven in tabel 4.6. Daarnaast waren er drie items die niet meer werden meegenomen in de factoranalyse, ook de scores voor deze items zijn weergegeven in tabel 4.6.

Tabel 4.6 attitude van de respondenten op items met betrekking tot de risico's in de zorg

item	mee oneens				mee eens
	1	2	3	4	5
Bij andere ziekenhuizen worden risico's minder goed beheerst	7 (6%)	22 (18,8%)	83 (70,9%)	5 (4,3%)	0 (0%)
Bij ons worden risico's perfect beheerst	8 (6,8%)	30 (25,6%)	60 (51,3%)	19 (16,2%)	0 (0%)
Ik vind het belangrijk dat mijn ziekenhuis behoort tot de ziekenhuizen die risico's het beste beheersen	0 (0%)	0 (0%)	8 (6,8%)	50 (42,7%)	59 (50,4%)
Ik doe er alles aan om de risico's in mijn ziekenhuis te beheersen	1 (0,9%)	3 (2,6%)	16 (13,7%)	59 (50,4%)	38 (32,5%)
Ziekenhuizen kunnen hun score gebruiken voor marketing*	1 (0,8%)	4 (3%)	14 (10,5%)	86 (64,7%)	28 (21,1%)
Wij gebruiken informatie over de kwaliteit van zorg in ons ziekenhuis voor marketing	5 (4,3%)	15 (12,8%)	30 (25,6%)	52 (44,4%)	15 (12,8%)
Ik hecht er waarde aan hoog te eindigen in ranglijsten	4 (3,4%)	7 (6%)	26 (22,2%)	65 (55,6%)	15 (12,8%)
Ik maak mij zorgen wanneer ik onderaan scoor in een ranglijst	6 (5,1%)	11 (9,4%)	18 (15,4%)	53 (45,3%)	29 (24,8%)
Alleen onderzochte risico's krijgen de aandacht*	21 (15,8%)	33 (24,8%)	32 (24,1%)	35 (26,3%)	12 (9%)
Risico's zijn moeilijk te beheersen*	12 (9%)	55 (41,4%)	36 (27,1%)	29 (21,8%)	1 (0,8%)

* item niet meer meegenomen in de factoranalyse, bevestigd aan alle respondenten n=133

Als gekeken wordt naar deze scores kan geconcludeerd worden dat:

- Het merendeel van de respondenten het ermee oneens is dat in andere ziekenhuizen risico's minder goed worden beheerst en ook niet vindt dat in zijn ziekenhuis risico's perfect beheerst worden
- Het grootste deel van de respondenten het wel belangrijk vindt dat zijn ziekenhuis hoort bij de ziekenhuizen die risico's het beste beheersen
- Het merendeel er veel aan doet om de risico's in zijn ziekenhuis te beheersen
- De meeste respondenten van mening zijn dat informatie over kwaliteit van zorg gebruikt kan worden voor marketing, maar dat minder respondenten dat daadwerkelijk doen
- Respondenten er waarde aan hechten hoog te eindigen in een ranglijst en zich zorgen maken wanneer ze hierin onderaan scoren met hun ziekenhuis

- De meningen zijn verdeeld of alleen onderzochte risico's de aandacht krijgen
- Het merendeel van de respondenten van mening is dat risico's niet moeilijk te beheersen zijn

4.2.5 Beschrijving attitude items met betrekking tot data

In de web-based survey waren een aantal items opgenomen die specifiek bevraagd werden aan de respondenten van de ziekenhuizen (n=101) of aan de inspecteurs (n=16). Aangezien niet alle respondenten deze items voorgelegd kregen konden deze niet meegenomen worden in de algehele schaal met betrekking tot de kwaliteit van data. De scores van de respondenten op deze losstaande items zijn weergegeven in tabel 4.7.

Tabel 4.7 attitude respondenten op items met betrekking tot de data in 'Het resultaat telt'

item	mee oneens				mee eens
	1	2	3	4	5
de data is relevant voor het ziekenhuis (n=101)	4 (4%)	4 (4%)	16 (15,8%)	52 (51,5%)	25 (24,8%)
de data is relevant voor de ziekenhuizen (n=16)	1 (6,3%)	3 (18,8%)	0 (0%)	6 (37,5%)	6 (37,5%)
mijn eigen ziekenhuis levert betrouwbare data (n=101)	2 (2%)	2 (2%)	21 (20,8%)	32 (31,7%)	44 (43,6%)
andere ziekenhuizen leveren betrouwbare data (n=101)	3 (3%)	7 (6,9%)	59 (58,4%)	25 (24,8%)	7 (6,9%)
de ziekenhuizen leveren betrouwbare data (n=16)	0 (0%)	4 (25%)	11 (68,8%)	1 (6,3%)	0 (0%)

Als gekeken wordt naar deze scores kan geconcludeerd worden dat:

- Het merendeel van de respondenten werkzaam in een ziekenhuis de data relevant vindt voor het ziekenhuis en het merendeel van de respondenten van de IGZ de data relevant vinden voor de ziekenhuizen
- Het grootste deel van de ziekenhuisrespondenten van mening is dat het eigen ziekenhuis betrouwbare data levert, met betrekking tot andere ziekenhuizen neigen ze meer naar het neutrale
- De respondenten van de IGZ neutraal zijn of het ermee oneens zijn dat ziekenhuizen betrouwbare data leveren

4.3 Resultaten uit de interviews

Om de kwantitatieve data te kunnen valideren en om hier eventueel meer betekenis aan te kunnen verlenen zijn interviews uitgevoerd. In deze paragraaf en subparagrafen worden de belangrijkste bevindingen uit de onderzoeken besproken. Dit is in beknopte vorm, waarbij uitgebreidere informatie, in de vorm van passages uit de interviews, te vinden is in bijlage A. Wanneer gekeken wordt naar de interviews is het zo dat de respondenten veelal aan de aspecten raken waaruit bijvoorbeeld de attitudes ten aanzien van risico's zijn opgebouwd of waaruit de waardering van de kwaliteit van data bestaat. Bij de analyse worden de antwoorden betrokken op het overkoepelend construct.

4.3.1 Kwalitatief: de attitude ten aanzien van risico's in de zorg

Uit de kwantitatieve resultaten bleek dat als respondenten van mening waren dat risico's gebaseerd zijn op een kwalitatief oordeel zij de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' lager

waardeerden. Wanneer respondenten van mening waren dat risico's objectief zijn waardeeren zij de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' ook lager.

Wanneer dit gevalideerd wordt aan de hand van de resultaten uit de interviews kan dit met enige voorzichtigheid. De resultaten worden ondersteund door de interviews, maar dit is niet een heel sterke ondersteuning.

Uit de interviews blijkt dat naar mening van de respondenten de betrokkenheid bij de indicatoren niet verschilt tussen (categorieën) ziekenhuizen (n=6). Het zou meer een verschil kunnen zijn tussen personen. Betrokkenheid bij indicatoren staat gelijk aan betrokkenheid bij risico's, de indicatoren zeggen hier immers wat over. Volgens sommige respondenten hebben echter academische ziekenhuizen meer geld en middelen om zich bezig te houden met dergelijke risico's dan andere categorieën ziekenhuizen (n=4). En volgens een Raad van Bestuurslid van een academisch ziekenhuis werken in academische ziekenhuizen personen die intrinsiek gemotiveerd zijn door kwaliteit van zorg. Een medisch specialist van een topklinisch ziekenhuis geeft aan dat het zou kunnen dat risico's die betrekking hebben op ketenaspecten in de academische ziekenhuizen niet goed ontwikkeld zijn *"Daar is het meer van ik doe mijn ding, en daarvoor en daarna is het niet meer mijn scope"*. De betrokkenheid van medisch specialisten is verschillend per indicator, volgens een inspecteur *"Als je bijvoorbeeld door-to-needle time (de snelheid van trombolysie, injectie na een herseninfarct) hebt, dan zijn artsen betrokken, maar bijvoorbeeld decubitus laten ze aan de verpleegkundigen over. Dat is nogal indicatorafhankelijk"*. Een Raad van Bestuurslid van een academisch ziekenhuis geeft een verklaring waarom mensen niet altijd even betrokken zijn: *"ik kan me voorstellen dat mensen kijkend naar al die ruis iets afstand nemen en denken van ik hoor het wel. Er zijn dan nog zoveel keuzes die gemaakt moeten worden dat de mensen er van uit gaan dat ze later op de hoogte zullen worden gebracht"*.

Een medisch specialist van een streekziekenhuis geeft aan dat men het op de werkvloer niet altijd eens is met het belang van een indicator, maar dat over het algemeen het belang er goed van wordt ingezien als hulpmiddel om de kwaliteit te verbeteren. Uit de interviews blijkt dat het soms lastig is om iedereen te overtuigen van het belang van een indicator (n=6).

Betreft het gebruik van indicatoren om te sturen op risico's wordt binnen de ziekenhuizen altijd een afweging gemaakt op welke indicatoren wordt gestuurd (n=4). Dit zou onze bevinding ondersteunen dat als respondenten van mening zijn dat risico's zijn gebaseerd op een kwalitatief oordeel zij de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' lager waarderen. Ziekenhuizen maken immers een afweging op welke indicatoren wordt gestuurd. Dit heeft meer te maken met interesses, historie en het belang van de indicator voor het ziekenhuis en is dan een kwalitatief oordeel. Wellicht is de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' dan ook minder. Een inspecteur vindt dat 'Het resultaat telt' meer tot doel heeft om te achterhalen aan welke aandoeeningen of verrichtingen aandacht moeten worden geschonken dan om te onderzoeken aan welke instellingen aandacht geschonken moet worden. Daardoor vindt de inspecteur 'Het resultaat telt' minder bruikbaar. Dit onderschrijft ook onze kwantitatieve bevinding.

Over de informatiebronnen over risico's in de kwaliteit van zorg wordt gezegd dat er veel verschillende bronnen en informatielijnen zijn. Zowel een inspecteurs als een Raad van Bestuurslid van een ziekenhuis geven aan dat informele informatielijnen de belangrijkste zijn. Uit de interviews blijkt dat ranglijsten in ziekenhuizen inhoudelijk geen grote rol spelen, maar dat het wel impact heeft op het imago van het ziekenhuis (n=3). Door veel ziekenhuizen wordt er dan ook aandacht aan besteed.

Betreft de bevinding dat wanneer respondenten van mening zijn dat risico's objectief zijn zij de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' ook lager waarderen zegt een Raad van Bestuurslid van een streekziekenhuis: *"Alles wat in 'Het resultaat telt' staat zijn dingen waar de ziekenhuizen continu mee bezig zijn. Er staat niets nieuws in, op beleidsmatig niveau zijn alle onderwerpen wel bekend. Dus of men het rapport nu wel of niet gelezen heeft. Een publicatie als 'Het resultaat telt' is een start en een samenvatting. Het kan als naslagwerk gebruikt worden. Het zijn onderwerpen waar ziekenhuizen het over hebben, waar ze continu mee bezig zijn."*

Zowel uit de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten blijkt dat als respondenten van mening zijn dat risico's gebaseerd zijn op een kwalitatief oordeel, zij de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' lager waarderen. En wanneer respondenten van mening zijn dat risico's objectief zijn zij de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' ook lager waarderen.

4.3.2 Kwalitatief: de waardering van 'Het resultaat telt'

Uit de kwantitatieve resultaten bleek dat de waardering van de kwaliteit van data in 'Het resultaat telt' en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen van invloed waren op de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt'. Hier bestaat een positieve correlatie tussen. Het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen is volgens de medisch specialisten minder belangrijk dan volgens de Raad van Bestuur en kwaliteitsfunctionarissen. Inspecteurs waarderen de publicatie hoger dan de respondenten werkzaam in een ziekenhuisfunctie.

Over de waardering van de kwaliteit van data uit 'Het resultaat telt' zegt een kwaliteitsfunctionaris (academisch ziekenhuis): *"De indicatoren stonden een beetje in een kwaad daglicht, niet door de Raad van Bestuur, maar door de ranglijsten. Academici hebben al helemaal zoiets, van is het nu wetenschappelijk verantwoord en dan werd het in de koelkast gezet"*. Een kwaliteitsfunctionaris van een academisch ziekenhuis geeft aan: *"Er ontbreekt vaak betrouwbare data. De registratiekant moet goed zijn om er valide data uit te krijgen. Dat is nog niet op alle indicatoren het geval."* Een lid van de Raad van Bestuur (streekziekenhuis) vindt de diagnose-specifieke indicatoren de belangrijkste.

Over de bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' zegt een inspecteur dat de publicatie niet voldoende extra informatie geeft ten opzichte van andere bronnen, omdat het gemanipuleerde informatie is. Daarbij geeft de inspecteur een verband aan tussen de kwaliteit van data in 'Het resultaat telt' en de gepercipieerde bruikbaarheid. Dit ondersteunt onze bevinding dat er een relatie tussen deze twee variabelen bestaat.

Volgens de respondenten wordt de informatie met betrekking tot de indicatoren bewust in het ziekenhuis verspreidt (n=3). De publicatie is op dit moment echter te dik om meteen bruikbaar te zijn, men haalt de relevante stukken eruit en verspreidt dit naar de personen voor wie die informatie van belang is. De publicatie is volgens een kwaliteitsfunctionaris van een topklinisch ziekenhuis vooral waardevol in combinatie met de vergelijking met de resultaten van andere topklinische ziekenhuizen of ziekenhuizen uit de regio.

Betreft het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen wordt gezegd dat het belang dat de Raad van Bestuur hecht aan kwaliteit van groot belang is voor hoe er met kwaliteit wordt omgegaan (n=4). Daarnaast zegt een kwaliteitsfunctionaris van een topklinisch ziekenhuis dat ze zich voor kan stellen dat er binnen de academische ziekenhuizen meer ruimte is om om te gaan met kwaliteit. Volgens een inspecteur kan je uit hoe het ziekenhuis omgaat met meldingen, afleiden hoe in het ziekenhuis om wordt gegaan met kwaliteit. In het ene specialisme speelt kwaliteit een belangrijkere rol dan in het andere specialisme. Een kwalitatief resultaat dat het kwantitatieve

resultaat ondersteunt dat het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen volgens de medisch specialisten minder belangrijk is dan volgens de Raad van Bestuur en kwaliteitsfunctionarissen is: *“Bestuurders willen een overall beeld krijgen hoe de cijfers van het ziekenhuis zijn gerelateerd aan het landelijk beeld. Kwaliteitsfunctionarissen en leden van de Raad van Bestuur zullen eerder deze informatie willen weten als Medisch Specialist”* (inspecteur). *Kwaliteit speelt meer en meer onder de professionals. Wat zij belangrijk vinden is dat een indicator ook echt iets zegt over hun kwaliteit van zorg, over dat wat de zorg echt direct raakt* (kwaliteitsfunctionaris, academisch ziekenhuis). Een Raad van Bestuurslid vindt dat het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen nog een te weinig intrinsieke rol speelt: *“Je kijkt toch zelf naar de kwaliteit. Dat laat je niet door een externe partij doen. Je wilt toch de beste zijn in je borstkankeroperaties. Kwaliteitsverbetering is vooral inspectiegedreven en te weinig vanuit de intrinsieke motivatie”*.

Op basis van de kwalitatieve data kan alleen gevalideerd worden dat er een relatie bestaat tussen de waardering van de kwaliteit van data en de gepercipieerde bruikbaarheid van ‘Het resultaat telt’. De relatie tussen het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen en de gepercipieerde bruikbaarheid wordt niet letterlijk zo uitgelegd, al zijn er wel aanwijzingen voor. Dit is ook het geval bij de conclusies dat; het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen volgens de medisch specialisten minder belangrijk is dan volgens de Raad van Bestuur en kwaliteitsfunctionarissen; en dat inspecteurs de publicatie hoger waarderen dan de respondenten werkzaam in een ziekenhuisfunctie.

4.3.3 Kwalitatief: de intentie tot risicomanagement

Uit de kwantitatieve resultaten bleek dat een hogere waardering van ‘Het resultaat telt’ geassocieerd wordt met een grotere intentie tot risicomanagement. Respondenten werkzaam in categorale ziekenhuizen hebben een lagere intentie tot risicomanagement dan respondenten werkzaam in andere categorieën ziekenhuizen. En bij de inspecteurs bestaan een hogere intentie tot risicomanagement dan bij leden van de Raden van Bestuur en de kwaliteitsfunctionarissen. Deze resultaten kunnen niet gevalideerd worden aan de hand van de kwalitatieve data. Wel is er betekenisverlening van hoe de intentie tot risicomanagement van inspecteurs eruit ziet. Er worden nieuwe inzichten opgedaan aan de hand van de kwalitatieve data.

Volgens de respondenten is het het lastigst om effect te zien op risico's. Het sturen op risico's vindt een deel van de respondenten niet moeilijk (n=4). Oftewel: *“Hetgeen je bedenkt moet uiteindelijk wel meetbaar zijn. Om de hele cyclus goed voor elkaar te krijgen is een uitdaging”* (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis). *“Dat het lastig is risicomanagement te implementeren kan liggen aan meerdere factoren, als de cultuur, het gevoel dat het extra werk is of het ontbreken van een overkoepelende blik”* (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis). Je hebt niet op alles invloed.

Om risicomanagement uit te kunnen voeren moeten de specialisten er wel bij betrokken worden. Het plan van aanpak moet van hen komen. Daardoor vindt een medisch specialist (topklinisch ziekenhuis) het juist lastig om te sturen op risico's *“het moet van anderen komen”*. Risicomanagement is een uitgebreid proces waarbij veel partijen betrokken zijn en dat veel tijd kost. In de topklinische ziekenhuizen wordt het risicomanagement bij de afdelingen neergelegd.

De indruk van een Raad van Bestuurslid (streekziekenhuis) van de acties op basis van ‘Het resultaat telt’ is als volgt: *“Mijn indruk is dat het aantal acties op basis van ‘Het resultaat telt’ laag is. Ik zeg ook intern dat ik niet wil dat alleen maar de inspectie en dergelijke bronnen gevolgd worden”*.

Ziekenhuizen gaan ervan uit dat ze slechte scores zelf al wisten en hier dus al voor het uitkomen van 'Het resultaat telt' actie op hebben ondernomen.

Inspecteurs zien het risicomanagement dat zij uitvoeren meer als een proces dat een langere tijd vergt. Uit de kwantitatieve resultaten bleek dat bij inspecteurs een hogere intentie tot risicomanagement bestaat. Wellicht horen bij het proces van de inspecteurs ook meer activiteiten. *"Sommige ziekenhuizen zijn heel wantrouwend. Dus daar probeer je vertrouwen te winnen, je legt uit dat je een gezamenlijk doel nastreeft. En dat je juist wat voor ze kan betekenen voor kwaliteitsverbetering. Je moet als inspecteur ook redelijk zijn en een bepaalde realiteitszin hebben. Je moet ziekenhuizen tijd gunnen naar iets toe te werken, je moet daarin niet te slap, maar ook niet te rigide zijn"* (inspecteur). *"Het is zaak op het goede moment het goede te zeggen en te doen. Je moet wel het moment kiezen"* (inspecteur).

Over de relatie tussen de waardering van 'Het resultaat telt' en de intentie tot risicomanagement zegt een lid van de Raad van Bestuur (streekziekenhuis): *"Uiteindelijk heeft alles wel met elkaar te maken. Met de indicatoren. Omdat ziekenhuizen het ook jaarlijks moeten opleveren ben je er natuurlijk wel mee bezig en volg je het. Of dit allemaal naar aanleiding van 'Het resultaat telt' is dat weet ik niet. Maar er wordt vaak actie ondernomen naar aanleiding van de indicatoren"*.

De kwantitatieve resultaten kunnen niet gevalideerd worden met de kwalitatieve data. Er worden nieuwe inzichten op gedaan betreft het risicomanagement van ziekenhuizen. In sommige ziekenhuizen wordt dit bij de afdelingen neergelegd, bij sommige ziekenhuizen vindt het top-down plaats en bij andere ziekenhuizen bottom-up. Bij risicomanagement zijn veel verschillende partijen betrokken, het ligt dus nooit bij één persoon. Dit kan obstakels opleveren in het risicomanagement. Het sturen op risico's op zich is niet lastig, om het effect hiervan vervolgens aan te tonen is een uitdaging.

5. Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk vormt een terugblik op het uitgevoerde onderzoek. Ten eerste worden de conclusies gepresenteerd die op basis van het onderzoek getrokken kunnen worden. Ten tweede worden in de discussie de mogelijke beperkingen van het onderzoek aan de orde gesteld. Ten slotte zullen aanbevelingen gedaan worden voor toekomstig onderzoek.

5.1 Conclusie

Op basis van de resultaten uit de kwantitatieve en kwalitatieve analyse kunnen conclusies getrokken worden aangaande de onderzoeksvragen. Daarna worden de conclusies gekoppeld aan het conceptueel model.

Uit onderzoek is gebleken dat de respondenten ‘Het resultaat telt’ kennen, waarderen en gebruiken. En willen dat de publicatie uitgebracht zal blijven worden.

Hoe voorspelt de attitude ten aanzien van risico's in de zorg de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg?

Als respondenten van mening zijn dat risico's in de zorg gebaseerd zijn op een kwalitatief oordeel waarderen zij de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg minder. Wanneer respondenten van mening zijn dat risico's in de zorg objectief zijn waarderen zij de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg ook minder. Dit kan echter minder stellig gezegd worden dan bij de attitude dat risico's gebaseerd zijn op een kwalitatief oordeel, die uitkomst wordt ondersteund door kwantitatieve en kwalitatieve data.

Hoe voorspellen de waardering van de kwaliteit van data in een publicatie over de kwaliteit van zorg en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg?

De waardering van kwaliteit van data in een publicatie over de kwaliteit van zorg en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen voorspellen de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg. Hier bestaat een positieve correlatie tussen. Volgens medisch specialisten is het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen minder dan volgens de Raad van Bestuur en kwaliteitsfunctionarissen. Inspecteurs waarderen de publicatie hoger dan de respondenten werkzaam in een ziekenhuisfunctie. Op basis van de kwalitatieve data kan gevalideerd worden dat er een relatie bestaat tussen de waardering van de kwaliteit van data en de gepercipieerde bruikbaarheid van ‘Het resultaat telt’.

Bestaat er een relatie tussen de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement?

Uit de kwantitatieve resultaten bleek dat een hogere waardering van ‘Het resultaat telt’ geassocieerd wordt met een grotere intentie tot risicomanagement. Respondenten werkzaam in categoriale ziekenhuizen hebben een lagere intentie tot risicomanagement dan respondenten werkzaam in andere categorieën ziekenhuizen. Bij de inspecteurs bestaan een hogere intentie tot

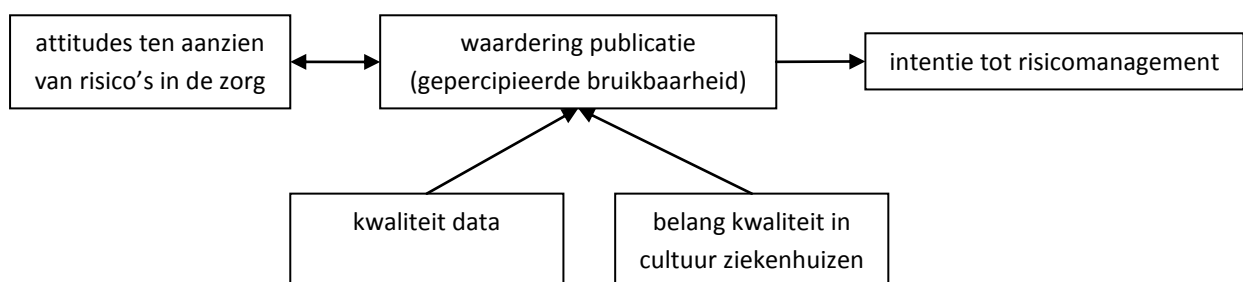
risicomanagement dan bij leden van de Raden van Bestuur en de kwaliteitsfunctionarissen. Deze resultaten kunnen niet gevalideerd worden aan de hand van de kwalitatieve data.

5.2 Discussie en aanbevelingen

5.2.1 Een terugblik op het conceptueel model

Op basis van de literatuur is een conceptueel model opgesteld. De hoofdlijnen van het model waren gebaseerd op Marshall et al. (2000). De invulling en operationalisering van de onderdelen werd gebaseerd op Davies (2001) betreft attitudes en Soberman Ginsburg (2003) betreft de waardering van een publicatie over de kwaliteit van zorg.

Als gekeken wordt naar het conceptueel model (figuur 2) ondersteunen de conclusies die in voorgaande paragraaf zijn getrokken het conceptueel model.



Figuur 2 conceptueel model gebaseerd op Marshall et al. (2000) en Soberman Ginsburg (2003)

In het onderzoek zijn twee attitudes ten aanzien van risico's in de zorg gevonden die de waardering van een publicatie over de kwaliteit van zorg kunnen voorspellen. Aangaande de waardering van een publicatie over de kwaliteit van zorg, ofwel de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg, voorspellen de kwaliteit van data en het belang van kwaliteit in de cultuur van ziekenhuizen deze. De waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg en de intentie tot risicomanagement van de doelgroepen hangen tot slot met elkaar samen. Hierbij heeft de functie van de respondent een invloed op de variabele cultuur en op de variabele gepercipieerde bruikbaarheid. De functie van de respondent en de categorie ziekenhuis waarin ze werkzaam zijn hebben een invloed op de intentie tot risicomanagement.

Met het onderzoek kan alleen aangetoond worden dat er relaties tussen de verschillende onderdelen uit het model bestaan. De causaliteit hiervan kan, door de kleine onderzoekspopulatie, niet aangetoond worden.

5.2.2 Een terugblik op de literatuur

Voor het onderzoek is het model van Marshall et al. (2000) versimpeld. Er werd besloten alleen naar de attitude, de waardering voor de publicatie en de intentie tot risicomanagement te kijken. Daarnaast werden de doelgroepen aangepast, aan de doelgroepen van 'Het resultaat telt'. Op basis van de resultaten van het onderzoek is aangetoond dat het model van Marshall et al. (2000) klopt betreft het deel dat onderzocht is. Omdat de andere delen van het model, als de informatiebehoefte, niet zijn onderzocht kan hier niets over worden gezegd.

De attitudes ten aanzien van risico's in de zorg zoals bevraagd in de web-based survey waren gebaseerd op attitudes die Davies (2001) had gevonden in zijn onderzoek. Zijn bevindingen waren kwalitatief van aard. Met dit onderzoek is aangetoond dat de attitudes; of risico's gebaseerd zijn op een kwalitatief oordeel; en of risico's objectief zijn, samenhangen met de waardering voor een publicatie over de kwaliteit van zorg. Als men van mening is dat risico's gebaseerd zijn op een kwalitatief oordeel en/of als men van mening is dat risico's objectief zijn waardeert men de 'Het resultaat telt' minder. Dit is een opvallend resultaat waar in de volgende alinea dieper op in wordt gegaan. Voor de andere attitudes konden geen significante relatie gevonden worden. Dit wil niet zeggen dat deze attitudes helemaal geen rol spelen in het proces rondom kwaliteit van zorg, ze hebben alleen geen relatie met de waardering van een dergelijke publicatie.

Zoals al werd aangegeven in paragraaf 4.2.1 is het resultaat dat de attitude of risico's objectief zijn van invloed is op de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' een opvallend resultaat wanneer naar de richting hiervan wordt gekeken. Hoe meer men van mening is dat risico's objectief zijn hoe minder men de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' waardeert. Je zou verwachten dat als men van mening is dat risico's objectief zijn, men de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' hoger beoordeelt. Wanneer gekeken wordt naar de twee items waaruit het construct is opgebouwd is op te merken dat één van deze items de attitude beïnvloedt kan hebben, namelijk 'het publiceren van risico-informatie heeft geen invloed op de veiligheid in de zorg'. Wanneer naar dit item gekeken wordt is het niet vreemd meer dat wanneer men van mening is dat risico's meer objectief zijn, de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' minder beoordeeld wordt. Aan de hand van één van de twee items is het opvallende resultaat te verklaren dat wanneer men de attitude heeft dat risico's objectief zijn de gepercipieerde bruikbaarheid van 'Het resultaat telt' lager waardeert.

Soberman Ginsburg (2003) gaf in haar model aan dat de kwaliteit van data en de cultuur gericht op verbetering van invloed waren op de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg. Cultuur is niet als interveniërende variabele onderzocht, maar als gelijkwaardige voorspeller naast de kwaliteit van data. Op basis van het onderzoek kunnen de resultaten van Soberman Ginsburg (2003), dat beide variabelen van invloed zijn op de gepercipieerde bruikbaarheid van een dergelijke publicatie, onderschreven worden. Soberman Ginsburg richtte zich in haar onderzoek slechts op het ziekenhuismanagement, waarbij het conceptueel model zoals beschreven in deze thesis werd getest onder vier doelgroepen. De resultaten zijn geldig voor alle vier de doelgroepen, daarmee wordt een verdieping geboden ten opzichte van het model van Soberman Ginsburg en wordt aangetoond dat het ook toe te passen is voor andere doelgroepen.

5.2.3 Een terugblik op het onderzoek

Er zijn een aantal zaken die belangrijk zijn om te beseffen bij de interpretatie van de resultaten en conclusies van dit onderzoek.

In de literatuur is weinig bekend over communicatie over de kwaliteit van zorg onder doelgroepen anders dan consumenten. Er is ook nog niet veel onderzoek gedaan naar de invloed van dergelijke communicatie. Als dit onderzoek al is gedaan, dan is dit veelal gedaan in landen buiten Nederland waar men heel anders met dergelijke communicatie omgaat. Er was weinig literatuur beschikbaar om dit onderzoek op te baseren. Er moest gezocht worden naar de juiste instrumenten. Dit heeft ervoor gezorgd dat veel constructen die zijn gebruikt, zijn afgeleid uit ander onderzoek en zijn aangepast voor dit onderzoek. Hoewel deze manier van onderzoek bruikbare en betrouwbare

resultaten heeft opgeleverd, blijft de vraag in hoeverre de manier van onderzoeken de resultaten heeft beïnvloed en wellicht andere resultaten heeft opgeleverd dan wanneer de originele constructen zouden zijn gebruikt.

In het onderzoek werd ook onderzocht of de functie en het soort ziekenhuis waarin men werkzaam is van invloed was op de resultaten. Doordat dit onderzocht werd met één factor variantieanalyses zijn mogelijke interactie-effecten niet uitgesloten. Dit betekent dat het mogelijk is dat de twee variabelen met elkaar interacteren en dat bijvoorbeeld de invloed van de functie van de respondenten samenhangt met de categorie ziekenhuis waarin ze werkzaam zijn. De effecten die worden gevonden kunnen in dat geval niet makkelijk geïnterpreteerd worden. Doordat er geen twee factor variantieanalyses uitgevoerd konden worden moeten we ons er van bewust zijn dat er mogelijk interactie-effecten zijn opgetreden en de interpretatie van de resultaten ingewikkelder is dan in deze thesis is weergegeven.

Dit onderzoek is een eerste onderzoek in Nederland naar de publicatie over kwaliteit van zorg in 'Het resultaat telt'. Het onderzoek kan dan ook, met enkele kanttekeningen bij het instrumentarium, gezien worden als nulmeting voor onderzoek naar attitudes ten aanzien van risico's in de zorg, de waardering van 'Het resultaat telt' en de intentie tot risicomanagement.

Het onderzoek onder de doelgroepen van 'Het resultaat telt' is uitgevoerd uit naam van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is de toezichthouder op de ziekenhuizen. Het onderzoek was anoniem, maar er kan van uitgegaan worden dat dit wel een rol heeft gespeeld in de antwoorden die de respondenten gegeven hebben, zowel bij de web-based survey als in de face-to-face interviews. De ziekenhuizen zullen immers een goed beeld willen neerzetten bij "hun toezichthouder".

Selectie binnen de doelgroepen geeft wellicht een vertekend beeld van de werkelijkheid. Voor het onderzoek zijn, binnen de doelgroepen, de personen het meest betrokken bij kwaliteit benaderd. De kwaliteitsfunctionarissen verstrekten veelal de contactgegevens van de Raad van Bestuursleden betrokken bij kwaliteit en van de medisch specialisten die ook in het stafbestuur zaten, en daarin al in aanraking komen met de kwaliteit van zorg. Zou dit onderzoek worden uitgevoerd onder de complete populatie van de doelgroepen, oftewel onder alle medisch specialisten en alle Raad van Bestuursleden, zou het kunnen dat de resultaten van het onderzoek anders uitvallen en bijvoorbeeld blijken dat andere attitudes ten aanzien van risico's in de zorg een rol spelen in het voorspellen van de waardering van 'Het resultaat telt'. Het is de vraag in hoeverre het de intentie tot risicomanagement, gebleken uit dit onderzoek, zou beïnvloeden aangezien de respondenten die we nu benaderd hebben over het algemeen de aanjagers zijn van kwaliteitsverbetering in de ziekenhuizen.

Uit het kwalitatieve onderzoek bleek dat aandacht voor kwaliteit van zorg ook gestuurd wordt door het uitkomen van communicatie hierover. Als bijvoorbeeld 'de AD ziekenhuis- top-100' uitkomt is hier veel aandacht voor in de ziekenhuizen. Kwaliteit van zorg krijgt dan veel aandacht, maar dat wordt dan vooral gestoeld op de ranglijst. Als 'Het resultaat telt' uitkomt krijgt kwaliteit weer meer een focus op basis van 'Het resultaat telt'. Daarmee is het van invloed op de resultaten wanneer een dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd. In het geval van dit onderzoek ontvingen de ziekenhuizen 'Het resultaat telt 2009' in april, de web-based survey vulden zij in in juli 2011.

5.2.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Het onderzoek dat beschreven is in deze thesis is een exploratief onderzoek. Niet eerder is er een onderzoek naar het gebruik van een publicatie over de kwaliteit van zorg uitgevoerd onder zo veel

verschillende doelgroepen binnen de ziekenhuizen en onder de regelgevers. Veelal is het onderzoek gericht op het management van de ziekenhuizen of op de consumenten van de ziekenhuizen. Dit onderzoek levert waardevolle conclusies en biedt een goed startpunt voor vervolgonderzoek.

Getracht is om een zo compleet mogelijk overzicht van de mogelijke attitudes ten aanzien van risico's in de zorg te creëren. Slechts twee attitudes ten aanzien van dergelijke risico's kunnen de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg voorspellen. Onderzocht zou kunnen worden of er ook andere attitudes ten aanzien van risico's in de zorg invloed hebben op de gepercipieerde bruikbaarheid van een publicatie over de kwaliteit van zorg.

Het onderzoek is nu uitgevoerd uit naam van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zoals al beschreven zou het kunnen dat dit een bias tot sociaal wenselijke antwoorden heeft veroorzaakt. Onafhankelijk onderzoek zou moeten worden uitgevoerd om te onderzoeken of dezelfde resultaten behaald kunnen worden als het onderzoek bijvoorbeeld door een wetenschappelijke partij wordt uitgevoerd. Als uitgangspunt voor een dergelijk onderzoek kan dit onderzoek genomen worden.

Ditmaal is het onderzoek uitgevoerd onder de ziekenhuispopulatie betrokken bij kwaliteit. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat de resultaten positiever uitvallen dan daadwerkelijk het geval is. Om er zeker van te zijn over representatieve resultaten te beschikken zou het onderzoek uitgevoerd moeten worden onder meer respondenten van de doelgroepen van 'Het resultaat telt'. Voor het verkrijgen van contactgegevens van dit onderzoek kan samengewerkt worden met verenigingen verbonden aan de ziekenhuizen, bijvoorbeeld de orde van medisch specialisten.

Uit de interviews kwam heel veel informatie over hoe ziekenhuizen met informatie over de kwaliteit van zorg omgaan en hoe zij hun risicomanagement vormgeven. De resultaten uit de interviews gingen soms te ver voor ons onderzoek, maar bieden interessante aanknopingspunten voor vervolgonderzoek over het risicomanagement van ziekenhuizen.

Referenties

- Biocca, M. (2005). Risk communication and the precautionary principle. *Human and Ecological Risk Assessment*, 11, 261-266
- Collopy, B.T. (1999). Public disclosure of health care performance reports: what do we lose in giving information? *International Journal for Quality in Health Care*, 11(2), 93-105
- Davies, H.T.O. (2001). Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. *Quality in Health Care*, 10, 104-110
- Davies, H.T.O., & Lampel, J. (1998). Trust in performance indicators? A system that does not trust people begets people that cannot be trusted. *Quality in Health Care*, 7, 159-162
- Dranove, D., Kessler, D., McClellan, M., & Satterthwaite, M. (2002). Is more information better? The effects of 'report cards' on health care providers. *Online gepubliceerd via The National Bureau of Economic Research*, verkregen op 7 april 2011
- Hibbard, J.H., Stockard, J., & Tusler, M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Affairs*, 22(2)
- Hood, C., Rothstein, H., & Baldwin, R. (2001). The government of risk. Understanding risk regulation regimes. Oxford University Press
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). Het resultaat telt. Ziekenhuizen 2009. Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (g.d. a). Organisatie. Verkregen op 18 april, 2011, van <http://www.igz.nl/organisatie>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (g.d. b). Programma's. Verkregen op 18 april, 2011, van besloten intranet Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Leatherman, S., & McCarthy, D. (1999). Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(2), 93-105
- Luce, J.M., Thiel, G.D., Holland, Swig, L., Currin, S.A., & Luft, H.S. (1996). Use of risk-adjusted outcome data for quality improvement by public hospitals. *WJM*, 164(5)
- Marshall, M.N., Hiscock, J., & Sibbald, B. (2002). Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study. *BMJ*, 325
- Marshall, M.N., Romano, P.S., & Davies, H.T.O. (2004). How do we maximize the impact of the public reporting of the quality of care? *International Journal for Quality in Health Care*, 16(1), 57-63
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Leatherman, S., & Brook, R.H. (2000). The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of evidence. *The Journal of the American Medical Association*, 283(14), 1866-1874

- McCormick, D., Himmelstein, D.U., Woolhandler, S., Wolfe, S.M., & Bor, D.H. (2002). Relationship between low quality-of-care scores and HMOs' subsequent public disclosure of quality-of-care scores. *The Journal of the American Medical Association*, 288(12), 1484-1490
- Mukamel, D.B., Weimer, D.L., Zwanziger, J., Gorthy, S.H., & Mushlin, A.I. (2004). Quality report cards, selection of cardiac surgeons, and racial disparities: a study of the publication of the New York state cardiac surgery reports. *Inquiry*, 41, 435-446
- Narins, C.R., Dozier, A.M., Ling, F.S., & Zareba, W. (2005). The influence of public reporting of outcome data on medical decision making by physicians. *Archives of Internal Medicine*, 165
- Niezen – Van der Zwet, M., Neefjes, F., & Bal, R. (2011). Leren van toezicht. Over effectiviteit van thematisch toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Publicatie door Erasmus Universiteit Rotterdam*
- Oerlemans, M.I.F.J., Lok, D.J.A., Cornel, J.H., Mosterd, A. (2009). One-year mortality after a first visit to a cardiology outpatient clinic: a useful performance indicator? *Netherlands Heart Journal*, 17(2)
- Pallant, J. (2005). SPSS survival manual. Verkregen op 10 september, 2011, van <http://www.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335208908.pdf>
- Poortinga, W., & Pidgeon, N.F. (2003). Exploring the dimensionality of trust in risk regulation. *Risk Analysis*, 23(5)
- Power, M. (2007). Organized uncertainty. Designing a world of risk management. Oxford University Press.
- Sanders, E.A. (2011). Beleidsnotitie 'Het resultaat telt'. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Interne beleidsnotitie.
- Scott, I.A., & Ward, M. (2006). Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *Medical Journal of Australia*, 184(11)
- Schneider, E.C., & Epstein, A.M. (1998). Use of public performance reports. A survey of patients undergoing cardiac surgery. *The Journal of the American Medical Association*, 279(20)
- Schwarzkopf, D.L. (2006). Stakeholder perspectives and business risk perception. *Journal of Business Ethics*, 64, 327-342
- Soberman Ginsburg, L. (2003). Factors that influence line managers' perceptions of hospital performance data. *Health Services Research*, 38(1)
- Summerill, C., Pollard, S.J.T., & Smith, J.A. (2010). The role of organizational culture and leadership in water safety plan implementation for improved risk management. *Science of Total Environment*, 408, 4319-4327
- Thomson, R., & Lally, J. (1998). Clinical indicators: do we know what we're doing? *Quality in Health Care*, 7, 122

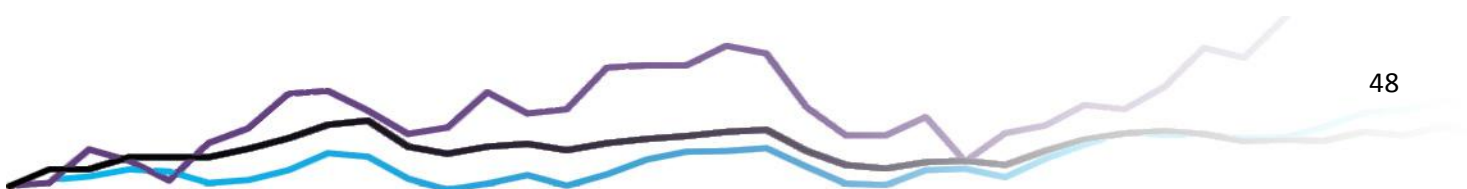
Tu, J.V., Donovan, L.R., Lee, D.S., Wang, J.T., Austin, P.C., Alter, D.A., & Ko, D.T. (2009). Effectiveness of public report cards for improving the quality of cardiac care. *The Journal of the American Medical Association*, 302(21), 2330-2337

Van Aartsen, C. (2011). 'Bizar weinig' specialisten houden functioneringsgesprek. Verkregen op 29 september 2011 van www.zorgvisie.nl

Van den Berg, J.M., Haecck, J., Van der Kolk, M., Den Ouden, L. (2009). (Toe)zicht op ziekenhuizen. Vijf jaar presteren met indicatoren. De Tijdstroom uitgeverij.

Van Erp, J. (2009). Naming en shaming in het markttoezicht. Een onderzoek naar de openbaarmaking van sancties op de financiële markt. Boom Juridische Uitgevers.

Werner, R.M., & Asch, D.A. (2005). The unintended consequences of publicly reporting quality information. *The Journal of the American Medical Association*, 293(10), 1239-1244



Bijlage A: Tabellen en quotes methodedeel

Tabellen operationalisering attitude ten aanzien van risico's in de zorg

Tabel 6.1 Overzicht attitudes bevraagd in de web-based survey

item
1. Risico's geven één perspectief weer op een behandeling
2. De mening van collega's over risico's is belangrijker dan andere informatie over risico's
3. Informatie over risico's verrast het ziekenhuis nooit, deze informatie is impliciet altijd eerder al bekend
4. Als collega's veel aandacht besteden aan een risico ben ik geneigd dat ook te doen
5. Als media veel aandacht besteden aan een risico ben ik geneigd dat ook te doen
6. Ziekenhuizen hebben niet veel invloed op risico's in kwaliteit van zorg
7. Risico's zijn berekenbaar in cijfers
8. Risico's bestaan in de perceptie van mensen
9. Risico's zijn persoonsgebonden
10. Ziekenhuizen kunnen meer doen om risico's te beheersen
11. Ik hecht niet veel waarde aan vergelijkende data over risico's
12. Het publiceren van risico-cijfers heeft geen invloed op de veiligheid in de zorg
13. Positieve informatie over beheerste risico's wordt sneller vertrouwd dan negatieve informatie over beheerste risico's
14. Positieve informatie over beheerste risico's vertrouw ik sneller dan negatieve informatie over beheerste risico's
15. Ziekenhuizen weten welke risico's zij wel/niet beheersen
16. Alleen onderzochte risico's krijgen aandacht
17. Risico's zijn moeilijk te beheersen
18. Ziekenhuizen kunnen hun score gebruiken voor marketing
19. Bij andere ziekenhuizen worden risico's minder goed beheerst*
20. Bij ons worden risico's perfect beheerst*
21. Ik vind het belangrijk dat mijn ziekenhuis behoort tot de ziekenhuizen die risico's het beste beheersen*
22. Ik doe er alles aan om de risico's in mijn ziekenhuis te beheersen*
23. Wij gebruiken informatie over de kwaliteit van zorg in ons ziekenhuis voor marketing*
24. Ik hecht er waarde aan hoog te eindigen in ranglijsten*
25. Ik maak mij zorgen wanneer ik onderaan scoor in een ranglijst*

* Niet gebruikt in web-based survey inspecteurs

Tabel 6.2 Geroteerde componenten matrix: attitudes ten aanzien van risico's in de zorg *

item	beheersing subjectief	kwalitatieve oordelen	omgeving	op hoogte risicobeheersing	risico's objectief	positieve informatie	component 7*
1	-0,3						0,7
2	0,2		0,3			-0,3	0,5
3	0,2	0,7				0,2	-0,3
4	0,7					0,3	
5				0,8			0,2
6			0,9		0,2		
7			0,8		-0,2		
8	0,8						
9					-0,8		
10		0,5	-0,3	-0,3			0,4
11	0,2	0,7					
12	-0,7	-0,2					0,3
13		0,6			0,4		
14	0,4	0,4		0,2	0,5		
15	0,2					0,8	
16		0,3			0,4	0,7	
17				0,8			-0,3

* De ladingen kleiner dan 0,2 zijn niet weergegeven

Tabel operationalisering waardering publicatie

Tabel 6.3 Overzicht items data, publicatie en cultuur

item

Wat vindt u van de data gepresenteerd in 'Het resultaat telt'?

goede kwaliteit
relevant voor mij
relevant voor het ziekenhuis*
relevant voor de ziekenhuizen **
mijn eigen ziekenhuis levert betrouwbare data*
andere ziekenhuizen leveren betrouwbare data*
de ziekenhuizen leveren betrouwbare data **
biedt richting aan de acties die ik kan ondernemen
nauwkeurig
bruikbaar

Wat vindt u van de publicatie het resultaat telt?

rapport is goed te begrijpen
op tijd uitgebracht
wordt breed verspreidt in mijn organisatie
heeft in het verleden geleid tot resultaten
bruikbaar

*Hoe belangrijk zijn de volgende aspecten voor uw ziekenhuis?**

*Hoe belangrijk zijn de volgende aspecten voor de ziekenhuizen?****

prestatiedata over risicobeheersing
data gebruiken voor verbeteringen
kwaliteitsverbeteringen
presteren ziekenhuis op de agenda zetten
kwaliteitsverbeteringen op de agenda zetten
dataverzameling
benchmarking
trends binnen het ziekenhuis

* Vraag alleen gesteld in web-based survey ziekenhuis

** vraag alleen gesteld in web-based survey IGZ

Quotes uit de interviews

Quotes over de attitude ten aanzien van risico's in de zorg

Voor alle categorieën ziekenhuizen is kennis van en het omgaan met indicatoren even belangrijk. Misschien dat perifere ziekenhuizen hier meer mee doen, maar daar heb ik geen duidelijk beeld van. (medisch specialist, streekziekenhuis)

Het lijkt soms alsof academische ziekenhuizen indicatoren iets beter in beeld hebben en ook meer uitvoeren rondom indicatoren. Maar ik weet niet of dit ook echt waar is. Academische ziekenhuizen hebben meer geld en middelen. Er komen steeds meer verwachtingen en verplichting bij voor de ziekenhuizen, zeker op het gebied van kwaliteit. Daar staat niets tegenover. Waarbij de financiële regeling voor ziekenhuizen steeds minder wordt. Het wordt steeds moeilijker. Dus het wordt heel veel werk en het kost heel veel geld. Je hebt niet altijd de mensen en de middelen. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

Ik hoor wel eens dat men bij algemene ziekenhuizen, zeker de kleinere, jaloers is op de academische ziekenhuizen betreft de hoeveelheid personeel die beschikbaar is voor het bekijken van de informatie, en het analyseren ervan. (kwaliteitsfunctionaris, academisch ziekenhuis)

In UMC's wordt het belang van indicatoren meer onderschreven. Hierin werken mensen die intrinsiek gemotiveerd zijn om goede valide metingen betrouwbaar te ontwikkelen. Mensen die daaraan willen trekken werken voor het overgrote deel in de UMC's. Iemand die specialist is geworden en voor een carrière kiest is een heel ander iemand, dan iemand die wil bijdragen aan de ontwikkeling van het vak en preferentieel in de UMC's blijft werken. Je hebt er te maken met een type mens die aanzienlijk minder verdient dan in de andere ziekenhuizen. En die dat accepteert omdat ze kritisch bezig mogen zijn met hun vak, onderwijs en onderzoek doen. Dat zijn mensen die naar het medisch bedrijf kijken van het kan altijd beter. Er is een professionele kijk, het gespiegeld worden, het meten en daaruit volgend verbetercircuits op te zetten. (Raad van Bestuur, academisch ziekenhuis)

Basaal zal er geen verschil bestaan tussen het omgaan met en/of de kennis van 'Het resultaat telt' onder de verschillende ziekenhuizen. Langzaam maar zeker hebben alle doelgroepen in de ziekenhuizen van 'Het resultaat telt' kennis van de publicatie en weten ze dat het bestaat. Ze worden er allemaal ook in de praktijk van alle dag steeds meer mee geconfronteerd. De acceptatie is heel erg toegenomen, het is iets dat mensen kennen, maar waar ze soms wel vragen bij hebben (validiteit). De acceptatie is heel erg toegenomen, het is iets dat mensen kennen, maar waar ze soms wel vragen bij hebben (validiteit). Bij de ziekenhuizen is er een breed draagvlak. Medisch specialisten krijgen echter al heel veel informatie en 'Het resultaat telt' raakt niet altijd aan hun alledaagse werkelijkheid waardoor ze aan het lezen van deze informatie soms misschien wat minder prioriteit geven. (inspecteur)

Het zou mij verrassen als de medisch specialisten in de Academische ziekenhuizen zich meer bewust zijn van indicatoren dan in ons topklinisch ziekenhuis. Het zou juist ook goed minder kunnen zijn in de Academische ziekenhuizen. Veel van de indicatoren zijn ketenaspecten, dat is in de Academische ziekenhuizen niet goed ontwikkeld. Daar is het meer van "ik doe mijn ding, en daarvoor en daarna is het niet meer mijn scope". Daarin lopen ze achter in de gedachtevorming vergeleken bij de topklinische ziekenhuizen. Dat kan ook een bias zijn van mijn eigen vakgroep. In de topklinische

ziekenhuizen wordt altijd naar voren en achter gekeken. Er kan niks voorbij gaan waarin dat niet benadrukt wordt. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

Ik denk dat het verschil in de mate waarin informatie mbt kwaliteit van zorg in het eigen ziekenhuis wordt gebruikt geen verschil tussen ziekenhuizen is, maar een verschil van personen en functies. Kwaliteitsfunctionarissen zijn daar over het algemeen heel veel mee bezig. Bij Raden van Bestuur wisselt dit denk ik. Over verschillen tussen categorieën ziekenhuizen kan ik niet oordelen, daar heb ik geen informatie over. (inspecteur)

De parameters die gekozen zijn, zijn niet onder kritiek. Bij de bredere metingen die door Zichtbare Zorg of de verzekeraars gekozen worden is een hoop ruis. Ik kan me voorstellen dat mensen, kijkend naar al die ruis, iets afstand nemen en denken van ik hoor het wel. Er zijn dan nog zoveel keuzes die gemaakt moeten worden dat de mensen er van uit gaan dat ze later op de hoogte zullen worden gebracht. (Raad van Bestuur, academisch ziekenhuis)

Soms is men het op de werkvloer niet altijd eens met het belang van een indicator en wordt er wel eens te snel gemopperd. Maar over het algemeen wordt het belang er goed van ingezien, als hulpmiddel om de kwaliteit te verbeteren. Er wordt persoonlijk en ook binnen het ziekenhuis altijd een afweging gemaakt op welke indicatoren wordt gestuurd. Men kijkt dan altijd wat het belang van een dergelijke indicator is, voordat er echt op wordt gepland en de hele organisatie erop gericht wordt. (medisch specialist, streekziekenhuis)

Ik merk vaak dat medische staf of dokters vaak zoiets hebben van dit wordt weer opgelegd, dit moet ik weer doen. En het is natuurlijk een professional, en professionals is het altijd lastig iets op te leggen. Maar je merkt gewoon dat ook bij de medische staven het belang gewoon heel duidelijk is. Met het stafbestuur kan je daar heel goed over schakelen. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

Alles wat in 'Het resultaat telt' staat zijn dingen waar de ziekenhuizen continu mee bezig zijn. Er staat niets nieuws in, op beleidsmatig niveau zijn alle onderwerpen wel bekend. Dus of men het rapport nu wel of niet gelezen heeft. Het zijn kwesties waar men het binnen de ziekenhuizen met zijn allen over heeft. Een publicatie als 'Het resultaat telt' is een start en een samenvatting. Het kan als naslagwerk gebruikt worden, hoe zijn ook alweer de gedachten over al die onderwerpen. Het zijn onderwerpen waar ziekenhuizen het over hebben, waar ze continu mee bezig zijn. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

De managementteams op divisieniveau moeten nu ook sturen op kwaliteit, dat is wat de Raad van Bestuur van ze vraagt. Op die manier hoop je dat de specialisten meer betrokken raken bij de indicatoren, maar dat hangt ook heel erg van de soort indicator af. Als je bijvoorbeeld door to needle time hebt, dan zijn artsen betrokken, maar bijvoorbeeld decubitus laten ze aan de verpleegkundigen over. Dat is nogal indicatorafhankelijk. Voorbeeld: Bij pijn meet de verpleegkundige veelal. Maar het zijn de artsen die daarbij beleid moeten uitzetten, vooral als de pijnscores te hoog zijn moeten zij aan de slag met het pijnbeleid. Ze zien het niet meteen als hun eerste prioriteit. Zij zijn soms meer bezig met hun onderzoek en zien dergelijke zaken niet als hun eerste prioriteit, terwijl het wel hun verantwoordelijkheid is. Die bewustwording moet op een aantal fronten nog komen. (inspecteur)

Ik vind wel dat je op zich aan de individuele indicatoren wat hebt en ziekenhuizen dus kunt beoordelen als zij onder een bepaald niveau zitten. Dan hebben de ziekenhuizen wel wat te verklaren, maar in dat verlengde zijn er nog wel meer onderwerpen te bedenken. Ik vind de indicatoren dan natte vingerwerk. Op zich doen de onderwerpen er altijd toe, want je kan ieder onderwerp beoordelen op een norm en als ze daaronder zitten hebben ziekenhuizen iets uit te leggen en dan moeten ze daarop verbeteren. Maar wij zijn toezichthouder en zijn op zoek naar aan welke instellingen we aandacht moeten schenken en aan welke niet. En 'Het resultaat telt' heeft meer tot doel om te achterhalen aan welke aandoeningen of verrichtingen we aandacht moeten schenken. (inspecteur)

Ranglijsten hebben te maken met publiciteit en zullen dan ook meer impact hebben dan 'Het resultaat telt'. Ziekenhuizen ondernemen het eerst actie naar aanleiding van de eigen data en daarna na het inspectiebezoek. Ik weet niet of het is op basis van het inspectiebezoek of dat het op basis van de ranglijsten is. Ziekenhuizen zeggen over de ranglijsten wel dat het niet belangrijk is, maar dat het wel echt voor publiciteit zorgt. (inspecteur)

Er zijn talloze informatielijnen. Informele informatielijnen waardoor je weet waar dingen niet zo goed zijn, of dingen die je hoort in de wandelgangen. Bijvoorbeeld waar je moet opletten, of waar conflicten zijn. Waar conflicten zijn bestaan er altijd risico's in de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Dat is verreweg het belangrijkste informatie en dit is vaak geformaliseerd met meldingstrajecten en klachtentrajecten, commissies, formele kwaliteitsgesprekken en interne audits. Het is meer dan wat je hoort op recepties, maar informele informatielijnen zijn het allerbelangrijkst. (Raad van Bestuur, Academisch ziekenhuis)

Ziekenhuizen kijken vaak alleen naar de interne kwaliteit. Het zijn redelijk gesloten instellingen en ze zijn groot, ze willen niet aan andere ziekenhuizen laten zien dat ze het niet goed doen. (inspecteur)

Quotes over de waardering van 'Het resultaat telt'

De indicatoren zijn bewuste getallen die je ook in je ziekenhuis verspreidt. In dit ziekenhuis is de medisch manager de ingang voor broninformatie binnen de vakgroep, maar dat is zo ontzettend veel. We hebben er nu ook voor gekozen dergelijke cijfers niet meer alleen op vakgroepniveau te verspreiden maar ook op ziekenhuisniveau. Daar maken ze bij elke vakgroep ook een onderwerp van gesprek van in de achtmaands-gesprekken, zodat je ze dan helpt selecteren. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

Er ontbreekt vaak betrouwbare data. De registratiekant moet goed zijn om er valide data uit te krijgen. Dat is nog niet op alle indicatoren het geval. Wanneer je een tool heb binnen het elektronisch patiëntendossier om bijvoorbeeld ondervoeding te screenen, pijn of de lier in kaart te brengen moet dat wel gebruikt worden. Er zijn ook indicatoren die niet zo makkelijk uit de basisadministratie te halen zijn. Op het moment dat er dan goede informatie ontbreekt is het voor een afdeling lastig om te sturen. Bovendien wil een afdeling ook vaker dan één of twee keer per jaar die informatie hebben, dat moet je ze eigenlijk maandelijks kunnen geven. Je bent soms meer dan een jaar bezig met het automatiseren van je indicator en dan is de nieuwe publicatie al uit. Je moet voldoende capaciteit beschikbaar hebben om indicatoren te automatiseren en te zorgen dat je je data kan hebben, dat is lastig. Niet op alle afdelingen is zo een systeem al geïmplementeerd, dan is het onduidelijk hoe de afdeling moeten registreren en of dat dan betrouwbaar is. (kwaliteitsfunctionaris Academisch ziekenhuis)

Het belangrijkste doel van indicatoren is dat de hele kwaliteit omhoog gaat. Uiteindelijk is de basis van al die bronnen hetzelfde, dat zijn de indicatoren. De basis is om de kwaliteit inzichtelijk te maken en te kunnen meten. (medisch specialist, streekziekenhuis)

De publicatie is, zoals hij nu is, te dik voor de gemiddelde specialist of verpleegkundige om door te nemen. Dus je moet zelf, als ziekenhuis, een vertaalslag maken. Je moet de interessante gegevens voor jouw ziekenhuis eruit halen en dat moet je verspreiden. Dat is ook wat in dit ziekenhuis is gebeurd. De publicatie zelf is dus meer een soort naslagwerk, maar het wordt pas interessant voor mensen als ze een vergelijking zien tussen hun ziekenhuis en een aantal andere ziekenhuizen, dan begint het te leven. (kwaliteitsfunctionaris, academisch ziekenhuis)

De indicatoren stonden een beetje in een kwaad daglicht, niet door de Raad van Bestuur, maar door de ranglijsten. Academici hebben al helemaal zoiets, van is het nu wetenschappelijk verantwoord en dan werd het in de koelkast gezet. Terwijl je als kwaliteitsfunctionaris wel weet wat je eraan kan hebben, maar dat werd dan ondergewaardeerd. Er is nog steeds veel uitleg nodig, vooral bij groepen die er nog niet zoveel mee gedaan hebben, waarom indicatoren toch belangrijk zijn. En dat je niet op basis van de uitkomst van een indicator kunt zeggen de kwaliteit van zorg is goed of slecht. Er is nog heel veel uitleg nodig en dat geldt op alle niveaus. (kwaliteitsfunctionaris, academisch ziekenhuis)

Er is een groot verschil met vroeger in het ziekenhuis. Waar je het een paar jaar geleden nooit over kwaliteit had en alleen maar mopperde omdat de data niet goed was, is iedereen nu veel meer bezig met kwaliteit. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

De eigen specialisten kennen de indicatoren heel goed. Op de ICT-indicatoren na. Ziekenhuisbrede indicatoren kennen ze wel, maar de ICT indicatoren niet. Diagnose specifieke indicatoren kennen ze heel goed, die vind ik ook de meest relevante. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

‘Het resultaat telt’ biedt niet voldoende extra informatie tov andere informatiebronnen voor de ziekenhuizen. Dit komt doordat ‘Het resultaat telt’ gemanipuleerde informatie is. Ik heb ooit een lid van een Raad van Bestuur horen zeggen dat het niet moeilijk is goed te scoren op ‘Het resultaat telt’. Men stopt 10.000 euro extra in een indicator en dan scoren ze goed. Ik ben cynisch op de indicatoren omdat er op te sturen is. De indicatoren zeggen niet alles over de kwaliteit van zorg van instellingen. Als ze laag scoren heeft de IGZ een signaal, maar niet meer dan dat. Het aantal indicatoren waarop tot nu toe echt gehandhaafd is, is op één hand te tellen. Meestal vraag je een verklaring en moet je daar genoeg mee nemen. (inspecteur)

Het deel ‘Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag’ wordt gebruikt ter voorbereiding. Er staat bijvoorbeeld in ‘Het resultaat telt’ dat de inspectie vragen stelt bij een score van 100%, als je dat weet kan je twee dingen doen: een lagere score opgeven of alvast opzoeken hoe die score verklaart kan worden. Je weet waarop gestuurd wordt. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)

De specialisten kennen de dingen die voor hun vak relevant zijn, maar alle andere zaken uit ‘Het resultaat telt’ zullen ze niet kennen. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)

Ik kan mij voorstellen dat er binnen de academische ziekenhuizen meer ruimte is om het te hebben over zaken rondom kwaliteitszorg. Dat is echter een aanname. Daar is binnen de academische setting meer ruimte voor dan in kleinere ziekenhuizen. Binnen de Topklinische ziekenhuizen is er ook ruimte voor, maar minder. En ik kan me voorstellen dat het in de streekziekenhuizen overgelaten wordt aan de regionale contacten. Ik kan mij voorstellen dat daar dan de discussies plaatsvinden. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)

Een bestuurder is cruciaal in het sturen van risico's. Als een bestuurder kwaliteit en veiligheid echt belangrijk vindt, zal hij daarop sturen en zal dat doorsijpelen de organisatie in. Je hebt ook bestuurders die het allemaal niet zo nodig vinden. Als je een hele goede Raad van Toezicht hebt die daar periodiek naar vraagt kan dat ook invloed hebben. Als je een hele goede Raad van Bestuur hebt heeft dat veel invloed op het kwaliteit en veiligheidsdenken. (inspecteur)

In ons ziekenhuis worden walkarounds gehouden; tussen de afdeling kwaliteit, de RvB en de maatschappen. Dan hebben ze het over onderwerpen als; wat leeft er, wat zijn de plannen, wat is er mogelijk. Daarin zijn kwaliteit en veiligheid zeker een onderwerp van gesprek. Namelijk wat de speerpunten gaan worden, welke keuzes er gemaakt moeten worden en dat soort zaken. Bij het ene specialisme speelt kwaliteit meer dan bij het andere specialisme. De specialismes waarbij er een actieve wetenschappelijke vereniging is wordt de discussie ook intern binnen het ziekenhuis gevoerd. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

De informatie uit ‘Het resultaat telt’ is belangrijk. De medisch specialist op de werkvloer is zeer in kwaliteit geïnteresseerd. Dat is zijn intrinsieke motivatie. Hij zal kerngetallen als in ‘Het resultaat telt’ ook vertrouwen en vooral geïnteresseerd zijn in zijn eigen score. Maar een publicatie als ‘Het resultaat telt’ is meer voor managers en een medisch specialist zal deze dan ook minder bezien. (Raad van Bestuur, academisch ziekenhuis)

Bestuurders willen een overall beeld krijgen hoe de cijfers van het ziekenhuis zijn gerelateerd aan het landelijk beeld. Kwaliteitsfunctionarissen en leden van de Raad van Bestuur zullen eerder deze

informatie willen weten als Medisch Specialisten. Om te weten hoe ze scoren, maar ook om zich eventueel voor te bereiden op vragen van de inspectie. Medisch Specialisten zijn meer bezig met vakinhoud en de indicatoren moeten dat maar net raken. (inspecteur)

Meldingen geven veel informatie over hoe er in een ziekenhuis om wordt gegaan met een calamiteit, losstaand van de ernst van de calamiteit. Het geeft iets weer over de transparantie die het ziekenhuis zich toekent, en het geeft wat weer over het kwaliteitssysteem. Uit analyse en uit de borging kan je merken hoe een ziekenhuis omgaat met het kwaliteitssysteem. Dat zal dan niet alleen voor calamiteiten gelden, maar ook voor andere procedures in het ziekenhuis. (inspecteur)

‘Het resultaat telt’ en de vergelijking met de resultaten met de topklinische ziekenhuizen en de vergelijking met de ziekenhuizen uit de regio hebben veel waarde. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)

Een Raad van Bestuur kijkt algemeen en als medisch specialist kijkt men vaak naar het eigen terrein. Er zijn indicatoren en onderwerpen die niet op het terrein van de medisch specialisten zitten. Waarbij er ook ongelooflijk veel informatie afkomt op de specialisten. Ze maken verschil in wat ze lezen en niet. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

Alle afdelingen krijgen ‘Het resultaat telt’. Bij het contact tussen de Inspectie en het veld, op het hoogste niveau, is een grote acceptatie met betrekking tot ‘Het resultaat telt’. Bij dit contact zijn betrokken: iemand van de Orde, iemand van de FEZ (van een topklinisch ziekenhuis) iemand van de academische ziekenhuizen. (Raad van Bestuur, academisch ziekenhuis)

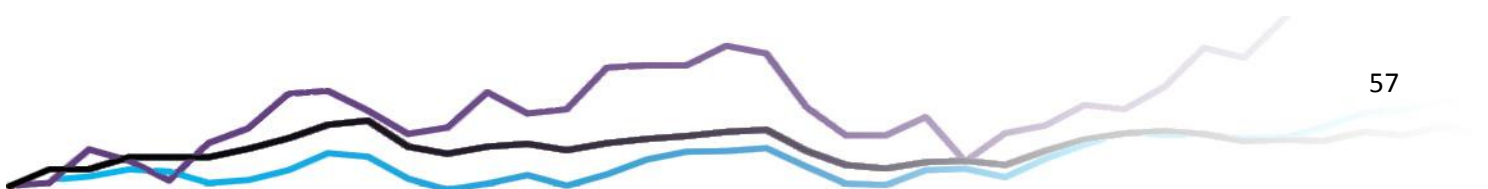
Belangrijk is ‘hoe risicovol zijn de processen’ oftewel is de Raad van Bestuur in staat zijn eigen risico’s te detecteren en deze te verbeteren. In een ziekenhuis waar de cultuur niet deugt probeer ik de Raad van Bestuur ervan te overtuigen dat in hun ziekenhuis nog te veel wordt toegedekt. Dan ga ik niet op de cijfertjes in, maar zeg ik bijvoorbeeld het valt me op dat op afdeling x zo slecht gescoord wordt. (inspecteur)

Kwaliteit speelt meer en meer onder de professionals. Wat zij belangrijk vinden is dat een indicator ook echt iets zegt over hun kwaliteit van zorg, over dat wat de zorg echt direct raakt. Een indicator die echt wat zegt is bijvoorbeeld het percentage screening op ondervoeding per afdeling. Dit zegt echt iets over de kwaliteit van zorg van die afdeling. (kwaliteitsfunctionaris, academisch ziekenhuis)

Je kijkt toch zelf naar de kwaliteit. Dat laat je niet door een externe partij doen. Je wilt toch de beste zijn in je borstkankeroperaties. Kwaliteitsverbetering is vooral inspectiegedreven en te weinig vanuit de intrinsieke motivatie. Ik wil dat dat veranderd. Daarom hecht hij belang aan de feedback van de verzekeraar want dat zijn de klanten. Bij de andere ziekenhuizen zal het nog vooral inspectiegedreven zijn. Men is niet fundamenteel gedreven door kwaliteitsverbetering. Dit probeert hij te stimuleren door te kijken naar de zorgtrajecten. Uiteindelijk is marktwerking het beste mechanisme om sturen dat kwaliteitsverbetering intrinsiek gemotiveerd zijn. Het gebeurt wel, mensen willen ook wel goed werken, maar men kijkt niet regelmatig om zich heen hoe ze het beter zouden kunnen doen. Het heeft ook met informatievoorziening te maken, specialisten hebben het te druk en pakken alleen de dingen op die op dat moment van belang zijn. (Raad van bestuur, streekziekenhuis)

Ik denk dat het verschil in kennis van en omgaan met indicatoren vooral wordt bepaald door de betrokkenheid van de personen bij kwaliteit en dat dit niet veroorzaakt wordt door de categorie ziekenhuis. De cultuur van het ziekenhuis heeft invloed, dit heeft te maken met hoe gewend men is informatie omtrent kwaliteit met elkaar te delen. De managementlaag zal de publicatie 'Het resultaat telt' goed bestuderen, maar het is de vraag in hoeverre dit doordringt in de organisatie. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

De afweging is steeds, strategie, beleid, uitvoering. En dat is op alle afdelingen. Wanneer de RvB een keuze maakt heeft dat ook invloed voor de afdelingen. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)



Quotes over de intentie tot risicomanagement

Het sturen op risico's is niet zo moeilijk. Maar daar vervolgens effect op zien is een tweede. Hetgeen je bedenkt moet uiteindelijk wel meetbaar zijn. Om de hele cyclus goed voor elkaar te krijgen is een uitdaging. In ons ziekenhuis wordt gekeken waar de risico's voor het ziekenhuis liggen, afdelingen die dat betreft worden medeplichtig gemaakt aan het probleem. Dan gaan er een aantal mensen makkelijk mee, die er ook over na gaan denken. Om het vervolgens geïmplementeerd te krijgen is een moeilijke stap. Dat dit lastig is kan liggen aan de cultuur, het gevoel dat het extra werk is en het ontbreken van de overkoepelende blik. Men kijkt dan meer op de korte termijn, dat ze al zoveel werk hebben, maar kijken niet naar wat het uiteindelijk zal opleveren. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

Scoren en sturen op de indicatoren is niet zo moeilijk, dat gaat vrij goed. Daar wordt op gemonitored. Voorbeeld: het ziekenhuis scoort slecht op colorectale heroperaties: Dat wordt besproken met de specialist en dan geven ze aan wat ze eraan doen om dat te verbeteren. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

Het sturen op risico's op indicatorniveau is goed te doen. Het geeft de mogelijkheid gericht te sturen op risico's. Als alles dan in orde is, en de indicator is goed geïmplementeerd merk je ook dat er weer nieuwe indicatoren worden uitgepikt. (medisch specialist, streekziekenhuis)

Het lastige van sturen op risico's is dat je niet op alles invloed hebt. Daar waar je te maken hebt met afstemming met andere afdelingen, of met budget dat je aan moet vragen en waarvoor je goedkeuring moet krijgen wordt het lastiger te sturen op risico's. De risico's die binnen de eigen 'circle of control' vallen worden makkelijk aangepast. Aanschaf van zaken is ook geen groot probleem, gedragsverandering is alweer moeilijker te bewerkstelligen. Of wanneer een heel proces opnieuw ingericht moet worden vraagt dat ook veel meer inspanning. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)

Het is niet lastig om binnen het ziekenhuis te sturen op risico's. Ik heb er niet echt een beeld van of het voor verschillende ziekenhuizen lastig is om te sturen op risico's. Je weet dat het soms moeilijker is. Het is het overleg dat plaatsvindt tussen de Raad van Bestuur en de medische staf. Waar kunnen we wat verbeteren en veranderen. Bij sommige ziekenhuizen is het soms lastig om met de medische staf zaken goed af te spreken. Je hebt bestuurders die dat niet altijd even goed of hard durven, maar ik denk dat het overal wel een beetje hetzelfde is. En ik merk vaak dat medische staf of dokters vaak zoiets hebben van dit wordt weer opgelegd, dit moet ik weer doen. En het is natuurlijk een professional, en professionals is het altijd lastig iets op te leggen. Maar je merkt gewoon dat ook bij de medische staven het belang gewoon heel duidelijk is. Met het stafbestuur kan je daar heel goed over schakelen. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

Als ziekenhuisbrede indicatoren op afdelingsniveau de juiste kleur worden gegeven worden ze net zo belangrijk gezien als een indicator als colorectale heroperaties. Je moet het op maat op een afdeling geur en kleur geven. Dit wordt op maatwerk ingericht. Het achterliggende proces zal hetzelfde zijn, op het laatste moment wordt gesplitst in de communicatie. (medisch specialist topklinisch ziekenhuis)

Vanuit het ziekenhuis is er een kwaliteitscommissie binnen de Medische staf. Die heeft gezamenlijk met het ziekenhuis een commissie kwaliteit. In de commissie kwaliteit wordt een plan van aanpak

gemaakt hoe het jaar daarop gestuurd gaat worden op kwaliteit. Voor zo een plan van aanpak kijkt men waar het ziekenhuis tekort schiet op indicatoren. Daar wordt dan bijvoorbeeld extra personeel op ingezet, of er wordt gekeken of er extra registratie moet plaatsvinden. Wat ze het meeste tegenkomen is dat ze niet voldoende op de hoogte zijn van de resultaten van zorg, dat heeft te maken met de ICT of de registratielast. Dan wordt gekeken hoe ze daar op moeten sturen. Als uitkomsten van zorg niet goed zijn, wordt er op maatschappniveau naar gekeken. (medisch specialist streekziekenhuis)

Die acties gebeuren samen met de dokters. Het is geen ziekenhuisexerctie. Je moet de doktoren er wel bij betrekken anders gebeurt er niks. Het ziekenhuis heeft hetzelfde belang als de dokters, namelijk dat de patiënt zo goed mogelijk geholpen wordt. En daar kruis je elkaar. Maar het plan van aanpak moet wel van de dokters komen. Je moet de data geven en zorgen dat de doktoren gemotiveerd zijn om wat te doen en een plan van aanpak te maken. Je moet dus niet een plan van aanpak geven, want dan vinden ze toch allemaal dat de zaken niet kloppen. En dan werkt het ook gewoon niet. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

Het is lastig om te sturen op risico's, omdat het van onderen moet komen. Dat het belangrijke voordelen heeft op de vloer dat moet je duidelijk maken en dan moeten mensen het zelf doen. Het is lastig omdat de cultuur er niet zo is en je die moet veranderen. Je moet niet zeggen "het moet", maar "het is beter als we dat veranderen en hoe kunnen we dat doen?". Heel lang keek er niemand naar wat de professional in zijn spreekkamer deed, dat is ook wennen. Soms is het voor jongere doktoren ook wel eens makkelijker dan voor oudere doktoren. De ene dokter is ook wat meer veranderingsgezind dan anderen. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

Men gebruikt de data met name om te kijken of de uitkomst van belang is. Als het een slechte uitkomst is vindt het ziekenhuis het belangrijk, daarna kijken ze of het haalbaar is de uitkomst te verbeteren. Welke investeringen of veranderingen zijn er nodig om het resultaat te bereiken en is het belang ervan dan groot genoeg. Dat wordt plaatselijk afgewogen. Het proces om dat te besluiten is een lang proces. Als de resultaten bekend zijn geeft de kwaliteitscommissie een advies aan de Raad van Bestuur, die daar dan verder mee gaat. Vervolgens gaat het dan weer terug naar de kwaliteitscommissie om het verder uit te zetten. (medisch specialist, streekziekenhuis)

De kwaliteitsverbeteringen worden binnen de specialismes neergelegd. Zij moeten dat zelf oppakken en het kwartaal erna rapporteren wat het plan is en hoe ze dat gaan meten. Alle afdelingen hebben een jaarplan, voortgekomen uit het Nias verbeterplan, en dat wordt gevuld met punten die uit de indicatoren, inspecties, klachten en claims en interne audits komen. Afdelingen maken een verzameling van waar ze allemaal mee aan de slag moeten, daar moeten ze een keuze in maken. Het ziekenhuis probeert te promoten dat de ziekenhuizen de verbeterpunten centraal verzamelen binnen een specialisme eenheid/afdeling. Daar staat een sectormanager boven met een medisch manager ter ondersteuning. Daar worden de verbeterplannen neergelegd en ingevuld. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)

De lijn stuurt op risico's, dat doe ik niet. Dat is een verantwoordelijkheid van de lijn. Ik signaleer en adviseer, dat doe ik aan de lijn. Ik merk dat ze er soms wel eens moeite mee hebben op de risico's te sturen. Als het niet verbetert is, is er ergens iets fout gegaan. (kwaliteitsfunctionaris, academisch ziekenhuis)

Mijn indruk is dat het aantal acties op basis van 'Het resultaat telt' laag is. Ik zeg ook intern dat ik niet wil dat alleen maar de inspectie en dergelijke bronnen gevolgd worden. Het ziekenhuis moet zijn eigen verantwoordelijkheid nemen in wat goed is en wat niet goed is, en daar zijn de richtlijnen van de inspectie er één van. Het is nu ook in de strategie verwoord dat we per zorgtraject willen kijken hoe de kwaliteit en dergelijke verloopt en dat als belangrijkste sturingsmiddel gebruiken om de kwaliteit te verbeteren. Het ging teveel vanuit de algemene indicatoren. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

Indicatoreninformatie waarin je duidelijk ziet waar je ziekenhuis staat, daar gebeurt het meest mee. Dat is toch wel oppervlakkige informatie, maar dat is iets wat aanspreekt. Het komt misschien ook doordat dat nu speelt, de publicatie is net uit. Dus als je het over een half jaar nog een keer vraagt, is het misschien wel weer wat anders dat speelt. (medisch specialist, topklinisch ziekenhuis)

Als de publicatie laat uitgebracht wordt, wordt 'Het resultaat telt' meer gebruikt voor een signaalfunctie. Ik weet geen voorbeeld dat we daadwerkelijk actie hebben ondernomen op 'Het resultaat telt'. Meestal vind de actie toch eerder plaats. Je hoopt dat je eerder signalen krijgt dat je wat met je zorg moet doen, dan wanneer 'Het resultaat telt' uitkomt. (kwaliteitsfunctionaris, topklinisch ziekenhuis)

Als ziekenhuizen heel slecht scoren zullen ze dat wel oppakken. Het heeft ook veel te maken met de individuele belangstelling voor bepaalde onderwerpen van ziekenhuizen en medewerkers. Op basis daarvan zijn dergelijke zaken soms makkelijker op te pakken. (inspecteur)

Je kan als inspecteur alleen heel effectief optreden in het geval van een calamiteit, dan zijn de ziekenhuizen bereid over de grenzen te kijken. Je bereikt meer in het geval van een calamiteit dan bij een algemeen gesprek over de indicatoren. Dat is voor de inspecteurs een dilemma. Het is zaak op het goede moment het goede te zeggen en te doen. Je moet wel het moment kiezen. (inspecteur)

Het is makkelijker te sturen op meer gerichte indicatoren dan op ziekenhuisbrede indicatoren. Daarom heb ik sympathie voor de inspectie. Ik heb steun aan de buitenwereld die ook vindt dat dergelijke processen verbeterd moeten worden, terwijl men in huis meer bezig is met het verbeteren van bepaalde ingrepen. Dat zijn de moeilijke punten in risicomanagement. (Raad van Bestuur, academisch ziekenhuis)

In alle ziekenhuizen wordt anders omgegaan met risicomanagement. Het kennisniveau met betrekking tot kwaliteit en veiligheid is vrij divers. Eén van de ziekenhuizen waar ik toezicht op hou is heel proactief en ik wordt altijd geïnformeerd. Dat geeft veel vertrouwen. En het is niet dat er dan niks gebeurt in het ziekenhuis, maar dan bellen ze meteen. Sommige ziekenhuizen zijn heel wantrouwend. Dus daar probeer je vertrouwen te winnen, je legt uit dat je een gezamenlijk doel nastreeft. En dat je juist wat voor ze kan betekenen voor kwaliteitsverbetering. Je moet als inspecteur ook redelijk zijn en een bepaalde realiteitszin hebben. Je moet ziekenhuizen tijd gunnen naar iets toe te werken, je moet daarin niet te slap, maar ook niet te rigide zijn. (inspecteur)

Uiteindelijk heeft alles wel met elkaar te maken. Met de indicatoren. Omdat ziekenhuizen het ook jaarlijks moeten opleveren ben je er natuurlijk wel mee bezig en volg je het. Of dit allemaal naar aanleiding van 'Het resultaat telt' is dat weet ik niet. Maar er wordt vaak actie ondernomen naar aanleiding van de indicatoren. (Raad van Bestuur, streekziekenhuis)

Ziekenhuizen moeten in het kader van veiligheid een aantal prospectieve risicoanalyses doen op risicovolle processen en je ziet dat sommige ziekenhuizen dat heel goed oppakken. Die identificeren een heleboel processen of deelprocessen die risicovol zijn voor de veiligheid van de patiënt. Ze gaan die risico's beheersen. Maar andere ziekenhuizen zie je daar heel moeizaam mee op gang komen. Terwijl hun daar allemaal ondersteuning bij wordt geboden. Het is heel vaak financieel risicomanagement dat ze beheersen, maar daar waar ze voor zijn: de kwaliteit van zorg en op zoek gaan naar waar in de instelling de veiligheid van de patiënt het meest bedreigd wordt, dat zie je ze niet doen. Terwijl je dat wel zou moeten verwachten. Dat het in sommige ziekenhuizen heel makkelijk opgepakt kan worden en in andere ziekenhuizen niet, heeft te maken met leiderschap, Het is puur de manager of de Raad van Bestuur die dat ziet als heel belangrijk en als core business, dat uitdraagt in de organisatie en daar ook op inzet. Maar je ziet ook Raden van Bestuur die toch teveel afstand houden van de inhoud van de zorg en teveel bezig zijn met de stenen en het geld. Dan vind er te weinig risicobeheersing op de zorginhoud plaats. (inspecteur)

De Raad van Bestuur is vaak niet goed op de hoogte van wat er in de eigen interne organisatie speelt. Het is een grote organisatie, daar zitten een aantal managementlagen tussen. Als manager wil je niet dat je baas weet dat je de zaak niet altijd goed onder controle hebt. Daardoor wordt de Raad van Bestuur lang niet altijd goed op de hoogte gehouden. Door extra management in de ziekenhuizen door het middelmanagement ontstaat demping van informatie. Het gebeurt regelmatig dat je als inspecteur dingen weet, die de Raad van Bestuur nog niet weet. Dit heeft vooral te maken met de grootte van het ziekenhuis en de transparantie van de Raad van Bestuur, maar ook dat medisch specialisten geneigd zijn problemen niet voor te leggen aan de Raad van Bestuur en slechts met met hun maatschap te delen. (inspecteur)

Van ongeplande inspectiebezoeken komt altijd een rapportage en dat vertaalt zich altijd in een aantal verbeterpunten. En daar komt ook altijd weer een plan van aanpak van. Alle instrumenten die de Inspectie gebruikt binnen ons ziekenhuis en alle informatie die je krijgt worden als bron gezien om het ziekenhuis weer te kunnen verbeteren op bepaalde onderwerpen, dat kunnen thema's zijn of indicatoren. (kwaliteitsfunctionaris, academisch ziekenhuis)