

Kwaliteit, disciplineren en sturing

Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen

Lia de Vos

In een tijdbestek van 25 jaar heeft de kwaliteit van ziekenhuiszorg veel veranderingen ondergaan; de integrale verantwoordelijkheid voor kwaliteit is toebedeeld aan ziekenhuisbestuurders, medisch specialisten worden geacht hun zorguitkomsten transparant te maken, zorgverzekeraars moeten onderhandelen over de zorgkwaliteit en van patiënten wordt verwacht dat zij de beste zorg kiezen.

Dit proefschrift plaatst de kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen in een bredere en dynamische context van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen en gaat in op de achtergronden en institutionalisering van deze veranderingen.

Na de formulering van een theoretisch analysekader wordt de geschiedenis van de kwaliteitsontwikkelingen in ziekenhuizen in de 19e en de 20e eeuw in kaart gebracht. Vervolgens vindt een analyse plaats van de ontwikkeling en invloed van vijf landelijke kwaliteitsactiviteiten in de periode 1985 – 2012: richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisite, ziekenhuisaccreditatie, patiëntenenquête en de ontwikkeling van indicatoren.

Met dit proefschrift beoogt de auteur het inzicht te vergroten hoe veranderingen in de vormgeving van de kwaliteit van ziekenhuiszorg tot stand zijn gekomen en welke factoren deze veranderingen hebben beïnvloed. Hiermee draagt zij bij aan een betere inbedding van toekomstig kwaliteitsbeleid.

Lia de Vos studeerde in de jaren tachtig sociologie, richting Planning en Beleid. Thema van haar afstudeeronderzoek was de kwaliteit in de zorg. Als hoofd Kwaliteitsbeleid en als directeur Kwaliteit, Product- en Marktontwikkeling heeft ze in de periode 1989 - 2007 de vormgeving van de ziekenhuiskwaliteit van zeer nabij meegemaakt. Geïntrigeerd door de veranderingen besloot ze tot een historisch sociologisch onderzoek, dat uitmondde in een dissertatie.

Kwaliteit, disciplineren en sturing

“Hoe valt het te rijmen dat al deze processen uit niets anders bestaan dan handelingen van individuele mensen, terwijl in de loop daarvan toch instituties en formaties ontstaan, die in hun uiteindelijke vorm door geen van die individuen afzonderlijk bedoeld of gepland waren?”
(Elias 1982)

de Vos, C.

Kwaliteit, disciplineren en sturing

Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen

Proefschrift Erasmus Universiteit Nederland

© C. de Vos, 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur

ISBN: 978-90-6464-756-7

Fotografie- en omslagontwerp: Frank van den Ham

Drukkerij: GVO drukkers & vormgevers B.V. Ede

Kwaliteit, disciplineren en sturing

Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving
van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen

Quality, discipline and governance

A historical sociological study into the design
of quality of care in hospitals

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus Prof.dr. H.A.P. Pols
en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
donderdag 15 mei 2014 om 13.30 uur

door
Cornelia de Vos
geboren te Vlaardingen



Promotiecommissie

Promotor: Prof.dr. R.A. Bal

Overige leden: Prof.dr. P.L. Meurs
Prof.dr. N.S. Klazinga
Prof.dr. E.H. Tonkens

Co-promotor: Dr. A.M.V. Stoopendaal

Inhoud

DEEL I Verkenning en methodologie

Hoofdstuk 1	Introductie	I
Hoofdstuk 2	Praktijkervaringen	15
Hoofdstuk 3	Theoretisch kader	31
Hoofdstuk 4	Methodologie	43

DEEL II Historie kwaliteitsontwikkeling en analyse regulerende patronen

Hoofdstuk 5	Periode 1800 → 1985	55
Hoofdstuk 6	Periode 1985 → 2012	77

DEEL III Historie en analyse landelijke kwaliteitsactiviteiten

Hoofdstuk 7	Richtlijnontwikkeling	109
Hoofdstuk 8	Kwaliteitsvisitatie	125
Hoofdstuk 9	Ziekenhuisaccreditatie	139
Hoofdstuk 10	Patiëntenenquête	157
Hoofdstuk 11	Indicatorontwikkeling	173

DEEL IV Conclusies

Hoofdstuk 12	Conclusies, reflectie en inzichten	199
--------------	------------------------------------	-----

Literatuur	221
Afkortingen	230

Bijlagen	233
----------	-----

Samenvatting	243
Summary	251

Dankwoord	259
Over de auteur	261

Deel I

Verkenning en methodologie

Hoofdstuk 1	Introductie	I
Hoofdstuk 2	Praktijkervaringen	15
Hoofdstuk 3	Theoretisch kader	31
Hoofdstuk 4	Methodologie	43

Introductie

1.1 Inleiding

Kwaliteit is van oudsher een motor voor innovaties in diagnosestelling en behandeling door de arts en daarom ook altijd een vanzelfsprekend onderdeel geweest van het medisch beroep. Pas in de 19^e eeuw, wanneer de geneeskunde een academische professie wordt (Freidson 1970), patiënten object worden van wetenschappelijke onderzoek (Foucault 1986) en artsen zich gaan verenigen in een landelijk collectief, wordt 'Kwaliteit van zorg' een specifiek, afzonderlijk thema. Gedurende de 19^e en het grootste deel van de 20^e eeuw blijft het vanzelfsprekend dat 'de dokters' verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de medische zorg. Pas in de laatste decennia van de 20^e eeuw verandert dit. Niet alleen begint de overheid zich in toenemende mate te bemoeien met 'de kwaliteit van de medische zorg', ook andere partijen gaan hierbij een rol spelen.

De snelle medische ontwikkelingen, de almaar uitdijende zorgvraag, de toenemende onderlinge afhankelijkheid van professionals, het stijgende aantal ondersteuningsfuncties, de veranderende rol van patiënten, de kritische blik naar professionals en het steeds grotere beslag van de zorgkosten op het nationaal inkomen, dit alles vraagt om oplossingen die men in belangrijke mate denkt te vinden in de verbetering en borging van de kwaliteit van zorg. Daardoor ontstaan verschuivingen in verantwoordelijkheden en in de mate waarin belang wordt gehecht aan verschillende aspecten van kwaliteit, ook neemt het aantal controle-instrumenten en -systemen gericht op de kwaliteit van zorg sterk toe.

In dit proefschrift onderzoek ik vanuit historisch-sociologisch perspectief de veranderingen in de manier waarop de afgelopen decennia de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen vorm heeft gekregen en waardoor deze veranderingen zijn beïnvloed.

In deze introductie sta ik eerst stil bij mijn motivatie voor het thema van dit promotie-onderzoek (paragraaf 1.2). Vervolgens ga ik in op de discussie over de betekenis van kwaliteit, de verschillende aspecten van kwaliteit en het perspectief van waaruit kwaliteit wordt beoordeeld (paragraaf 1.3). Na de afbakening van het onderzoek (paragraaf 1.4) worden in paragraaf 1.5 de probleem-, doel- en vraagstelling beschreven. Vervolgens licht ik de gevolgde werkwijze toe, de manier waarop het onderzoek zich onderscheidt van en verhoudt tot andere studies op dit terrein en de verwachtingen over de toepassing van de resultaten (paragraaf 1.6). In de laatste paragraaf (1.7) geef ik een overzicht van de opbouw van het boek.

1.2 Motivatie voor het onderzoek

In 2007 keek ik terug op twee decennia werk gericht op de kwaliteit in de gezondheidszorg en vroeg ik mij af wat de uiteindelijke opbrengst was van de tijd en energie die ik, samen met vele anderen, in dit onderwerp had gestoken. In die werkperiode heb ik voortdurend geprobeerd grip te krijgen op het thema kwaliteit en vele beleidsstukken en projectvoorstellen geschreven met als doel kwaliteit in het ziekenhuis op de agenda's te krijgen van directie, management en professionals.

In de loop der tijd zijn in de ziekenhuizen waar ik gewerkt heb vele kwaliteitsactiviteiten opgezet en uitgevoerd, variërend van het ontwikkelen van een ziekenhuisprotocol tot een traject waarin de hele patiëntenroute in het ziekenhuis in kaart werd gebracht en waarin alle afdelingen participeerden. Daarnaast werd deelgenomen aan verschillende landelijke kwaliteitsactiviteiten, zoals het project Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen, het Ziekenhuis Vergelijkingssysteem van de Consumentenbond en het kwaliteitsonderzoek van MediRisk¹. Terugkijkend vroeg ik mij af wat er gebeurd was met de vele enthousiast gestarte interne en externe kwaliteitsprojecten die nu vrijwel geheel uit zicht waren verdwenen. De manier waarop met kwaliteit in het ziekenhuis werd omgegaan bleek in de loop der tijd een duidelijke verandering te hebben ondergaan.

Begin jaren negentig werd veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de organisatie. Het ging dan vaak over allerlei voorwaardenscheppende zaken voor de patiëntenzorg, zoals de inrichting van de polikliniek, het verminderen van de wachttijden in het ziekenhuis, de ontwikkeling van patiëntinformatiefolders en het verhogen van de privacy. In die periode was 'de patiënt centraal' het motto waarmee in den lande de aandacht voor de kwaliteit in de ziekenhuizen werd gepositioneerd.

In de tweede helft van de jaren negentig ging steeds meer aandacht uit naar de logistiek van het zorgproces in het ziekenhuis. De eerder genoemde facilitaire zaken speelden hierbij nog wel een rol, maar de onderlinge afstemming van de verschillende afdelingen en medewerkers in het hele zorgproces werd steeds belangrijker. Het motto in die periode was 'integrale zorg'.

In de 21^e eeuw werd de invloed van externe eisen op de aandacht voor kwaliteit in het ziekenhuis steeds sterker. Partijen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, maar ook internetsites als 'Kiesbeter', vroegen steeds vaker om data aan te leveren. Gegevens die varieerden van het aantal beschikbare parkeerplaatsen tot en met de praktische uitvoering van medische behandelingen.

Tot die tijd overheerste in het ziekenhuis het beeld dat de inhoudelijke professionele kwaliteit de verantwoordelijkheid was van de medische beroepsgroep, maar de vele externe verzoeken om kwaliteitsgegevens aan te leveren deden dit beeld verschuiven. De raad van bestuur werd verantwoordelijk gesteld voor de aanlevering van gegevens over de medische kwaliteit en deze werd er ook direct op aangesproken als resultaten niet aan de externe

¹ Medische aansprakelijkheidsverzekeraar

normen voldeden. Als gevolg hiervan groeide de intermediaire rol van het bestuur van de medische staf tussen de raad van bestuur van het ziekenhuis en de medische maatschappen. De druk van het stafbestuur op de maatschappen nam toe, bijvoorbeeld om complicaties te registreren en gegevens aan te leveren voor de prestatie-indicatoren van de IGZ. Zo werden externe beoordelingen steeds meer richtingbepalend voor de interne aandacht in het ziekenhuis voor kwaliteit.

Een andere belangrijke ontwikkeling in de 21^e eeuw was de toename van het aantal landelijke kwaliteitsprogramma's, met als gevolg een afname van de intern geïnitieerde kwaliteitsprojecten. Landelijke trends werden meer bepalend dan de eigen interne behoefte aan kwaliteitsverbeteringen. Gesprekken met kwaliteitsfunctionarissen wezen op vergelijkbare patronen in andere ziekenhuizen, maar de consequenties voor de kwaliteit van de zorgverlening bleef onduidelijk. Wij zagen wel dat de aandacht verschoof, maar niet wat dit concreet betekende.

Als socioloog vroeg ik mij af *waarom* bepaalde ontwikkelingen in de manier waarop 'kwaliteit' vorm had gekregen tot stilstand waren gekomen en waarom andere juist van start waren gegaan of versterkt waren. Hoe kunnen we deze veranderingen verklaren? Welke rol speelden de verschillende actoren in de zorg, zoals de overheid, de medische beroepsgroep, de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties? En wat is de samenhang tussen veranderingen in de vormgeving van kwaliteit en bredere maatschappelijke ontwikkelingen?

Antwoorden op deze vragen bleken niet eenvoudig te vinden. Er waren wel deelevaluaties van projecten (Degenaar 1995, Gezondheidsraad 2000, Lombarts 2005, Berg, et al. 2009, NFU 2010) en evaluaties van nieuwe wetgeving (Friele 1999, Dute 2000, Savornin Lohman 2000, Casparie, Legemaate, et al. 2001, Cuperus-Bosma 2002) beschikbaar, evenals onderzoek naar het gebruik van kwaliteitssystemen in ziekenhuizen (Sluijs en de Bakker 1992, Wagner en de Bakker 1995, Sluijs en Wagner 2000, Keijser, Sluijs en Wagner 2005). Maar deze onderzoeken gaven geen antwoord op de vraag *waarom* bepaalde verschuivingen hadden plaatsgevonden in de vormgeving van kwaliteit in ziekenhuizen. Onderzoek in de jaren negentig naar de onderliggende drijfveren van partijen en individuen bij deze vormgeving leverde wel een algemeen beeld op (Scholten 1994, Klazinga 1996, van Herk 1997, Harteloh 2000). Maar onderzoek van na de eeuwwisseling gericht op de algemene ontwikkelingen in Nederland rondom de (veranderingen in de) vormgeving van kwaliteit van ziekenhuiszorg heb ik niet kunnen vinden. Dit bracht mij tot het besluit om zelf nader onderzoek te gaan doen.

In de verkennende fase heb ik eerst een persoonlijk historisch overzicht gemaakt, een autobiografische terugblik op mijn eigen ervaringen met en herinneringen aan twintig jaar kwaliteitsmanagement, waarbij ik zoveel mogelijk gebruik heb gemaakt van beschikbare beleidsvoorstellen en -rapportages, onderzoeksverslagen en evaluatierapporten, interne en externe presentaties en kwaliteitsjaarverslagen. Op basis van dit persoonlijk verslag heb ik mijn eerste onderzoeksvragen geformuleerd: 'Hoe heeft de kwaliteit van de ziekenhuiszorg zich ontwikkeld?' en 'Welke rol hebben de verschillende partijen in de zorg hierbij gespeeld?'

I.3 Het begrip kwaliteit

Velen hebben geprobeerd het begrip 'kwaliteit' te definiëren, maar dit heeft geen uitkomst opgeleverd waar eenieder mee kan instemmen. Kwaliteit blijkt net als 'vrijheid', 'vertrouwen' of 'geluk' een zogenaamd containerbegrip te zijn, dat zich niet in een algemene definitie laat vangen. Iedereen heeft ongeveer hetzelfde gevoel bij deze begrippen, maar ze hebben ook altijd een individuele, persoonlijke lading. Daarom heb ik zelf niet nog eens een poging gewaagd om tot een definitie te komen.

Voor dit onderzoek is het bovendien belangrijker om te achterhalen *hoe* het begrip kwaliteit in de loop der tijd is ingevuld dan een vaststaande definitie als uitgangspunt te nemen. Door een begrip te definiëren worden immers tevens de grenzen ervan aangegeven en tot op zekere hoogte bepaald wie 'eigenaar' is van het specifieke fenomeen (Gusfield 1981). Door juist niet een vaststaande definitie als startpunt te nemen creëer ik meer ruimte om een antwoord te vinden op de vraag *hoe* de ontwikkeling van kwaliteit in ziekenhuizen heeft plaatsgevonden.

Wel zal ik het begrip kwaliteit nader verkennen, zodat bij beschrijvingen of conclusies dezelfde aanduidingen of verwijzingen kunnen worden gebruikt. Daarom kies ik voor de omschrijving van kwaliteit van zorg door de NRV uit 1986 (Nationale Raad van de Volksgezondheid). De NRV heeft vijftien verschillende *aspecten* van kwaliteit benoemd (NRV 1986) en geordend in drie clusters: (1) organisatorische kwaliteit, (2) kwaliteit van de attitude en (3) kwaliteit van het methodisch technisch handelen (ook wel professionele kwaliteit genoemd).

Clusters →	Organisatorische kwaliteit	Kwaliteit van de attitude	Kwaliteit van het methodisch technisch handelen
Aspecten →	- continuïteit - beschikbaarheid - doelmatigheid - integrale zorg	- respectvolle bejegening - informatiebereidheid - vertrouwensrelatie - coöperatie - verantwoordingsbereidheid.	- doeltreffendheid - deskundigheid - indicatiestelling - geschiktheid, - veiligheid - zorgvuldigheid

De ordening van kwaliteitsaspecten in deze drie clusters heeft de heersende blik op kwaliteit in de jaren negentig ingrijpend beïnvloed en is daarmee ook bepalend geweest voor de toedeling van verantwoordelijkheid voor kwaliteit van de organisatie van zorg naar de ziekenhuisdirectie. De invoering van de Kwaliteitswet in 1996 heeft deze verschuiving bestendigd (Boot en Knäpen 2005). De Kwaliteitswet spreekt over 'verantwoorde zorg', waarvan de invulling wordt overgelaten aan de zorgaanbieders. De directie van het ziekenhuis wordt verplicht in een kwaliteitsjaarverslag aan te geven hoe het ziekenhuis - inclusief de medisch specialisten - in het voorgaande jaar 'verantwoorde zorg' heeft geleverd. Met de Kwaliteitswet krijgt de directie - het bestuur - van het ziekenhuis de eindverantwoordelijk-

heid voor integrale zorg en integrale kwaliteit. “De vrijgevestigde medisch specialist die in het ziekenhuis werkzaam is, verleent zorg vanwege het ziekenhuis en valt daarmee, onverminderd de eigen autonomie bij de verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening, onder de vlag van het ziekenhuis.” (Boot en Knapen 2005, 124).

Het onderscheid tussen de verantwoordelijkheid voor *organisatorische* kwaliteit en de kwaliteit van het *methodisch technisch handelen* is ook terug te vinden in het ‘eigen kwaliteits-systeem’ dat de Orde van Medisch Specialisten (OMS) de afgelopen decennia heeft ontwikkeld.

Door de groeiende invloed vanuit Amerika op de Nederlandse blik op kwaliteit worden in het begin van de 21^e eeuw steeds vaker de zes kwaliteitsaspecten genoemd uit de definitie van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM): effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie, veiligheid, toegankelijkheid en vraaggerichtheid (IOM 2001). Vanaf het begin van dit millennium heeft het aspect veiligheid de hoogste prioriteit gekregen.

Het belang dat aan een bepaald aspect van kwaliteit wordt gehecht blijkt in hoge mate te worden bepaald door de betreffende actor. Voor een patiënt zal bijvoorbeeld informatie-bereidheid van grote waarde zijn, terwijl een ziekenhuisdirecteur eerder belang zal hechten aan doelmatigheid, een medisch specialist aan deskundigheid en een inspecteur aan veiligheid. Dit betekent dat de aandacht die een kwaliteitsaspect krijgt mede bepaald wordt door de invloed die een specifieke actor kan uitoefenen. De afgelopen jaren is veel aandacht uitgegaan naar het aspect veiligheid, maar het is de vraag of alle actoren - ziekenhuisdirecteur, zorg-verzekeraar, patiënt, inspecteur of medisch specialist - dit aspect ook de hoogste prioriteit voor verbetering zouden geven wanneer zij in alle vrijheid een keuze zouden mogen maken.

De discussie over de definitie van kwaliteit, de verdeling van verantwoordelijkheden en de prioriteitstelling van verschillende kwaliteitsaspecten is dan ook nog niet ten einde. Met de oprichting van de Kwaliteitskoepel van medisch specialisten in 2011 en het Zorginstituut Nederland in 2013 - waarvan het Kwaliteitsinstituut een essentieel onderdeel vormt - is deze discussie juist weer extra actueel geworden.

I.4 Afbakening van het onderzoek

Het onderzoek begint in 1985, het jaar waarin ‘kwaliteit’ door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid op de politieke agenda wordt gezet. De poging van de NRV om te benoemen wat kwaliteit eigenlijk is (NRV 1986) wordt al snel gevolgd door het advies van de commissie Dekker (1987) met voorstellen over een nieuwe rolverdeling in de zorg. Vanaf dat moment komen vele ontwikkelingen op gang rond kwaliteit in ziekenhuizen.

In eerste instantie wilde ik het tijdsbestek van mijn onderzoek afsluiten in 2010, maar later besloot ik het onderzoek door te laten lopen tot en met het jaar 2012. In dat jaar neemt de overheid - met de oprichting van het Zorginstituut Nederland per 1 januari 2013 - het besluit tot een nieuwe bestuurlijke structuur voor de kwaliteit van zorg. Omdat dit instituut specifieke verantwoordelijkheden toebedeeld krijgt voor de bewaking van de

ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de zorg vormt de oprichting een natuurlijke afsluiting van het tijdsbestek dat ik heb onderzocht.

Dit onderzoek is gericht op de veranderingen in de kwaliteit van de medische zorg in (algemene) ziekenhuizen in Nederland. Behalve dat ik zelf uit de ziekenhuiswereld kom en mijn onderzoeksvraag hier is ontstaan, liggen ook andere redenen aan deze keuze ten grondslag: (1) Van oudsher werd de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg exclusief toebedeeld aan de medische professie, de individuele arts bepaalde hoe de kwaliteit werd vormgegeven. (2) De discussie over de relatie tussen kwaliteit en kosten is in eerste instantie gevoerd tussen de medische professie en de overheid, pas later zijn ook andere partijen hierbij betrokken. (3) De discussie over kostenbeheersing in relatie tot de kwaliteit van de zorg richt zich veelal op de vrijgevestigde specialisten die in de algemene ziekenhuizen als zelfstandig ondernemer werkzaam zijn. (4) De invoering van intercollegiale toetsingscommissies in de ziekenhuizen kan worden gezien als de eerste specifieke 'kwaliteitsactiviteit' en (5) de medische beroepsgroep oefent veel invloed uit op het landelijke kwaliteitsbeleid. (6) De afgelopen decennia heeft de discussie over kwaliteit in de ziekenhuizen de meeste aandacht gekregen, ondanks dat ook in sectoren als de huisartsenzorg, ouderenzorg en de GGZ, kwaliteit duidelijk op de agenda kwam te staan. (7) Hoewel ook andere beroepsgroepen in het ziekenhuis, zoals verpleegkundigen en fysiotherapeuten, een belangrijke rol spelen in de kwaliteit van zorg, bleek uit mijn eerste literatuurverzameling dat medisch specialisten de meeste invloed hebben gehad.

Deze combinatie van redenen maakt het opportuun om de ontwikkelingen in de medische beroepsgroep in relatie tot de kwaliteit van het ziekenhuis centraal te stellen.

In dit onderzoek wordt geen vergelijking gemaakt tussen ontwikkelingen in algemene en academische ziekenhuizen en tussen ontwikkelingen in Nederland en andere westerse landen.

1.5 Probleem-, doel- en vraagstelling

Probleemstelling

Een artsdiploma is lange tijd beschouwd als voldoende garantie voor de kwaliteit van de medische zorg. Het tuchtrecht was er alleen voor duidelijke gevallen van falen in de beroepsuitoefening. Het ontstaan van de verzorgingsstaat en maatschappelijke veranderingen als de ontzuiling en democratisering, hebben er, gecombineerd met de snelle stijging van de zorgkosten, halverwege de jaren tachtig van de 20^e eeuw toe geleid, dat de overheid naast zijn toezichthoudende taak de verantwoordelijkheid ging nemen voor de voorwaarden-scheppende aspecten van de kwaliteit van de gezondheidszorg (Boot en Knapen 2005, Grondwet 1983). Deze actieve rol van de overheid mondde uit in verschillende kwaliteits-

wetten², maar leidde ook tot verschuivingen in verantwoordelijkheden tussen de zorgpartijen. Enerzijds zijn steeds meer verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg neergelegd bij ziekenhuisbestuurders, anderzijds kregen ook zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties een grotere rol in de kwaliteit van de zorg. De verwachting was dat de inbreng van nieuwe actoren in het sociale veld zou leiden tot een gezamenlijke oplossing van het probleem (VRR 2006). Behalve de kwaliteitswetten en de inbreng van nieuwe actoren heeft de overheid ook andere methoden ingezet om gedragsveranderingen te bewerkstelligen, zoals bijvoorbeeld subsidiëring van de richtlijnontwikkeling. Tegelijk dwongen wijzigingen in de financieringsstructuur ziekenhuizen steeds meer om de beperkte middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten (van der Grinten en Kasdorp 1999).

Maatschappelijke ontwikkelingen als ontzuiling, democratisering en individualisering brachten een andere kijk op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg met zich mee. De blik van (potentiële) patiënten op de zorgverlening is veel kritischer geworden. Burgers werden zich meer bewust van hun eigen rol en accepteerden het gezag van professionals minder als vanzelfsprekend. De relatie tussen professional en patiënt onderging een fundamentele verandering en termen als zorgverlener en zorgafnemer raakten in zwang.

Het is niet eenvoudig een onderscheid te maken tussen de invloed van enerzijds maatschappelijke ontwikkelingen en anderzijds van nieuwe wetten en actoren, wijzigingen in verantwoordelijkheden en financieringsstructuur en subsidiëring van landelijke kwaliteitsactiviteiten. In dit proefschrift ben ik vooral geïnteresseerd in de veranderende vormgeving van de kwaliteit in ziekenhuizen ten gevolge van gedragsveranderingen en de inzet van landelijke kwaliteitsactiviteiten.

Duurzame collectieve gedragspatronen worden in de sociologie ook wel *sociale instituties* of *regulerende patronen* genoemd. Toen in gesprekken en interviews bleek dat het woord ‘institutie’ dikwijls werd begrepen als een organisatie of instituut, heb ik in het vervolg van het onderzoek alleen nog het begrip ‘regulerend patroon’ gebruikt. Ik definieer dit als volgt:

‘Een regulerend patroon is een collectief gedragspatroon dat het samenleven van mensen vormgeeft en door middel van socialisatieprocessen wordt overgedragen.’

Twee voorbeelden verhelderen dit begrip:

De afspraak om rechts (of in sommige landen: links) te rijden. Toen er nog maar af en toe een postkoets of een paard en wagen op de weg reed speelde rechts of links rijden geen rol, veelal reed men gewoon midden op de weg. Pas toen het verkeer toenam en er meer

2 Naast de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) is in dezelfde periode ook de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen (WKCZ), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (MCZ) en de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) uitgebracht.

tegenliggers kwamen werd het belangrijk om hierover afspraken te maken. Rechts (of links) rijden is sindsdien een regulerend patroon geworden.

Het plannen van een consult bij de dokter. Als men tegenwoordig naar de dokter gaat, wordt, met uitzondering van een spoedgeval, altijd een afspraak gemaakt. Nog maar enkele decennia geleden bezochten patiënten het open spreekuur en kwam men aan de beurt na de voorlaatste die was binnengekomen. Het kwam zelfs voor dat men de volgende dag moest terugkomen, omdat het spreekuur niet lang genoeg duurde voor het aantal patiënten in de wachtkamer. Nu kan men zich nog nauwelijks voorstellen dat deze situatie toen normaal werd gevonden.

Met de definitie van een regulerend patroon wordt de *probleemstelling* van dit proefschrift scherper afgebakend. Ik wil met behulp van regulerende patronen in kaart brengen waarom de vormgeving van de kwaliteit in ziekenhuizen in de afgelopen decennia is veranderd en onderzoeken welke rol de landelijke kwaliteitsactiviteiten daarbij hebben gespeeld.

Doelstelling

Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan het begrip hoe veranderingen in de vormgeving van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg tot stand zijn gekomen en waardoor deze veranderingen zijn beïnvloed.

Dit onderzoek plaatst kwaliteitsontwikkeling van de ziekenhuiszorg in de bredere en dynamische context van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. Onderzocht wordt hoe de verschuiving heeft plaatsgevonden van een door de medische professie gecontroleerd systeem naar een systeem waar de beroepsgroep zijn zeggenschap met andere actoren moet delen en waar nieuwe sturingsmechanismen naast de reeds bestaande worden geïntroduceerd. Onderzocht wordt ook hoe de rol van de overheid en andere partijen is veranderd en wat de invloed is geweest van financiële, bestuurlijke en maatschappelijke ontwikkelingen.

Dit proefschrift laat zien hoe een historische analyse het inzicht kan vergroten in de wijze waarop regulerende patronen veranderen. Het levert ook een bijdrage aan de theorievorming over institutionele veranderingen. Door de invloed van een vijftal landelijke kwaliteitsactiviteiten nader te bestuderen wordt een relatie gelegd met veranderingen in regulerende patronen. Een vergelijking van de invloed van verschillende kwaliteitsactiviteiten levert kennis op over de kenmerken die veranderingen in regulerende patronen kunnen bewerkstelligen. Deze empirische kennis kan weer een bijdrage leveren aan verdere theorievorming over sturing door de overheid en andere actoren. Inzichten die niet alleen kunnen worden toegepast bij verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg, maar ook op andere terreinen waar behoefte is aan verandering van regulerende patronen en institutionele transities.

Vraagstelling

De leidende vraag waar ik met dit onderzoek een antwoord op wil geven luidt:

Hoe is de kwaliteit van ziekenhuiszorg vormgegeven, welke veranderingen hebben zich hierin in afgelopen decennia voorgedaan en hoe kunnen we deze veranderingen begrijpen?

Om in kaart te kunnen brengen welke regulerende patronen een rol hebben gespeeld bij de vormgeving van kwaliteit zijn historische beschrijvingen nodig van de ontwikkelingen van de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen en van de landelijke kwaliteitsactiviteiten. Om vast te kunnen stellen welke rol de landelijke kwaliteitsactiviteiten hebben gespeeld bij veranderingen in regulerende patronen moeten zowel de relaties tussen de activiteiten en de patronen in kaart worden gebracht, maar ook de verschillende kenmerken van de kwaliteitsactiviteiten. Ik werk daarom de vraag nader uit aan de hand van vier deelvragen:

Deelvraag 1: *Hoe heeft de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen zich ontwikkeld in de periode vóór en na 1985?*

Een historische onderzoek naar de ontwikkelingen in de vormgeving van de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen vormt het eerste empirische deel van dit proefschrift. Ik wil hiermee inzicht krijgen in de positionering en de rol van de partijen, de ontwikkeling van het sociale veld en de maatschappij in de periode voor 1985 en de periode 1985-2012.

De periode van 1985 tot en met 2012 vormt de werkelijke onderzoeksperiode van dit promotieonderzoek, de stand van zaken van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg in het jaar 1985 vormt hiervoor de basis. Naast een algemeen historisch overzicht van de ontwikkeling van de ziekenhuiskwaliteit tussen 1985 en 2012 geef ik ook een uitgebreide beschrijving van de historische ontwikkeling van vijf landelijke kwaliteitsactiviteiten in dit tijdsbestek. Deze historische beschrijvingen vormen de basis van het tweede empirische deel van dit proefschrift.

Deelvraag 2: *Welke regulerende patronen manifesteren zich in de periode 1985 - 2012 met betrekking tot de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen?*

Deze vraag wordt beantwoord door de historische beschrijvingen met behulp van een theoretisch kader te analyseren. Ik heb dit analysekader ontwikkeld om het ontstaan, de functie en het veranderen van regulerende patronen te verkennen. De analyse van de periode vóór 1985 levert een inventarisatie op van de in 1985 aanwezige regulerende patronen. Dit is het uitgangspunt voor de vaststelling van de veranderingen in de periode 1985 - 2012 en van de regulerende patronen die in deze periode de kwaliteit in ziekenhuizen hebben vormgegeven.

Deelvraag 3: *Wat zijn de relaties tussen de kwaliteitsactiviteiten en de regulerende patronen?*

Om de vraag te kunnen beantwoorden welke rol vijf landelijke kwaliteitsactiviteiten hebben gespeeld bij de veranderingen in de regulerende patronen, beschrijf ik voor elke kwaliteitsactiviteit welke regulerende patronen het ondernemen van de activiteit hebben beïnvloed, welke relatie is te constateren tussen de ontwikkeling en de uitvoering van kwaliteitsactiviteit met de regulerende patronen van 1985-2012 en welke specifieke regulerende patronen zijn ontstaan ten gevolge van de kwaliteitsactiviteit en daar direct mee samenhangen.

Deelvraag 4: *Welke kenmerken van kwaliteitsactiviteiten leiden tot veranderingen in regulerende patronen?*

Door inzichtelijk te maken op welke kenmerken kwaliteitsactiviteiten verschillen stel ik vast of de aan- of afwezigheid van een bepaald kenmerk een aanwijzing vormt voor het ontstaan van veranderingen in regulerende patronen.

I.6 Opzet, relevantie en verwachte opbrengst

Opzet van het onderzoek

Omdat de uitkomsten van dit onderzoek worden uitgedrukt in woorden en niet in getallen is sprake van een kwalitatief en explorerend onderzoek. De beantwoording van de vier deelvragen vereist een verschillende onderzoeksaanpak: historisch, theoretisch en praktijkgericht.

Om de regulerende patronen vast te stellen en om te ontdekken door welke invloeden veranderingen ontstaan, is eerst een historisch sociologische onderzoek gedaan naar het sociale veld van de medische zorg in ziekenhuizen en naar de ontwikkeling en invloed van een aantal landelijke kwaliteitsactiviteiten. Sociale theorieën over het functioneren van de maatschappij vormen, samen met literatuur over de geschiedenis van de zorg en de aandacht voor kwaliteit, het belangrijkste conceptuele kader. Met behulp van deze sociale theorieën is een analysekader ontwikkeld. Om een antwoord te vinden op de vraag of de vormgeving van kwaliteit gericht beïnvloed kan worden, is praktijkonderzoek gedaan naar de relatie van vijf kwaliteitsactiviteiten met de regulerende patronen en de invloed van specifieke kenmerken van deze kwaliteitsactiviteiten.

Relevantie en relatie met ander onderzoek

Een onderzoek vanuit sociologisch perspectief naar regulerende patronen die de vormgeving van de kwaliteit van medische zorg in ziekenhuizen bepalen en naar de invloed van landelijke kwaliteitsactiviteiten op veranderingen in deze patronen, heeft nog niet eerder plaatsgevon-

den. De tijdspanne van landelijke kwaliteitsactiviteiten is inmiddels voldoende lang om de invloed ervan op veranderingen in regulerende patronen te kunnen waarnemen.

Ontwikkelingen in het sociale veld van de medische zorg in ziekenhuizen in relatie tot de kwaliteit van de gezondheidszorg is al vaker object van een promotieonderzoek geweest. Scholten (1994) heeft onderzocht welke veranderingen zich hebben voorgedaan in de relatie tussen de overheid en medisch specialisten in de periode 1979 - 1989. Klazinga (1996) heeft een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de structuren en methoden waarmee medisch specialisten hun werkzaamheden bewaken en verbeteren. Het kwaliteitsmanagement van de medisch specialistische zorg heeft een directe relatie met de regulerende patronen waarnaar ik zoek. Van Herk (1997) heeft de verschillen onderzocht in het kwaliteitsbeleid van de medische beroepen in Groot-Brittannië, Nederland en België tussen 1970 en 1996 en de rol in kaart gebracht van de in- en externe druk op de zelfregulatie van artsen. Harteloh (2000) is op zoek gegaan naar voorwaarden om kwaliteit te begrijpen en vroeg zich af of we met het begrip kwaliteit “te maken hebben met een nieuw label voor reeds gangbare praktijken” of dat het begrip kwaliteit leidt tot een “zinvolle verrijking van onze visie op het medisch handelen” (Harteloh 2000, 215). Volgens hem bepalen het gedrag of de houding van het individu, de onderlinge verhouding van publieke waarden en de aard van het verhaal om het handelen zin te geven, een betekenisvol gebruik van het begrip kwaliteit.

Al deze onderzoeken hebben plaatsgevonden in de jaren negentig van de 20^e eeuw. Ik heb geen proefschriften kunnen vinden uit de 21^e eeuw gericht op de ontwikkelingen rond de vormgeving van de kwaliteit van zorg in Nederland. De meeste proefschriften over dit onderwerp zijn dus al meer dan tien en soms bijna twintig jaar oud.

Behalve deze proefschriften zijn er evaluatierapporten gemaakt over de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitssystemen³ in ziekenhuizen. De rapportage van het NIVEL uit 1992 (Sluijs en de Bakker) - in opdracht van de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid van de NRV - geeft een eerste overzicht van de stand van zaken in de kwaliteitssystemen in ziekenhuizen. Daarna heeft het NIVEL nog drie vervolgonderzoeken uitgevoerd: De stand van zaken in 1995 (Wagner en de Bakker 1995), de vooruitgang sinds 1995 (Sluijs en Wagner 2000) en de stand van zaken in 2005 (Keijser, Sluijs en Wagner 2005). Deze rapporten brengen het gebruik van kwaliteitssystemen in ziekenhuizen in beeld, maar laten niet zien of dit gebruik gekoppeld is aan bepaalde regulerende patronen.

3 De kwaliteitswet zegt dat op een systematische wijze gegevens over de kwaliteit van de zorg verzameld moeten worden, zodat getoetst kan worden of verantwoorde zorg wordt geleverd, waarna vervolgens, indien nodig, corrigerende maatregelen genomen kunnen worden. Als bewijs dat het kwaliteitssysteem (ook wel kwaliteitsmanagementsysteem) voldoet aan de eisen kan een instelling een certificaat verwerven. De eisen aan kwaliteitsmanagement in de ziekenhuizen worden opgesteld door het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen). De normen van het NIAZ kunnen gelden voor het ziekenhuis als geheel, maar er zijn ook normen voor afzonderlijke afdelingen of divisies (Keijser, Sluijs en Wagner 2005).

Toepassing resultaten

Met dit proefschrift wil ik inzicht verwerven waardoor de vormgeving van de kwaliteit in ziekenhuizen in de afgelopen decennia is veranderd. Hiervoor onderzoek ik de rol van de regulerende patronen en de landelijke kwaliteitsactiviteiten. Dit inzicht kan op lokaal en landelijk niveau worden gebruikt bij de opzet van nieuwe en bij de voortzetting van bestaande kwaliteitsactiviteiten. Bewustwording van de rol van regulerende patronen geeft inzicht in de mogelijkheden om de vormgeving van kwaliteit te beïnvloeden. Daarmee kan verspilling van tijd, geld en menskracht worden tegengaan.

Door de sociologische invalshoek is het onderzoek ook wetenschappelijk interessant, omdat gezocht is naar regulerende patronen die een rol spelen in de aandacht voor kwaliteit in ziekenhuizen. Door verschillende sociale theorieën tot een analysekader samen te voegen heb ik een methode voor het ‘ontdekken’ van regulerende patronen ontwikkeld, die ook door anderen kan worden gebruikt.

De verwachting is dat het verworven inzicht in de kenmerken van (kwaliteits)activiteiten die regulerende patronen beïnvloeden, een algemene geldigheid heeft en ook in andere professionele werelden bruikbaar is. Zo wordt tevens een bijdrage geleverd aan het theoretische debat over institutionele verandering.

Tenslotte biedt dit onderzoek een historisch overzicht hoe kwaliteit van medische zorg in ziekenhuizen vorm heeft gekregen, welke processen daarbij een rol hebben gespeeld, hoe deze zijn verlopen en elkaar hebben beïnvloed. Doordat het historisch overzicht tevens een naslagwerk vormt voor al diegenen die zich bezig houden met het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de mogelijkheid biedt hun eigen ervaringen in een historisch perspectief te plaatsen levert het ook een bijdrage aan de institutionalisering van kwaliteit en de professionalisering van kwaliteitsmanagers.

1.7 Opbouw van het boek

Het boek is opgebouwd uit vier delen. Deel I presenteert naast deze introductie een selectie van praktijkervaringen, de theoretische verkenning en de methodologie van het onderzoek. Deel II vormt het eerste empirische deel van het proefschrift. Hierin beschrijf ik de historie van de aandacht voor de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen en de analyse van de daaruit voortkomende regulerende patronen. Deel III bevat het tweede empirische deel van het proefschrift. Hierin richt ik mij op de ontwikkeling en analyse van vijf landelijke kwaliteitsactiviteiten en deel IV gaat in op de conclusies van het onderzoek en reflecteert op de uitvoering.

Deel I wordt gevormd door de eerste vier hoofdstukken van het proefschrift. Na dit introductie hoofdstuk geeft hoofdstuk 2 een selectie van verwonder- en leermomenten uit mijn praktijkervaringen in de ziekenhuiswereld in de periode 1989 - 2007. Het betreft een aantal korte casussen die laten zien hoe gedrag bepalend is voor kwaliteit, maar ook hoe de

kwaliteitsonderwerpen in de loop der tijd veranderen. Hoofdstuk 3 bevat een theoretische verkenning naar de functie, het ontstaan en veranderen van regulerende patronen en de voorwaarden en condities die hierbij een rol spelen. Dit vormt de basis voor het theoretisch kader om het empirisch onderzoek te operationaliseren. In hoofdstuk 4 wordt de opzet en methode van het onderzoek uitgewerkt. Ook worden de methodologische keuzes en problemen, de uitvoering en het verloop van de studie beschreven.

Deel II bestaat uit hoofdstuk 5 en 6. Met hoofdstuk 5 geef ik een historisch overzicht van de ontwikkeling van de medische zorg in ziekenhuizen in de 19^e en 20^e eeuw. Vanaf de toedeling van verantwoordelijkheid voor kwaliteit in de 19^e eeuw aan de medische professie tot het moment in 1985 dat kwaliteit op de politieke agenda wordt gezet. Met behulp van het theoretisch kader onderzoek ik welke regulerende patronen in relatie tot de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen in 1985 zijn waar te nemen. In hoofdstuk 6 beschrijf ik de ontwikkelingen rondom de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen vanaf 1985 tot het besluit tot oprichting van een landelijke structuur voor kwaliteit in 2012. Dit historisch perspectief geeft inzicht in een structurele samenhang van feiten. Ik beschrijf die ontwikkelingen waarvan ik veronderstel dat deze belangrijk zijn geweest voor de vormgeving van de ziekenhuiskwaliteit. Met behulp van dit historisch overzicht en het theoretisch kader worden de veranderingen in de periode 1985 - 2012 geanalyseerd en stel ik vast welke regulerende patronen de ziekenhuiskwaliteit bepalen.

Deel III richt zich op de beschrijving en analyse van vijf landelijke kwaliteitsactiviteiten en bevat hoofdstuk 7 tot en met 11. Per hoofdstuk is een specifieke kwaliteitsactiviteit beschreven en geanalyseerd. Respectievelijk behandel ik richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisitatie, ziekenhuisaccreditatie, patiëntenenquête en indicatorontwikkeling. Op basis van de historische beschrijving en het theoretisch kader breng ik de samenhang in kaart tussen de betreffende kwaliteitsactiviteit en de eerder geconstateerde regulerende patronen. Tevens beantwoord ik de vraag welke specifiek regulerende patronen door deze activiteit zijn ontstaan en welke rol de gelijkvormigheidsprocessen hebben gespeeld.

Deel IV bestaat uit hoofdstuk 12, een concluderend en reflecterend hoofdstuk waarin ik een samenvatting geef van de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Daarnaast reflecteer ik op de bijdrage van het theoretisch kader en mijn eigen rol bij het onderzoek. Op basis van de bevindingen kom ik tot conclusies met betrekking tot de rol die verschillende actoren kunnen spelen bij kwaliteitsverbetering en doe ik aanbevelingen ten aanzien van de principes waar vanuit verbeterinitiatieven ontwikkeld kunnen worden.

2

Praktijkervaringen

2.1 Inleiding

Dit proefschrift is ontstaan vanuit de behoefte om mijn praktijkervaringen met kwaliteitsontwikkeling in een algemeen ziekenhuis in een theoretisch kader te plaatsen. Om de koppeling tussen theorie en praktijk te behouden, beschrijf ik veertien verwonder- en leermomenten die ik heb opgedaan in de periode 1989 tot 2007. Ik heb deze praktijkvoorbeelden geselecteerd uit mijn in 2008 geschreven autobiografische terugblik (de Vos 2008).

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de wijze waarop in de periode 1989 tot 2007 ziekenhuizen met landelijke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit omgingen en hoe aan het interne kwaliteitsbeleid werd vorm gegeven. De verwonder- en leermomenten komen niet alleen voort uit mijn eigen ervaringen, maar zijn ook verbonden met specifieke kenmerken en keuzen van de ziekenhuizen waarin ik werkzaam was. Andere ziekenhuizen maakten weliswaar andere keuzen voor hun lokale kwaliteitsbeleid, maar in de talloze gesprekken die ik de afgelopen jaren met collegae heb gevoerd bleken veel van mijn ervaringen niet uniek te zijn. Hoewel dus geen representatief beeld van kwaliteitspraktijken in ziekenhuizen wordt geschetst, zullen veel elementen breder herkenbaar zijn.

De voorbeelden komen uit vier periodes. De eerste periode loopt van eind jaren tachtig tot midden jaren negentig (1989 – 1995). Een tijd waarin iedereen nog zoekende was hoe vorm te geven aan de verantwoordelijkheid voor kwaliteit. De volgende periode betreft de tweede helft van de jaren negentig, toen de invloed van wetgeving en landelijke afspraken op het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis sterker voelbaar werd (1995 – 2000). De derde periode begint vlak na de eeuwwisseling, toen ziekenhuizen steeds vaker werden geconfronteerd met vragen van externen naar bewijzen van goede dienstverlening en om gegevens voor kwaliteitsbeoordeling aan te leveren, maar ook met de sterker wordende druk om efficiënter te gaan werken (2000 – 2005). In de vierde en laatste periode werd kwaliteit, als gevolg van de invoering van marktwerking, steeds meer onderdeel van het reputatiemanagement van ziekenhuizen (2005 – 2007).

2.2 Verwonder- en leermomenten

2.2.1 Periode 1989 – 1995

In het begin was het voor alle partijen zoeken naar de beste vormgeving van kwaliteit. Ziekenhuizen hadden nog veel vrijheid om eigen keuzen te maken en prioriteiten te stellen. Behalve de academische ziekenhuizen waren eind jaren tachtig, begin jaren negentig nog maar enkele algemene ziekenhuizen met een functionaris die werd vrijgesteld om kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. De functie van kwaliteitsfunctionaris moest nog helemaal worden uitgevonden.

Achter oorzaken liggen dikwijls weer andere oorzaken

Als eerste kwaliteitsactiviteit in het ziekenhuis startte ik een onderzoek naar wachttijden op twee poliklinieken en de röntgenafdeling en naar de factoren die deze wachttijden beïnvloedden. Met name de tijd die patiënten in de wachtkamer doorbrachten stond destijds in de belangstelling. De toegangstijd voor het eerste poliklinische bezoek aan de specialist of de wachttijd tussen het opnamebesluit en de opname zelf kregen nog geen aandacht. Met het meten van de tijden in de wachtkamer en het analyseren van factoren die hierop van invloed waren, wilde ik de specialisten en andere medewerkers informeren, in de veronderstelling dat zij zelf, met behulp van de onderzoeksuitkomsten, de oorzaken zouden wegnemen en de wachttijd zouden verminderen. Dit bleek echter niet altijd zo te werken. Achter oorzaken liggen dikwijls weer andere oorzaken, waardoor in mijn ogen voor de hand liggende oplossingen vaak niet bleken te werken. Het volgende voorbeeld laat dat zien:

“Specialist X was erg gestructureerd en hield zich precies aan de 7 minuten per patiënt die hem op de planningslijst van de poli waren toebedeeld. Voor zijn collega, breed van stof en vol interesse in de mens achter de patiënt, bleken 7 minuten dikwijls helemaal niet genoeg te zijn. Mijn voorstel om bij de ene specialist minder patiënten per uur in te plannen dan bij de andere werd door de maatschap afgewezen, waardoor het probleem niet werd opgelost. Een paar jaar later vertelde een specialist mij in vertrouwen dat deze afwijzing een financiële achtergrond had. Een maatschap is immers een gezamenlijke financiële constructie waarvan de opbrengst tussen de maten wordt gedeeld. Daarom werd niet geaccepteerd dat de ene specialist meer patiënten per uur zou spreken dan de andere.”⁴

Behalve dat achter oorzaken weer andere oorzaken liggen, blijkt ook, dat de beschikking over informatie om tot kwaliteitsverbetering te komen niet vanzelf tot verbetering leidt. Financiële en kwaliteitsaspecten kunnen niet los van elkaar worden gezien en over financiële zaken wordt meestal niet openlijk gesproken. Het probleem en de oorzaken benoemen,

⁴ De in dit hoofdstuk opgenomen citaten zijn afkomstig uit mijn biografische terugblik (de Vos 2008).

zonder inzicht in onderliggende afspraken en knelpunten, brengt een oplossing dan niet dichterbij.

Kwaliteitsaspecten als communicerende vaten

Naarmate meer kwaliteitsaspecten waren onderzocht en verbeteracties in gang gezet, kwam aan het licht, dat een verbetering van het ene aspect een verslechtering tot gevolg kon hebben van het andere: kwaliteitsaspecten functioneerden als communicerende vaten. Het wachttijdenonderzoek laat bijvoorbeeld zien hoe ‘de wachttijd’ en ‘de attitude van de specialist’ kunnen samenhangen met ‘de attitude van een patiënt’.

“In gesprekken met patiënten bleek hun mening over de wachttijden lang niet altijd eenduidig. Per specialisme, of soms zelfs bij een bepaalde arts binnen één specialisme, reageerden patiënten verschillend. Sommige patiënten waren bereid de wachttijden voor lief te nemen, in de wetenschap dat ze juist bij die arts ontstonden als iemand ook echt extra tijd nodig had. Ze vertrouwden erop dat wanneer het bij hen nodig zou zijn, de arts die extra tijd ook zou nemen, ook al wachtten er nog andere patiënten. Uit het onderzoek bleek ook, dat de gemiddelde irritatiegrens weliswaar op zo’n 15 tot 20 minuten lag, maar met een spreiding tussen 5 en 45 minuten. Deze grote spreiding werd niet alleen bepaald door individuele verschillen tussen patiënten, maar ook door eerdere wachtervaringen bij de betreffende arts.”

Tevredenheid over de attitude van een specialist was dus van invloed op de irritatiegrens voor de wachttijd. Afhankelijk van de persoonlijke attitude van een specialist beoordeelden patiënten de wachttijden verschillend. Indien nodig voldoende tijd uittrekken werd hoog gewaardeerd. Werken met standaarden voor bepaalde kwaliteitsaspecten, zonder oog voor de samenhang met andere, kan dus uiteindelijk een negatief resultaat geven.

Een ander voorbeeld is de mogelijke samenhang tussen ‘toegangstijd’ en ‘tijd in de spreekkamer’:

“Ons ziekenhuis stond bekend om de korte toegangstijd⁵ voor patiënten met een vermoeden van borstkanker. Zij konden allen binnen één week op het poliklinisch spreekuur terecht en werden vervolgens, indien nodig, binnen één week geopereerd. Dit was mogelijk omdat een chirurg op één ochtend zo’n 50 tot 70 patiënten ‘zag’. In het nabije academische ziekenhuis was de toegangstijd vier weken, maar werd tijdens het spreekuur veel meer tijd voor een patiënt uitgetrokken. Omdat voor deze patiënten snel handelen en ingrijpen over het algemeen heel belangrijk is, kozen de meesten voor de korte toegangstijd en namen zij de zeer beperkte persoonlijke aandacht voor lief.”

⁵ Toegangstijd is de tijd tussen het contact van een patiënt met het ziekenhuis om een afspraak te maken en het moment waarop die afspraak plaatsvindt.

Dit voorbeeld laat zien dat verschillen tussen ziekenhuizen in de behandeling van bepaalde categorieën patiënten belangrijk zijn. Evenals het verstrekken van informatie over mogelijke consequenties van bepaalde keuzen door patiënten: kwaliteit op het ene aspect en geen of minder kwaliteit op een ander aspect. Deze onderzoeken en pogingen om kwaliteit te sturen brengen de complexiteit van het fenomeen kwaliteit aan het licht: kenmerken van patiënten, professionals, diagnoses, de zorgorganisatie en -financiering blijken allemaal van invloed te zijn op de mogelijkheden om de kwaliteit te verbeteren.

Kwaliteit moet blijvend gestuurd worden

Tegelijk met mijn aanstelling in 1989 als kwaliteitsfunctionaris werd een ziekenhuisbrede *stuurgroep kwaliteit* ingesteld, met als leden: de medisch directeur, de directiesecretaris, de hoofden facilitaire zaken en verplegingsdienst, een medisch specialist en ikzelf als secretaris. Doel van de stuurgroep was om te bepalen welke kwaliteitsprojecten zouden plaatsvinden en een kwaliteitsbeleidsplan voor de komende jaren te maken. Niemand wist hoe dit plan eruit moest zien, er waren immers geen voorbeelden voorhanden. Het eerste kwaliteitsbeleidsplan van het ziekenhuis uit 1992 had een onverwachte uitwerking:

“Na de formele vaststelling concludeerde één van de leden dat de stuurgroep wel kon worden opgeheven, omdat er nu toch een kwaliteitsbeleidsplan lag. De meeste andere stuurgroepleden deelden dit standpunt. De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleidsplan werd gezien als een ‘tijdelijk project’, dat geïntegreerd kon worden in het algemene ziekenhuisbeleid. ‘Aandacht voor kwaliteit’ moest een terugkerend punt op de agenda van het managementteam worden en de kwaliteitsfunctionaris moest de organisatie bij de uitvoering ondersteunen. Nadat het plan was uitgevoerd zou de functie van kwaliteitsfunctionaris opgeheven kunnen worden. Deze veronderstelling leefde niet alleen bij het managementteam en de directie, ook ikzelf dacht toen dat de functie na een jaar of vier kon worden opgeheven.”

Een paar jaar later, medio jaren negentig, bleek het thema kwaliteit op de agenda van het managementteam weinig aandacht te krijgen. Andere zaken, zoals samenwerking met externe partijen, onderhandelingen met zorgverzekeraars, begrotingsperikelen, personeels- of huisvestingsproblemen kregen veel meer prioriteit. Het punt ‘kwaliteit’ kon ook wel naar de volgende week doorgeschoven worden, dat kon best wel wachten. Daardoor kwam het management nauwelijks toe aan een praktische vertaling van het kwaliteitsbeleid. Veel werd overgelaten aan de staffunctionaris, die echter als ‘beleidsmedewerker’ beperkt was in haar mogelijkheden om het ‘draagvlak’ in de lijn te beïnvloeden en een beweging in gang te zetten. Daarop concludeerde het managementteam dat voortdurende aandacht voor en sturing van kwaliteit nodig was, zowel op de korte, maar zeker ook op de langere termijn. Vervolgens werd opnieuw een stuurgroep kwaliteit in het leven geroepen. Ook al zijn er veel gemotiveerde medewerkers en professionals, kwaliteit behoeft voortdurend specifieke aandacht op alle niveaus in de organisatie.

Het niet (er)kennen van cultuurverschillen geeft strijd

‘Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen’ was het eerste landelijke kwaliteitsproject (van 1992 tot 1994) waarin het ziekenhuis participeerde. Een project van ziekenhuizen en patiëntenorganisaties samen, ontwikkeld door het Landelijke Patiënten en Consumenten platform in samenwerking met Bakkenist (management consultants) (Bon 1992). Het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) kreeg de taak om het project te evalueren, met de bedoeling deze aanpak later landelijk te verspreiden.⁶

“In eerste instantie zou het project plaatsvinden bij tien algemene ziekenhuizen, waarvan ons ziekenhuis er een was. Wij werden uitgedaagd om een ‘koppel’ te vormen met het regionale patiëntenplatform en een vergelijking te laten uitvoeren met andere participerende ziekenhuizen. Dit betekende openheid over de patiëntvriendelijkheid van ons ziekenhuis, wat in eerste instantie geen probleem was. Het ziekenhuis had een goede naam en zowel de directie, het management-team als ikzelf, vonden een vergelijking interessant. De mening van de medisch specialisten was ambivalenter en verschilde per specialist, maar was aanvankelijk niet afwijzend. Samenwerking met patiëntenverenigingen, zowel landelijk als regionaal, was een integraal onderdeel van het project. Niet voorzien was echter dat we geconfronteerd zouden worden met een totaal andere cultuur. Van oudsher waren wij gewend om met de artsen mee te buigen. Iedere nieuwe medewerker die met artsen contact had werd hier vanaf de eerste dag in getraind. ‘Nooit direct tegen artsen ingaan, want dan weet je dat je verliest en bij weerstand moet je altijd op zoek naar een andere ingang om je doel te bereiken.’ Voor de leden van het patiëntenplatform was deze houding helemaal niet vanzelfsprekend. Zij gingen wel rechtstreeks tegen de specialisten in. Als trek- kers van dit ziekenhuisproject (hoofd polikliniek en kwaliteitsfunctionaris) zagen wij de risico’s voor de voortgang van het project. Artsen wilden bijvoorbeeld de vraag ‘of de mogelijkheid van een second opinion was aangeboden’ niet gesteld hebben en het patiëntenplatform weigerde pertinent om deze vraag uit de lijst te verwijderen. Zo kwamen de twee partijen recht tegenover elkaar te staan. Het viel niet mee om ze ertoe te bewegen water bij de wijn te doen. Als kwaliteitsfunctionaris heb je dan een vreemde positie. Omdat je kwaliteit belangrijk vindt ben je geneigd om de kant van het patiëntenplatform te kiezen, maar tegelijkertijd zie je dat het voor sommige specialisten een brug te ver is en voorzie je een mogelijk negatief effect voor het hele project als zij hun hakken in het zand zetten.”

De weerstand tegen bepaalde vragen had verschillende achtergronden. Sommige artsen vreesden patiënten op bepaalde ideeën te brengen, zoals de mogelijkheid van een second opinion, het indienen van klachten of informatieverstrekking over meerdere behandel- mogelijkheden. Ook verwachtingen over stijging van de zorgkosten werden als reden aange- voerd. Verder wilden bepaalde specialisten en specialismen niet dat andere ziekenhuizen, of zelfs andere specialismen in het eigen ziekenhuis, zouden zien hoe zij op bepaalde vragen

⁶ Dit project komt ook aan de orde in hoofdstuk 10, de ontwikkeling van de landelijke ziekenhuisenquête.

scoorden. Niet alleen uit angst zelf slecht te scoren, maar ook vanuit de overtuiging dat de slecht scorenden uit de eigen groep beschermd moesten worden.

Dit knelpunt speelde ook bij andere in het project participerende ziekenhuizen. Op veel plaatsen is het niet gelukt om de partijen bij elkaar te houden, met als gevolg dat het project zich niet verder verspreidde dan een beperkt aantal ziekenhuizen en afdelingen. Op de eerste tranche is geen vervolg meer gekomen.

De les hieruit is dat cultuurverschillen tussen partijen een belangrijke rol kunnen spelen bij de uitvoering van een project. Zaken die voor de ene partij vanzelfsprekend zijn kunnen voor de andere partij problemen opleveren. Belangentegenstellingen maken het moeilijk om compromissen te sluiten. Bij de aanvang van een project wordt hiermee vaak veel te weinig rekening gehouden.

2.2.2 Periode 1995 – 2000

Na de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) en de wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) werd de invloed van de buitenwereld op de kwaliteit in het ziekenhuis groter en de mogelijkheid voor het maken van interne keuzes kleiner.

Zoektocht naar kwaliteitsgegevens

Vanaf 1990 bracht het ziekenhuis jaarlijks een verslag uit van de kwaliteitsprojecten in het voorgaande jaar, zodat iedereen in de organisatie geïnformeerd werd over wat er speelde en welke resultaten er waren behaald. Dit verslag was ook een bron voor het algemene jaarverslag van het ziekenhuis. Met de invoering van de Kwaliteitswet⁷ in 1996 moest met een formeel kwaliteitsjaarverslag aan de buitenwereld verantwoording worden afgelegd of het ziekenhuis ‘verantwoorde zorg’ had geleverd. Dit betekende dat niet alleen over de kwaliteitsprojecten verslag moest worden gedaan, maar ook over alle activiteiten die eerder nooit een specifiek ‘kwaliteitslabel’ hadden gekregen, maar nu wel onder deze noemer werden geschaard. Dit betrof bijvoorbeeld de meldingen bij de klachten- en de FONA-commissie⁸ en de kwaliteitsvisitaties bij de maatschappen, maar ook verbeteractiviteiten die waren ondernomen zonder betrokkenheid van de stuurgroep kwaliteit en de kwaliteitsfunctionaris. Een mooie taak voor deze medewerker om de gegevens te gaan verzamelen, maar die bleken niet zomaar voorhanden te zijn.

“Een voorbeeld was de simpele vraag bij welke specialismen in het verslagjaar een visitatie had plaatsgevonden. Dit werd nergens centraal geregistreerd, niet bij het secretariaat van de raad van bestuur, maar ook niet bij het secretariaat van de medische staf. Normaliter nam de betreffende wetenschappelijke vereniging contact op met het te visiteren specialisme. Waarom zou dat

⁷ Kwaliteitswet Zorginstellingen. In werking getreden op 1 april 1996.

⁸ FONA staat voor Fouten Ongevallen en Near Accidents. Later wordt dit de MIP- of meldingscommissie genoemd.

specialisme dit ergens centraal melden? Dat had toch helemaal geen functie, de artsen ondergingen de visitatie, zij moesten iets doen met de resultaten. Dit werd niet gezien als een zaak van het medisch stafbestuur en al helemaal niet van de ziekenhuisdirectie. Als 'verzamelaar van gegevens' moest je dus elk specialisme afzonderlijk benaderen om te achterhalen of er een visitatie had plaatsgevonden en moest de maatschap bereid zijn om deze informatie te verstrekken. Op de vraag of er een visitatie was geweest kwam meestal wel antwoord, maar op de vraag welke acties daarop waren ondernomen kreeg je dikwijls nul op het rekest, ook al vroeg je alleen om een korte samenvatting. De visitatie werd duidelijk niet ervaren als een zaak van het ziekenhuis, maar als een zaak van het betreffende specialisme."

De moeizame bewijsvoering van het leveren van 'verantwoorde zorg' door medisch specialisten betekende dat het kwaliteitsjaarverslag van het ziekenhuis maar beperkte informatie verschafte over het professioneel handelen. Nog versterkt door het feit dat de meeste kwaliteitsprojecten zich richtten op organisatorische kwaliteit, zoals de tijd die patiënten doorbrachten in de wachtkamer, verbeteringen in facilitaire voorzieningen voor allerlei patiëntengroepen, toename van het aantal patiëntenfolders, de opzet van een patiënteninformatiecentrum en een klachtenprocedure en verbeteringen in de privacy. Daardoor leek verantwoorde zorg zich eerder te richten op de voorwaarden voor goede zorgverlening dan op de inhoud van de zorg zelf.

Dezelfde gegevens kunnen verschillend worden gepresenteerd

De verplichting tot een kwaliteitsjaarverslag kan gezien worden als de start van het verzamelen van gegevens voor externe partijen. Binnen het ziekenhuis was maar een beperkt aantal personen, met name de leden van de stuurgroep, de directie, en het medische stafbestuur, zich ervan bewust dat deze 'verantwoording' nu zelfs naar de minister en de inspectie ging. Het wekte wel verbazing dat van deze 'externen' geen enkele reactie op het jaarverslag kwam.

"We wilden eigenlijk wel horen of het goed was wat wij deden. Hadden we de juiste gegevens aangeleverd? Deden we het beter of slechter dan andere ziekenhuizen? Het is niet bekend of de inspectie voornemens is geweest om op de kwaliteitsverslagen te reageren. Een aantal jaren later heb ik geconcludeerd dat een onderlinge vergelijking ook helemaal niet mogelijk was geweest, omdat ieder ziekenhuis vrij was in de inhoud en vormgeving van het jaarverslag. Daarvan heb ik ook geleerd dat er vele manieren zijn waarop je iets kunt beschrijven of 'verhullen'. Je hoeft geen onwaarheid te vertellen om een mooi verhaal te maken en je hoeft natuurlijk ook niet altijd alles te vertellen".

In deze periode stelden ziekenhuizen steeds vaker een communicatieadviseur aan. Jaarverslagen kregen een belangrijke PR-functie, ook het kwaliteitsjaarverslag. De moeilijke vergelijkbaarheid van kwaliteit, dilemma's over openbaarmaking en de relatie tussen kwaliteit en marketing begonnen in deze periode een probleem te worden.

Vruchtbare grond is nodig voor succes

Door de Leidschendamconferenties⁹, de Kwaliteitswet en de vijf jaar eigen ervaring met kwaliteitplannen en -projecten, ontstond medio jaren negentig in het ziekenhuis de discussie hoe alle lopende kwaliteitsactiviteiten en -instrumenten met elkaar verbonden konden worden. Doel hiervan was om tot integrale kwaliteit (van het totale patiëntenproces) en een eigen kwaliteitssysteem te ontwikkelen. Hiertoe werd het ziekenhuisbrede traject ‘Patiëntenrouting’ opgezet.

“Uitgangspunt was het algemene traject dat 80% van de patiënten geheel of gedeeltelijk doorloopt, beginnend bij het eerste contact met het ziekenhuis tot uiteindelijk het ontslag. In ziekenhuisbrede werkconferenties stelden we de stappen van de patiënt vast en benoemden we per stap de kwaliteitsnormen waaraan moest worden voldaan. Behalve alle afdelingen die direct en indirect met patiënten te maken hadden participeerden ook de medische staf en een panel met vertegenwoordigers van diverse patiëntenorganisaties.

De gezamenlijke werkconferenties bleken een goede manier om mensen aan elkaar te ‘binden’. Medewerkers raakten doordrongen van hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een patiënt. Elkaar in een goede sfeer kritische vragen stellen droeg daar sterk aan bij: “Waarom doe je dit zo, waarom heb je dat op die manier geregeld?”. Ook de directe confrontatie met ervaringen en meningen van patiënten gaf veel stof tot discussie. Uiteindelijk is het – na vele versies – gelukt om één gemeenschappelijke lijst van normen op te stellen. De formele brief waarin de medische staf volledig met deze normen instemde heeft nog jaren ingelijst op mijn kamer gehangen.”

In 2000 kreeg het ziekenhuis voor dit project twee landelijke prijzen de Golden Helix Quality Award en de GV innovatieprijs. De Golden Helix Quality Award werd toegekend door de VvAA¹⁰ en het CBO, met als juryvoorzitter Casparie, hoogleraar kwaliteitsmanagement in Rotterdam. De GV innovatieprijs werd uitgereikt door de Geneeskundige Vereniging, de vereniging van medisch directeuren in ziekenhuizen.

Veel andere ziekenhuizen toonden belangstelling voor ons project, wat leidde tot congrespresentaties en bezoeken van directeuren en kwaliteitsfunctionarissen uit andere ziekenhuizen, maar uiteindelijk heeft dit traject nergens navolging gekregen. Zo’n ziekenhuisbrede aanpak heeft nogal wat implicaties en vereist een breed draagvlak. Succes wordt alleen bereikt als in eerdere fasen voor vruchtbare grond is gezorgd en sleutelpersonen op belangrijke plaatsen in de organisatie daadwerkelijk geloven in de positieve waarde van het project.

9 De Leidschendamconferenties (1989, 1990 en 1995) werden op verzoek van de overheid door de KNMG georganiseerd. Op nationaal niveau zijn door alle betrokken partijen in de zorg (patiëntenorganisaties, aanbieders van zorg (instellingen en professionals), zorgverzekeraars, inspectie en overheid) gezamenlijke afspraken gemaakt over het landelijke kwaliteitsbeleid.

10 VvAA = Vereniging van Arts en Automobilisten

Betrokkenheid vasthouden is essentieel voor voortgang

Bij het opzetten van een kwaliteitsproject waar velen bij betrokken zijn heb je een lange adem nodig om alle participanten van het belang te overtuigen. Als je een gezamenlijk draagvlak hebt gecreëerd en iedereen zijn medewerking heeft toegezegd, wordt veelal enthousiast gestart. Iedereen in de organisatie en vaak ook de buitenwereld wordt geïnformeerd. Vervolgens blijkt er meer te moeten gebeuren dan alleen de uitvoering van het projectplan.

“Vaak wordt onvoldoende beseft dat veel energie moet worden gestoken in het vasthouden van de belangstelling van de medewerkers. Bij het project patiëntenrouting was het niet voldoende om maandelijks in het personeelsblad verslag te doen van de stand van zaken. Dat wordt niet door iedereen gelezen en anders ook weer snel vergeten. Niet alleen moesten we alle direct betrokkenen bij de les zien te houden, ook personen met op dat moment een wat minder belangrijke rol moesten zich verbonden blijven voelen. Voortdurend moest er een zekere spanning in worden gehouden. Dit hebben we gedaan door steeds weer nieuwe trajectactiviteiten te starten, naast het samen vieren van mijlpalen en het tonen van waardering voor mooie resultaten. Toen we goed scoorden in het patiëntenonderzoek naar de normen voor de patiëntenrouting hebben we een complimentendag voor medewerkers georganiseerd. Ook hebben we een keer een ijscocktail gehuurd om alle medewerkers, uit blijk van waardering voor hun inzet, op een ijsje te trakteren. En bij het jaarlijkse ziekenhuisbuffet stelden de leden van de raad van bestuur en het managementteam zich op achter de tafels om de medewerkers te bedienen. Zulke gebeurtenissen blijven hangen, vaak meer dan het behaalde projectresultaat.”

De eerste activiteiten voor het traject patiëntenrouting startten in 1995, de uitreiking van de prijzen vond plaats in 2000. In die tijd begonnen ook de fusiebesprekingen met een ander ziekenhuis die veel tijd en aandacht van het ziekenhuismanagement opslokten. Na het vertrek van mijzelf en een collega kwaliteitsfunctionaris eind 2000 en 2001 nam niemand meer initiatief tot nieuwe prikkels en bij het ziekenhuismanagement en de medische staf golden inmiddels andere prioriteiten.

Dit laat zien, dat hoe succesvol een kwaliteitsproject ook is en hoezeer velen binnen en buiten het ziekenhuis van de toegevoegde waarde overtuigd zijn, blijvende verbeteringen alleen tot stand komen wanneer hier voortdurend op alle niveaus in de organisatie aandacht aan wordt geschonken.

2.2.3 Periode 2000 – 2005

In de 21^e eeuw worden ziekenhuizen steeds vaker geconfronteerd met vragen van externen naar bewijzen van goede dienstverlening en om gegevens voor kwaliteitbeoordeling aan te leveren. Dit kost professionals, managers en ondersteunende functionarissen steeds meer tijd. Ook de druk om efficiënter te gaan werken neemt gestaag toe.

Externe druk versus interne motivatie

Participatie in een accreditatietraject is in de ziekenhuizen waar ik gewerkt heb lange tijd afgehouden. De checklisten (accreditatiegidsen) werden wel intern gebruikt, maar een andere toegevoegde waarde werd niet gezien. Men vond dat de patiënt in het hele accreditatietraject nauwelijks zichtbaar was, dat er onvoldoende evenwicht was tussen inzet en kosten in relatie tot de kwaliteitsopbrengst en dat er betere methoden waren om ziekenhuismedewerkers te motiveren tot kwaliteitsverhoging.

“Ons enthousiasme werd nog veel minder nadat we OK-medewerkers hadden uitgenodigd om ons te vertellen over de toepassing van ‘PACE’¹¹ in hun ziekenhuis. Ze hadden hiervoor 1,5 fte vrijgesteld en waren inmiddels 2,5 jaar bezig met als opbrengst: 11 ordners met goedgekeurde procedures en protocollen, op vermoedelijk nog maar de helft van het traject. Zij slaagden er niet in om hun enthousiasme op ons over te brengen. Een volledige accreditatie voor ons ziekenhuis zou tot een ongelooflijke kostenpost voor de benodigde extra fte’s leiden en tot een zeer indrukwekkende papiermassa.”

Was voor de eeuwwisseling deelname aan een accreditatietraject nog een keuze van het ziekenhuis, vanaf 2000 groeide de externe druk en daarmee de verwachting dat een NIAZ¹²-accreditatie uiteindelijk voor alle ziekenhuizen zou worden afgedwongen. Verondersteld werd dat de inspectie accreditatie zou vereisen voor toelating tot de zorgmarkt, maar ook dat zorgverzekeraars alleen nog maar afspraken met geaccrediteerde ziekenhuizen zouden willen maken. Afspraken in NVZ-verband over accreditatie bevestigden een op handen zijnde verplichting.

“In 2005 startten we – voornamelijk vanuit de motivatie ‘we zullen wel moeten’ – met de voorbereidingen voor een NIAZ-accreditatie. Dit vereiste veel menskracht op de afdelingen, die de meeste managers liever aan iets anders zouden besteden. Ondanks de inzet van de raad van bestuur om managers van de noodzaak te overtuigen, lukte het niet om het accreditatiekeurmerk te verwerven.”¹³

Met een insteek ‘we zullen wel moeten’ kun je medewerkers niet motiveren, ook als je zelf denkt dat ‘het moeten’ onontkoombaar is. Geloof in de toegevoegde waarde van een kwaliteitsactiviteit – en dat geldt voor alle lagen in de organisatie – is essentieel. Bij een project dat van buiten- of bovenaf wordt opgelegd is het altijd moeilijker om dit geloof te activeren. Bij een zelfontwikkelde kwaliteitsactiviteit wordt een heel ander proces doorlopen. Eerst wordt het project binnen de heersende organisatiecultuur bedacht en

11 PACE = Project Accreditatie algemene Ziekenhuizen

12 NIAZ = Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen

13 Een aantal jaren later is dit wel gelukt.

geïnitieerd en tijdens de ontwikkeling is steeds weer bijstelling mogelijk, zodat het project ‘past’ en ‘herkend’ wordt als ‘iets van ons’.

De externe druk om in landelijke kwaliteitsprojecten ‘te participeren en aan landelijke normen te voldoen is in de 21^e eeuw flink toegenomen. De gevolgen hiervan voor de ziekenhuis kwaliteit en voor de motivatie van medewerkers vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Zorg wordt steeds meer een product

In de jaren negentig was bij de opzet en uitvoering van kwaliteitsactiviteiten veelal de kernvraag: ‘Wat willen patiënten, welke behoefte hebben patiënten?’ Door veranderingen in de financiering verschuift begin 21^e eeuw het accent naar de vraag ‘Hoe kunnen we het patiëntenproces zo efficiënt mogelijk inrichten?’. Daarmee wordt financiële strategie een integraal onderdeel van kwaliteit (en andersom).

“Er komen in het ziekenhuis discussies op gang hoe het patiëntenproces efficiënter kan worden ingericht: op welke wijze kunnen meer patiënten in een korter tijdsbestek en met minder personeel worden geholpen? Wachttijden, zowel klinisch als poliklinisch, kunnen verdwijnen en door steeds meer onderzoeken en afspraken met specialisten op één dag te plannen wordt de doorstroomtijd vanaf het maken van de eerste afspraak tot het afsluiten van de behandeling bekort. Patiënten hoeven dan voor een onderzoek of behandeling minder vaak naar het ziekenhuis en kunnen sneller herstellen. Het ziekenhuis kan in dezelfde tijd en met dezelfde hoeveelheid menskracht meer patiënten helpen, zodat de opbrengst per patiënt toeneemt. Een gevolg is wel dat, door de gerichtheid op een specifieke diagnosecategorie, er afzonderlijke projecten per specialisme ontstaan en er geen ziekenhuisbreed project meer is, met gezamenlijke discussies over kwaliteitsnormen. Het ziekenhuis lijkt steeds meer op een bedrijf en de patiëntenzorg krijgt steeds meer kenmerken van een product”.

Door de vele doorbraakprojecten van het CBO, vooral gericht op het verkorten van de wachttijden en door het landelijke kwaliteitsprogramma Sneller Beter (pijler 3) met als doel verbeterprojecten te implementeren en te verspreiden, werd de gerichtheid op logistieke verbeteringen een landelijke trend in vrijwel alle ziekenhuizen. Zo werd kwaliteit een onderdeel van de zorgmarkt.

Meetbaar maken roept weerstand op

Rond de eeuwwisseling was, met name bij diegenen die zich specifiek met kwaliteit bezighielden, belangstelling ontstaan voor prestatie-indicatoren in het ziekenhuis. Het boek van Ahaus over de Balance Score Card en het INK¹⁴-model (Ahaus 1999) vormde hiervoor een belangrijke motor. In die tijd heb ik een eerste poging gedaan om het ziekenhuisbeleidsplan te vertalen naar prestatie-indicatoren, met als conclusie dat in zo’n plan maar weinig

14 INK = Instituut Nederlandse Kwaliteit.

zaken toetsbaar zijn geformuleerd. Het viel vervolgens niet mee om voldoende draagvlak te vinden voor het ontwikkelen van interne prestatie-indicatoren, dus eigenlijk om een toetsbaar beleid te formuleren. Na vele discussies ging de directie overstag en na nog veel meer discussies ook het medisch stafbestuur, waarop de eerste interne prestatie-indicatoren konden worden vastgesteld.

“Heel bewust hebben we gekozen voor overkoepelende indicatoren, niet gericht op specifieke diagnosecategorieën. De prestatie-indicatoren waren bedoeld om intern te kunnen sturen en om te gebruiken voor het jaarlijkse ziekenhuis- en afdelingsbeleidsplan en de jaargesprekken. De prestatie-indicatoren betroffen niet alleen het zorgproces, maar ook het personeel, de financiën en het gebruik van middelen. Ze waren bedoeld als intern meetinstrument voor het – in gezamenlijk overleg – vastgestelde niveau van kwaliteit. De definitie van kwaliteit werd zo uitgebreid van de organisatie van de directe patiëntenzorg tot het functioneren van de hele organisatie, inclusief de inzet en het gebruik van middelen en het personeelsmanagement. Zo werd het kwaliteitsbeleidsplan een geïntegreerd onderdeel van het algemene ziekenhuisbeleidsplan en andersom. Het viel nog niet mee om – gekoppeld aan het ziekenhuisbeleidsplan – tot een geaccepteerde lijst prestatie-indicatoren te komen. Aanvankelijk was de lijst veel te lang en vervolgens zette het medisch stafbestuur de hakken in het zand door medewerking te weigeren. Uiteindelijk kwamen we in 2004 tot een goedgekeurde lijst, maar de daadwerkelijke toepassing liet nog veel te wensen over. Niet alleen was het lastig om de juiste gegevens boven water te krijgen, er ontstond ook nogal eens discussie over de interpretatie van de resultaten.”

In de besturing van ziekenhuizen zijn financiële resultaten en productiecijfers steeds belangrijker geworden. Middelengebruik krijgt aandacht als dit kosten bespaart. Personeelsmanagement is belangrijk om de juiste mensen binnen te krijgen, maar uiteindelijk moet het ook besparingen opleveren. Het ziekenhuis wordt afgerekend op financiële resultaten en productie. Sturen op andere dan financiële parameters vereist een cultuuromslag binnen en buiten het ziekenhuis. De beste kwaliteit is in toenemende mate die kwaliteit geworden die binnen de normen valt én zo weinig mogelijk kost.

Externe versus interne toetsing

Eind 2003 kwam de inspectie, samen met de NVZ en de OMS, met de mededeling dat er landelijke prestatie-indicatoren voor specifieke diagnosecategorieën waren ontwikkeld en dat elk ziekenhuis verplicht werd om jaarlijks deze gegevens aan te leveren en openbaar te maken¹⁵. Mijn veronderstelling dat de landelijke prestatie-indicatoren de intern ingezette activiteit van ziekenhuisindicatoren zou ondersteunen bleek niet altijd te kloppen.

“Aanvankelijk verliep het opsporen en verkrijgen van gegevens voor de prestatie-indicatoren moeizaam. Niet alleen was het een vraag ‘hoe’ de gegevens verkregen konden worden, ook de

¹⁵ Zie ook hoofdstuk 11.

bereidheid tot aanlevering vormde een probleem. Niet elk specialisme stemde in met de extern geformuleerde landelijke prestatie-indicator voor een bepaalde diagnosecategorie en was dan ook niet altijd bereid de gegevens aan te leveren. Interne inhoudelijke discussie werd belemmerd doordat de formulering van de prestatie-indicator via de landelijke wetenschappelijke verenigingen verliep. Na een aantal jaren is, deels door bijstellingen, maar in belangrijke mate ook door gewinning en een gevoel van onvermijdelijkheid, de weerstand voor het aanleveren van gegevens grotendeels verdwenen. Een mogelijk andere verklaring is dat 'de scores' over het algemeen niet tot externe acties leidden."

Het verzamelen van gegevens voor de externe indicatoren werd veel belangrijker dan voor de interne indicatoren, met als gevolg dat de aandacht voor die laatste verslapte. Onduidelijk is of het verdwijnen van de weerstand tegen de prestatie-indicatoren bij de specialisten een gevolg is van gewinning of van het feit dat de inspectie nauwelijks op de resultaten reageerde.

Externe vraag naar gegevens bepaalt interne aandacht

Na de invoering van de prestatie-indicatoren van de inspectie in 2004 (toen de gegevens over 2003 moesten worden verstrekt) leek het hek van de dam. Er ontstonden allerlei websites (kiesbeter.nl, independer.nl, ziekenhuizentransparant.nl, kindenziekenhuis.nl) voor 'kwaliteitsvergelijkingen'. Steeds weer andere partijen vroegen het ziekenhuis om gegevens aan te leveren. Dit waren ook telkens andere gegevens, waardoor herhaaldelijk opnieuw een speurtocht op touw moest worden gezet. Ook de Consumentenbond vroeg om de paar maanden naar allerlei gegevens over wisselende diagnosecategorieën en publiceerde de resultaten in de Consumentengids¹⁶.

In het ziekenhuis werd gediscussieerd of hierin wel tijd en energie gestoken moest worden, maar al snel bleek het niet aanleveren van gegevens een slechte score op te leveren, met als uitvloeisel negatieve beeldvorming over het ziekenhuis.

Een derde 'vraagstroom' kwam van de verzekeraars, die immers tot taak hadden gekregen op kwaliteit in te kopen. Zij meenden hiervoor veel meer gegevens nodig te hebben over bepaalde ingrepen dan die voor de IGZ prestatie-indicatoren. Zo ontstonden de zogenaamde 'zorgindicatoren' en moesten nóg meer data verzameld worden.

"Zowel in- als extern werd verondersteld, dat het redelijk eenvoudig was om de gevraagde gegevens boven water te krijgen, maar al snel bleek dat het antwoord op een simpele vraag een stuk ingewikkelder wordt als dat cijfermatig moet worden onderbouwd. Dat vereist andere (en specifieke koppelingen van) registraties. Vanzelfsprekendheden moesten bewezen worden en afwijkingen van standaarden onderbouwd. Lang niet iedereen was doordrongen van de noodzaak en van mogelijke consequenties bij nalatigheid. De raad van bestuur maakte extra menskracht en middelen vrij om de processen te ondersteunen en medewerkers van het belang te overtuigen.

16 Zie ook hoofdstuk 11.

Een toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg van alle inspanningen om die gegevens te verzamelen hebben we niet kunnen constateren. Veranderingen en verbeteringen moesten dikwijls plaatsvinden op onderdelen waarvan zorgverleners nauwelijks het nut inzagen. Wel ging hier veel verbeterpotentieel inzitten.”

De verstrekte gegevens voorzagen voor elk van de drie partijen in een ander doel. De inspectie zou te weten komen welke ziekenhuizen slecht scoorden, zodat ze daar nader onderzoek kon gaan doen. Patiënten zouden met behulp van de gegevens op de websites en in de Consumentengids een keuze voor een ziekenhuis kunnen maken. Verzekeraars zouden op basis van de gegevens kunnen bepalen met welke zorgaanbieders ze een contract wilden afsluiten.

Ondanks dat het ziekenhuis alle drie de doelen als een bedreiging ervoer, was niet aanleveren geen optie. Dat zou niet alleen slecht uitpakken voor de beeldvorming, maar het ziekenhuis had natuurlijk ook geen behoefte aan extra bezoek van de inspectie of aan moeizame onderhandelingen met zorgverzekeraars. Het ziekenhuis kon daarom niet anders dan de gegevens aanleveren. Pas later bleek dat de drie partijen de data niet of nauwelijks gebruikten om een oordeel over de ziekenhuiskwaliteit te vellen, maar de ‘angst’ voor eventuele gevolgen had wel de aanlevering bewerkstelligd.

2.2.4 Periode 2005 – 2007

Samenhang kwaliteit, marktwerking en marketing

Al in 1987 had de commissie Dekker de relatie tussen marktwerking en kwaliteit gelegd, op een manier die heel vanzelfsprekend leek. In de regio speelde marktwerking altijd al een rol: het ziekenhuis streefde ernaar om aantrekkelijker, vriendelijker en ook methodisch-technisch beter te zijn dan ziekenhuizen in de omgeving. Gewoon omdat we het beste ziekenhuis wilden zijn.

“Als je zorgt voor kwalitatief goede zorg in een plezierige omgeving met geschikte faciliteiten en met aandachtige zorgverleners komen de patiënten vanzelf naar je toe, zo was mijn uitgangspunt. Huisartsen verwijzen patiënten dan bij voorkeur naar jouw ziekenhuis, je bouwt een goede relatie op met je patiënten, die weer positieve verhalen vertellen aan anderen, die als ze ziek worden, in de toekomst je ziekenhuis gaan bezoeken. Uit een onderzoek in de tweede helft van de jaren negentig naar de redenen waarom patiënten voor ons ziekenhuis kozen werden mond-tot-mondreclame van patiënten en positieve ervaringen van huisartsen inderdaad veel genoemd. Ook een gevoel van lange verbondenheid met het ziekenhuis – kinderen geboren, ouders overleden – bleek een belangrijke motivatie te zijn om voor ons ziekenhuis te kiezen. Mijn veronderstelling was dat deze redenen niet zomaar zouden veranderen.”

Het doorvertellen van goede ervaringen door patiënten werd in de loop der tijd steeds meer aangevuld met specifiek gerichte communicatieactiviteiten van het ziekenhuis. Naast

het jaarverslag kwamen er patiënteninformatiefolders. Journalisten werden benaderd voor artikelen in de krant. Elsevier en het Algemeen Dagblad gingen ziekenhuisvergelijkingen publiceren. Een goede PR leek steeds meer bepaald te worden door een sterk communicatieplan en het op een juiste manier verzamelen en publiceren van gegevens. De begrippen marktwerving en marketing werden steeds vaker door elkaar gebruikt. De invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 versterkte de aandacht voor marketing. 'Het in de markt zetten van je product', 'branding' van de naam van het ziekenhuis en de ontwikkeling van nieuwe producten werden steeds belangrijker.

2.3 Samenvatting en conclusies

De periode 1989 – 1995 is te kenschetsen als een pioniersfase. Door het opzetten en uitvoeren van kwaliteitsprojecten in het ziekenhuis ontstaat het inzicht, dat achter oorzaken (waarom een aanpak niet werkt) vaak andere oorzaken liggen en dat verschillende kwaliteitsaspecten dikwijls als communicerende vaten werken. Geleerd wordt, dat zonder voortdurende aandacht en sturing, de inzet voor kwaliteitverbetering en -borging veelal in de waan van de dag verdwijnt. Om tot een goede samenwerking te komen is het nodig dat cultuurverschillen tussen de betrokken partijen gekend en erkend worden.

De tweede helft van de jaren negentig (1995 – 2000) staat, mede door de verplichting verantwoorde zorg in het kwaliteitsjaarverslag zichtbaar te maken, in het teken van het verzamelen van gegevens over kwaliteit. De conclusie is, dat op ziekenhuisniveau veel data niet zomaar beschikbaar zijn, maar ook dat dezelfde gegevens tot verschillende interpretaties kunnen leiden. De druk die de verplichting tot een kwaliteitsjaarverslag en de aanlevering van gegevens naar inspectie en minister aanvankelijk veroorzaken, zakt weg als blijkt dat de inspectie geen inhoudelijke feedback geeft. De les is, dat succes van ziekenhuisbrede kwaliteitsprojecten is gestoeld op de vruchtbare grond van eerdere interne activiteiten, maar ook op het vasthouden van de betrokkenheid van medewerkers en management om vervolgstappen te kunnen zetten.

In de periode 2000 – 2005 gaan de externe druk en de vragen van externen steeds meer de manier bepalen waarop intern vorm wordt gegeven aan kwaliteit. Kwaliteitsontwikkeling komt hierdoor in een andere 'sfeer' terecht. Medewerkers zijn moeilijker te motiveren voor activiteiten die van buitenaf worden opgelegd dan voor intern ontwikkelde projecten. Al lukt het ook bij interne activiteiten niet altijd om de aandacht blijvend vast te houden. Onduidelijk is of het verdwijnen van weerstand bij specialisten tegen (het aanleveren van gegevens voor) de prestatie-indicatoren is veroorzaakt door gewenning, de rol van de wetenschappelijke verenigingen, acceptatie van het onvermijdelijke of het uitblijven van een reactie van de inspectie op de resultaten.

In de periode na 2005 raken de externe vragen steeds meer verbonden met de marktwerving en daarmee met het financieel functioneren van het ziekenhuis. Kwaliteit wordt *core business*. Het moeten aanleveren van gegevens waarvan medewerkers het nut niet inzien

wordt als demotiverend ervaren. De PR van het ziekenhuis, in het verleden gestoeld op positieve verhalen van patiënten en ervaringen van huisartsen, wordt steeds meer gestuurd door de afdeling communicatie, die bepaalt waar, wanneer en hoe welke informatie aan specifieke doelgroepen verstrekt moet worden.

Dit hoofdstuk laat zien dat waarde vrij sociaalwetenschappelijk onderzoek vrijwel onmogelijk is. De blik van de onderzoeker, maar ook van de lezers, zal eerder bepaald worden door wat wordt herkend dan door het onbekende. Een onderzoeker met veel praktische ervaring in het te bestuderen veld zal anders kijken dan iemand zonder deze praktijkkennis. Een praktisch onderlegde onderzoeker kan enerzijds bepaalde gebeurtenissen beter interpreteren, maar anderzijds kunnen dingen ook zo vanzelfsprekend zijn dat het bijzondere niet wordt herkend.

Mijn praktijkervaringen hebben zonder twijfel mijn blik als onderzoeker beïnvloed, maar dat laat het streven om een zo objectief mogelijke analyse te maken onverlet.

3

Theoretisch kader

3.1 Inleiding

In de verkennende fase voor dit proefschrift ben ik op zoek gegaan naar sociaal theoretische verklaringen voor de analyse van veranderingen in de kwaliteitsontwikkeling in het ziekenhuis en de rol van verschillende partijen daarbij.

De civilisatietheorie van Norbert Elias (1982) liet mij zien dat ontwikkelingen in de vormgeving van kwaliteit, samenhangen met gedragsveranderingen in de maatschappij en dus ook met het civilisatieproces. De beschrijving door Foucault (1989) van het voortschrijdende proces van maatschappelijke disciplineren verhelderde de ontwikkeling van toenemende standaardisering en controle in de zorg, die de vormgeving van kwaliteit sterk lijkt te hebben beïnvloed. De vertaling door Bourdieu (1989) van het begrip ‘macht’ naar economisch-, cultureel-, en sociaal kapitaal, bood verklaringen voor het verloop en de uitkomsten van de machtsstrijd tussen de verschillende partijen in de medische zorg. De Swaan (1996) tenslotte liet zien hoe vereniging van individuen in een collectief de kans vergroot om gezamenlijke doelstellingen te bereiken en in de strijd tussen veldpartijen succes te boeken en hoe dit weer met individuele zelfdisciplineren samenhangt.

Deze vier sociale theorieën maakten inzichtelijk, dat achter mijn vragen: ‘Hoe heeft de kwaliteit in ziekenhuizen zich ontwikkeld?’ en ‘Welke rol hebben de verschillende partijen in de zorg daarbij gespeeld?’ andere vragen schuilgingen: vragen naar het ontstaan van veranderingen in collectieve gedragspatronen en of bewuste beïnvloeding van deze gedragspatronen mogelijk is. Deze inzichten hebben mij gebracht tot de definitieve formulering van de onderzoeksvraag en het besluit, om bij de uitwerking en beantwoording het theoretisch concept ‘regulerende patronen’ toe te passen.

Dit hoofdstuk geeft een theoretische onderbouwing voor het uitgangspunt van dit onderzoek, dat de samenleving van mensen vorm krijgt door regulerende patronen en dat deze patronen ook de manier bepalen waarop de kwaliteit van zorg vorm krijgt. Ook verken ik het ontstaan, de functie en de verandering van regulerende patronen. Doel is de ontwikkeling van een theoretisch kader voor het empirisch onderzoek naar het ontstaan van veranderingen in de kwaliteitsontwikkeling van de medische zorg in ziekenhuizen en de regulerende patronen die deze veranderingen sturen.

Het ontstaan en de functies van regulerende patronen zijn terug te vinden in de maatschappij, het sociale veld en bij de sociale partijen. Met ‘de maatschappij’ wordt verwezen naar het algemene overheidsbeleid en naar maatschappelijke opvattingen over publieke diensten, risico’s en verantwoordelijkheden. Met ‘het sociale veld’ wordt geduid op de afhankelijkheidsrelaties tussen de verschillende sociale partijen in de zorg – inspectie, medische professies, ziekenhuisbesturen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties – die samen met de overheid, de spelregels voor de kwaliteit van ziekenhuiszorg bepalen.

Daarnaast geven de individuele leden van elke sociale groep betekenis aan de eigen ervaringen en werkelijkheid, betekenissen die op hun beurt regulerende patronen binnen die sociale groep genereren en veranderen. Op alle vier de niveaus – maatschappij, sociale veld, sociale groep en individu – is de werkelijkheid subjectief, meerduidig en afhankelijk van periode en context. Tegelijkertijd kunnen de vier niveaus niet onafhankelijk van elkaar worden beschouwd, ze staan in voortdurende wisselwerking met elkaar.

Door meerdere sociale theorieën met elkaar te vergelijken, te interpreteren en te contrasteren kom ik tot een gedeelde constructie (Mortelmans 2007) waardoor een theoretisch kader ontstaat voor de analyse van de regulerende patronen in mijn empirisch onderzoek.

In paragraaf 3.2 verken ik eerst de samenhang tussen maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in regulerende patronen en de manier waarop de oorsprong van die veranderingen achterhaald kan worden. Vervolgens worden vier vormen van disciplineren met daarbij behorende gedragspatronen nader uitgewerkt. Paragraaf 3.3 brengt in kaart hoe de sociale groepen binnen één sociaal veld samen vormgeven aan gedragsregels binnen dat veld. Om het intern functioneren van een sociale groep inzichtelijk te maken, wordt de rol van het collectief verkend, waarbij ook verklaard wordt hoe zelfdisciplineren en het functioneren van sociale groepen met elkaar samenhangen. Paragraaf 3.4 gaat in op de verankering van regulerende patronen door socialisatieprocessen en de rol van gelijkvormigheid bij de acceptatie van een verandering. Ook worden basiskenmerken beschreven om vast te stellen of sprake is van een regulerend patroon. In paragraaf 3.5 wordt dit hoofdstuk samengevat en aangegeven hoe het theoretisch kader zal worden toegepast bij de analyse van (veranderingen in) regulerende patronen.

3.2 Maatschappelijke veranderingen en veranderingen in regulerende patronen

3.2.1 Het civilisatieproces van Norbert Elias

Elias’ beschrijving van ‘het civilisatieproces’ geeft inzicht in “vormen van gedrag die typerend worden geacht voor de mensen van de Westerse beschaving.” (Elias 1982, 11) Deze gedragspatronen zijn collectief geprogrammeerd en worden in dit proefschrift ‘regulerende

patronen' genoemd. Elias laat niet alleen zien hoe veranderingen in gedrag samenhangen met ontwikkelingen in de maatschappij. Hij laat ook zien dat, om de oorsprong van veranderingen te achterhalen, het nodig is om op zoek te gaan naar veranderingen in de grondstructuren van de maatschappij. "Grondstructuren waardoor alle afzonderlijke gebeurtenissen binnen een bepaald sociaal veld gestuurd en gevormd worden." (Elias 1982, 298) Hij waarschuwt dat zwenkingen, die in de eigen tijd van nabij worden waargenomen, de blik op de algemene trend in het proces kunnen vertroebelen (Elias 1982, 253) en dat het tempo van de veranderingen vaak zo traag is dat ze voor een individu meestal niet waarneembaar zijn. "Pas vanaf een bepaald niveau van feitenkennis is er in de eindeloze hoeveelheid afzonderlijke historische feiten een hechtere structurele samenhang te zien." (Elias 1982, 299). Alleen door de ontwikkelingen op een rij te zetten en vervolgens afstand te nemen, worden veranderingen in de tijd zichtbaar. Een andere aanwijzing is dat je je niet moet beperken tot het bestuderen van één functionele laag binnen een sociaal veld, maar dat ook "een studie moet plaatsvinden van de relaties tussen de verschillende functionele lagen die binnen een sociaal veld aan elkaar gebonden zijn." (idem 298)

3.2.2 Vier belangrijke maatschappelijke grondstructuren

Elias (1982) noemt vier belangrijke maatschappelijke grondstructuren. Aan elke grondstructuur kan een maatschappelijke verandering gekoppeld worden:

1. Het verdwijnen van de suprematie van de kerk, dit maakt de weg vrij voor de secularisatie van het denken. Zonder deze secularisatie zou de 'rationalisering' niet tot ontplooiing hebben kunnen komen (Elias 1982, 302). Dit leidt tot een maatschappelijke verandering die tot uiting komt in de ontzuiling in de jaren zestig van de 20^e eeuw.
2. Een verandering in de menselijke relaties waarbij in de loop van de tijd het beschikken over monopoly kansen van een erfelijke en particuliere taak geleidelijk aan verandert in een algemeen maatschappelijk en publiek controleerbare functie (Elias 1982, 344). De relatie met de democratiseringsgolf uit de jaren zeventig van de 20^e eeuw kan hiermee gelegd worden.
3. De voortdurende accumulatie van kennis die leidt tot "een bijdrage tot de verandering van het menselijke samenleven en tot veranderingen in de door mensen gevormde figuraties." (Elias 1970, 9) Dit heeft geleid tot de toenemende individualisering die vanaf de jaren tachtig van de 20^e eeuw in onze maatschappij tot uiting is gekomen.
4. De toenemende interdependentie binnen de maatschappij die steeds meer vraagt om afstemming op elkaar van steeds meer mensen. "Het weefsel van de handelingen moet steeds meer preciezer en strikter georganiseerd zijn opdat de afzonderlijke handeling daarin haar maatschappelijke functie vervuld." (Elias 1982, 242) Deze toenemende afhankelijkheid heeft geleid tot een toenemende disciplineren van individuen.

3.2.3 Verschillende vormen van disciplineren

Het is niet alleen de toenemende interdependentie die tot een toenemende disciplineren leidt om gedrag en handelingen op elkaar af te stemmen. Disciplineren kent verschillende verschijningsvormen en betekenissen.

Disciplineren van het individu ten behoeve van economisch nut

In zijn boek 'Discipline, Toezicht en Straf' (1989) beschrijft Foucault de groeiende bewustwording vanaf de 18^e eeuw, dat individuen tot nuttige instrumenten gevormd kunnen worden. "Uit een ongevormde massa, uit een ongeschikt lichaam, wordt de gewenste machine vervaardigd" (idem, 188) en "het lichaam wordt ontdekt als voorwerp en doelwit van de macht" (idem, 189). Disciplineren van het individu ten behoeve van maatschappelijk nut heeft grote invloed op de machtsverhoudingen. Foucault (idem, 192) noemt dit de geboorte van een politieke anatomie waarmee macht wordt verkregen over de lichamen van anderen. Niet alleen doen individuen wat er van hen wordt verlangd, ze gaan ook op de juiste manier functioneren, in het gewenste tempo en met het beoogde resultaat.

In Nederland zien we deze ontwikkeling met name in de industriële revolutie in de 19^e eeuw, als de behoefte aan werkrachten sterk toeneemt. Mensen die voorheen van de hand in de tand leefden bleken 'gedisciplineerd' te kunnen worden om in fabrieken ingezet te worden. Sinds die tijd heeft het individu een economische waarde, dit blijkt bijvoorbeeld als iemand ziek wordt. Vanwege de negatieve economische waarde van een 'patiënt' voor de maatschappij groeide vanaf de 19^e eeuw de economische betekenis van het voorkomen van ziekten (preventie) en het zorgen voor herstel (gezondheidszorg).

Zelfdiscipline voor individueel voordeel

Mensen worden niet alleen gedisciplineerd door externe omstandigheden, in de loop der tijd gaan ze ook zichzelf steeds meer disciplineren. De toenemende interdependentie in de privé- en werksituatie spelen hierbij een belangrijke rol. Leven in een stad, in plaats van in een dorp, betekent samenleven in een grote gemeenschap met meerdere sociale lagen, op een veel kleiner oppervlak. "Onderlinge nabijheid en een hoge mate van functionele interdependentie karakteriseren de stedelijke samenlevingsvorm" (de Swaan 1996, 128). In plaats van alles zelf te doen worden taakverdelingen afgesproken, met als gevolg vele nieuwe private functies zoals bakker en slager, maar ook publieke functies voor het ophalen van vuil en wegenonderhoud.

In fabrieken en andere werksituaties wordt het arbeidsproces in verschillende taken opgesplitst, wat de onderlinge afhankelijkheid versterkt en goede afspraken noodzakelijk maakt. Personen, die in de privé- en werksituatie goed met afspraken weten om te gaan, rekening houden met anderen, vooruit denken over de mogelijke gevolgen van hun handelen, hun geld niet in één keer tegelijk uitgeven en er niet meteen bovenopslaan, behalen maatschappelijk voordeel.

Elias (1982) beschrijft hoe deze actieve zelfdisciplinerende, zelfcontrole of zelfdwang deel uitmaakt van het civilisatieproces; onafhankelijk van controles door anderen en ingebouwd als een zelfwerkend automatisme. Volgens Elias (1982, 193) is, als gevolg van deze actieve zelfdisciplinerende, in de loop der eeuwen een verschuiving in de menselijke betrekkingen opgetreden. De Swaan (1996, 22) trekt een vergelijkbare conclusie: "Geleidelijk hebben mensen geleerd voorzichtiger om te gaan met tijd, geld, goederen en hun eigen lichaam; om vaker met meer wensen van mensen rekening te houden; om verder vooruit te denken." Individuele zelfbeheersing of zelfdiscipline is een voorwaarde voor wederzijdse afhankelijkheid.

In het voorbeeld van patiënten komen de top down en bottom up disciplinerende bij elkaar. Mensen die zich weten te houden aan hygiëneregels en doktersvoorschriften zullen ziekte kunnen voorkomen en sneller herstellen, met economisch nut voor de samenleving, maar zij hebben daar zelf ook belang bij.

Noodzaak bewijsbare kwalificaties

In de loop der tijd is een diploma of certificaat om beschikbare kwalificaties aan te tonen steeds belangrijker geworden. Bourdieu (1989) noemt dit een "brevet van culturele competentie", of te wel erkende exclusieve kennis. Foucault (1989, 256-257) stelt dat "door het examen individuen zichtbaar worden gemaakt, zodat ze gedifferentieerd en gestraft kunnen worden. "Het bezit van een diploma geeft tevens erkenning bij een specifieke groep te horen en wekt bij anderen het 'vertrouwen' dat bepaalde kennis voorhanden is". De Swaan constateert dat het behalen van een bewijsbare kwalificatie, over een periode van generaties, voor een steeds grotere groep een 'normaal' en 'dwingend' patroon geworden: "Wat eerst een mogelijkheid was voor enkelen is een noodzaak geworden voor iedereen." (de Swaan 1996, 8)

De vraag naar bewijsbare kwalificaties beperkt zich niet tot individuen maar heeft zich uitgebreid naar organisaties en dient steeds vaker als bewijs voor de kennis en kunde van een organisatie om betrouwbare producten te maken of diensten te leveren. Diploma's, maar ook keurmerken en certificaten, zijn controle-instrumenten geworden om vooraf vast te stellen of aan bepaalde kwalificaties wordt voldaan. Ze bepalen wie wel en niet geacht wordt bij een sociale groep te horen en bepalen daarmee ook de toegang tot het sociale veld.

Meer regels, toezicht en controle

Door de sterkere onderlinge afhankelijkheid moeten steeds meer afspraken gemaakt worden om te kunnen samenleven en -werken en, naarmate de groep groter wordt, wordt het steeds noodzakelijker om deze afspraken vast te leggen; de regels moeten aantoonbaar zijn en opgezocht kunnen worden. Daarom is ook de sociale wetgeving toegenomen. Gekoppeld aan regels rond samenleven en -werken ontstaat ook de behoefte aan controle of de afspraken wel worden nagekomen. Naarmate de groep die in de gaten gehouden moet worden groter wordt, neemt de behoefte aan controle toe, en wanneer binnen een groep

verschillende taken uitgevoerd moeten worden, wordt die controle niet alleen belangrijker, maar ook ingewikkelder (Foucault 1989). De controle vraagt steeds meer tijd, menskracht en kennis van de inhoud van de taken. Er moet: “gespecialiseerd personeel worden aangenomen dat permanent aanwezig is en duidelijk te onderscheiden is van de arbeiders.” (Foucault 1989, 243) Dit gespecialiseerde personeel moet niet alleen kennis hebben van de inhoud van de taken, maar ook als ‘controleur’ door de groep geaccepteerd worden.

De eerste drie vormen van disciplineren – ten behoeve van economisch nut, individueel voordeel en bewijsbare kwalificaties – zijn vooral individueel gericht. De toename van regels, toezicht en controle is meestal gericht op disciplineren van een groep en speelt zich dus af in het sociale veld.

3.3 Gedragsveranderingen in een sociaal veld

3.3.1 Relaties binnen een sociaal veld

In paragraaf 3.2.1 sprak Elias (1982, 298) over “een studie van de relaties tussen de verschillende functionele lagen die binnen een sociaal veld met elkaar verbonden zijn”. Voor mijn onderzoek betekent dit: ‘het bestuderen van de onderlinge relaties van de veldpartijen, hoe deze onderlinge relaties vorm krijgen en waar dit toe leidt’.

Bij het bestuderen van de onderlinge relaties en de vormgeving van het veld bieden de begrippen van Bourdieu (1989) ondersteuning. Hij beschrijft hoe het bezit van een bepaalde macht bepalend kan zijn voor de vormgeving van spelregels in het veld en daarmee ook voor de kans om specifieke doelstellingen te bereiken. Macht is in termen van Bourdieu (1989) het bezit van economisch, sociaal en cultureel ‘kapitaal’. Binnen elk veld is macht ongelijk verdeeld en een partij wordt alleen als speler erkend als hij over een bepaalde macht – om winst te behalen of een doelstelling te bereiken – beschikt, die door de andere partijen wordt erkend (Bourdieu 1989). Volgens Bourdieu heeft elk sociaal veld eigen spelregels, die door iedereen binnen dat veld worden erkend. Op elk veld wordt een eigen spel gespeeld om specifieke inzetten en met afspraken wie wel en niet mogen meedoen. Om de eigen positie in het veld te handhaven of te verbeteren heeft een partij volgens Bourdieu geen andere keuze dan voortdurend strijd te leveren. De drie vormen van macht die Bourdieu (1989) onderscheidt – economisch, cultureel en sociaal kapitaal – worden hieronder uitgewerkt.

Economisch kapitaal

Dit is de macht om, door geld beschikbaar te stellen, bepaalde activiteiten binnen het veld wel of niet te laten plaatsvinden. Economisch kapitaal wordt verkregen door inkomen en/of vermogen (Bourdieu 1989). In een verzorgingsstaat verwerft de overheid inkomsten door het heffen van belastingen. De verkregen gelden worden vervolgens – op basis van sociale wetgeving en subsidieverstrekking – over de diverse velden herverdeeld om bepaalde activiteiten te laten plaatsvinden. De mogelijkheid om veranderingen in de financieringsregels

aan te brengen leidt eveneens tot een herverdeling van gelden en is daarom ook een vorm van economisch kapitaal. Binnen de sociale velden is de overheid de partij met het meeste economisch kapitaal.

Cultureel kapitaal

Bourdieu onderscheidt drie vormen van cultureel kapitaal: (1) persoonsafhankelijk, niet overdraagbaar en volledig individueel bepaald. Het verkrijgen hiervan kost tijd die persoonlijk moet worden geïnvesteerd. Voorbeelden zijn sporttraining of praktijkervaring, (2) in de vorm van verwerving van materiële cultuurgoederen als schilderijen, boeken of instrumenten en (3) door het verkrijgen van een diploma als een brevet van culturele competentie. Een diploma geeft een sociaal aanvaardbare, stabiele en wettelijk gegarandeerde culturele waarde, het bepaalt de waarde van het bezit van een bepaalde titel in verhouding tot andere titels.

Sociaal kapitaal

Sociaal kapitaal is de macht om door het lidmaatschap van een duurzaam netwerk van relaties (connecties) invloed uit te oefenen. Een netwerk dat onderling bekend en erkend is en dat ieder lid van de groep de ruggensteun geeft van het collectieve kapitaalbezit. Bezit van sociaal kapitaal geeft invloed op het beschikbaar stellen van geld en middelen; je wordt eerder gevraagd als lid van een adviesorgaan of bestuur en het maakt het makkelijker om bronnen van cultureel kapitaal aan te boren of subsidies te verkrijgen.

Deze drie vormen van kapitaal zijn niet los van elkaar te zien. De inzet van cultureel en/of sociaal kapitaal kan bijvoorbeeld van grote invloed zijn op de inzet van economisch kapitaal.

3.3.2 Functioneren van een collectief binnen een sociaal veld

Samenhangend met de toename van 'zelfdiscipline voor individueel voordeel' is het bewustzijn dat het persoonlijke belang soms beter gediend is door individuen met dezelfde belangen samen te voegen (de Swaan 1996). De directe individuele bevrediging verschuift naar het collectief behalen van doelstellingen op langere termijn, in de verwachting dat daarmee de kans om het eigen doel te realiseren groter wordt (de Swaan 1996). Dit is zowel een uiting van toenemende individuele disciplinerende als een ontwikkeling in het civilisatieproces. Aan het besluit een collectief op te richten kunnen verschillende redenen ten grondslag liggen:

- *Het voorkomen van onheil:* Voorbeelden zijn de vroegere doktersfondsen, arbeiderscollectieven en de vrijwillige brandweer, maar ook een buurtvereniging, die de aanleg van een weg door de wijk wil tegenhouden.
- *Het versterken van de groepspositie:* Bijvoorbeeld een groep aanbieders van diensten, die samen gaan vaststellen wie voor het lidmaatschap van hun groep in aanmerking komt en hoe en onder welke voorwaarden diensten in hun werkgebied aan de samenleving wordt aangeboden (van Herk 1997, 26). Voorbeelden zijn verenigingen van individuele beroepsbeoefenaren en koepelorganisaties van branchegenoten.

- Een proces van collectieve actie waarvan De Swaan (1996, 39) het volgende voorbeeld geeft: “In de verdediging tegen vreemde indringers sluiten boeren zich aaneen als een defensiegemeenschap en zij ontwikkelen strijdmethoden die collectieve actie vereisen. Hebben zij eenmaal een hecht verband gevormd, dan wordt een aanslag op een hunner ervaren als een aanval op allemaal.”

Een belangrijk kenmerk van een collectief is, dat het lidmaatschap en het gedrag van de leden (zich voegen naar afspraken etc.) niet kan worden afgedwongen en dat doeltreffend straffen onmogelijk is, behoudens door het opzeggen van het lidmaatschap. Het is allemaal op vrijwillige basis. Geen lid zijn heeft geen consequenties, net zo min als het niet nakomen van afspraken. Zelfs wanneer er een formele structuur is, zoals het tuchtrecht voor artsen, kan wel een uitspraak over het handelen worden gedaan en een aanwijzing voor verbetering worden gegeven, maar de enige strafmaat die het collectief kan toepassen is uitsluiting.

Het aanwijzen van een collectief als onderhandelingspartij met de overheid en als overleg-partner in het sociale veld, kan het bestuur in een lastige positie brengen en consequenties hebben voor het draagvlak bij de achterban. Het bestuur van een collectief met een hoge organisatiegraad (veel potentiële leden zijn lid) kan zich makkelijker zeker stellen van draagvlak bij de achterban voor mogelijke consequenties van onderhandelingen dan een bestuur van een collectief met een lage organisatiegraad. Bij een collectief met weinig leden, dat wel als onderhandelingspartner is aangewezen, is het risico groter dat overeenkomsten door de achterban niet worden uitgevoerd. Onvoldoende draagvlak bepaalt de macht en kracht van het collectief in het sociale veld.

3.4 Voorwaarden en condities bij regulerende patronen

Deze paragraaf beschrijft (1) de rol van het socialisatieproces bij het aanleren of veranderen van gedrag, (2) de rol van geloof en gelijkvormigheid bij de acceptatie van een gedragsverandering en (3) de basiskenmerken waaraan een gedragspatroon moet voldoen wil daadwerkelijk sprake zijn van een regulerend patroon.

3.4.1 Het socialisatieproces

Het socialisatieproces is belangrijk voor het aanleren, handhaven en veranderen van individueel gedrag (Bourdieu 1989, Elias 1982, Foucault 1989, de Swaan 1996). Iedere sociale groep¹⁷ hanteert eigen socialisatieprocessen en normen. Het juiste gedrag wordt beloond met acceptatie door de groepsleden. Een individu past zich aan de sociale groep aan, met als gevolg een grotendeels onbewuste zelfcontrole en ‘programmering’ van collectieve gedragspatronen. Zo ontstaan patronen die het handelen door (leden van) sociale groep reguleren.

¹⁷ Sociale groep is een groep mensen met gemeenschappelijke kenmerken (familie, opleiding, werk, buurt etc.)

Naarmate een sociale groep meer belang heeft bij het behoud van zijn positie, zowel binnen het sociale veld¹⁸ als in de maatschappij, groeit bij individuele groepsleden de angst voor verlies van de groepspositie. Hierdoor ontstaat een drijfkracht tot handhaving van bepaald gedrag en versterking van wederzijdse controle (Elias 1982, 264). De regulerende groeps patronen worden zo sterker verankerd. Elias (idem, 278) ziet angst voor verlies of vermindering van maatschappelijk prestige als een van de sterkste impulsen die dwang van anderen transformeert in zelfdwang: externe dwang leidt dan tot interne disciplineren.

3.4.2 Geloof en processen van gelijkvormigheid

Berger en Luckman (1967) laten zien dat bij succesvol programmeren volgens patronen mensen hun twijfels 'tussen haakjes' zetten en steeds meer gaan geloven in de juistheid van de sociale constructie. Daardoor krijgt de subjectieve constructie van de realiteit een min of meer objectief en algemeen karakter en raken steeds meer mensen overtuigd, zo ontstaan veranderingen in regulerende patronen. Verschillende processen bevorderen het geloof van mensen en organisaties in de juistheid van een verandering. Powell en Dimaggio (1991) beschrijven drie soorten gelijkvormigheid die binnen een sociaal veld het ontstaan van 'geloof in de juistheid' beïnvloeden.

Nabootsende gelijkvormigheid (mimetic isomorphism)

Om onzekerheid te vermijden hebben organisaties de neiging om populaire modellen en methoden na te bootsen (Soeters 1995). De eersten die vernieuwingen toepassen, doen dit meestal vanuit de wens om te verbeteren, maar zodra de vernieuwing zich verder verspreidt, wordt een drempel bereikt waar het overnemen van de vernieuwing eerder gericht is op legitimering dan op prestatieverbetering (Dimaggio en Powell 1983, Rosier-Goorden 2011). De motivatie voor dit kopieergedrag ligt dikwijls in het door de organisatie-leiding veronderstelde belang van meegaan in een landelijke trend of in het vertrouwen in kennis van externen. De verwachting is dat 'meeliften' winst oplevert. Soeters (1995) noemt de volgende voorbeelden: volgen van dezelfde managementcursussen, inschakelen van dezelfde externe consultants en (laten) uitvoeren van benchmarks. Bij de directiebeslissing tot deelname speelt motivatie van medewerkers meestal geen grote rol, terwijl aannemelijk is dat het succes van een nieuwe aanpak juist wel wordt bepaald door het geloof van medewerkers in 'de juistheid van de constructie'.

Normatieve gelijkvormigheid (normative isomorphism)

Normatieve gelijkvormigheid verwijst naar de harmonisering van professionele normen en waarden onder invloed van opleidingsinstanties en beroepsorganisaties (F. Hendriks 1996, 219), mede als gevolg van het door professionals gehechte belang aan harmonisatie van de opleidingseisen (Foucault 1989). Dimaggio en Powel (1983) zien normatieve gelijkvormigheid

18 Sociale veld is een onderdeel van de maatschappij met een afhankelijkheidsrelatie tussen meerdere sociale groepen, gericht op het afnemen of leveren van bepaalde producten of diensten en waarbij een publiek/-private relatie met de overheid wordt onderhouden.

als een bijproduct van professionalisering, die de kracht en macht van een beroepsgroep versterkt, waardoor de professionals zelf de beroepseisen kunnen vaststellen. Van Herk (1997, 26) noemt dit een van de kenmerken van zelfregulering. Normatieve gelijkvormigheid vergroot de kans op het behalen van gezamenlijke doelstellingen. Het socialisatieproces, dat zo'n belangrijke rol speelt bij de opleiding tot de medische professie (Witman 2007), vergroot de kans van artsen op het behalen van hun gezamenlijke doelstellingen. De convergentie in opleidingen en beroepsgroepsvorming heeft tot gevolg dat de professionals zich steeds minder van elkaar onderscheiden en dat organisaties in sterk geprofessionaliseerde bedrijfstakken steeds meer op elkaar gaan lijken (Soeters 1995).

Afgedwongen gelijkvormigheid (coercive isomorphism)

Organisaties worden vaak gedwongen om hun procedures af te stemmen op de regels en eisen van machtige externe instanties zoals de staat. Deze gelijkvormigheid wordt met name afgedwongen door organen met een wettelijke of staatkundige basis of met een publiekrechtelijke toezichthoudende rol. Publiekrechtelijk toezicht heeft een wettelijke grondslag en is gericht op het borgen van publieke belangen en maatschappelijke doelstellingen. Voorbeelden van deze controlerende organen in de zorg zijn: de IGZ, de NMa en de NZa. Soeters (1995) beschouwt druk van patiënten- en consumentenorganisaties als een informele druk als gevolg van blootstelling aan maatschappelijke verwachtingen.

Gedwongen gelijkvormigheid kan ook ontstaan door het geloof dat, als de regels niet worden gevolgd, de negatieve consequenties groot zijn. Deze angst weegt veelal zwaarder dan het geloof in de inhoudelijke juistheid. Het afdwingen van gedrag om te voldoen aan regels van een externe machtige instantie zal aanvankelijk weerstand oproepen. Langdurige controle op het gewenste gedrag, in combinatie met de mogelijkheid van sancties, leidt uiteindelijk tot zelfdisciplineren. Dit hoeft dus niet te betekenen dat de 'inhoud' van een regel geïnternaliseerd is, maar het geloof in het belang de regel te volgen wel.

Deze drie strevingen naar gelijkvormigheid bevorderen alle drie de neiging van organisaties om, binnen hetzelfde institutionele veld, in hun denken en doen naar elkaar toe te bewegen. Ze kunnen alle drie het geloof in de juistheid van ander gedrag versterken, met als gevolg een ander regulerend patroon. Aannemelijk is, dat naarmate een bepaalde activiteit een sterker streven naar gelijkvormigheid uitlokt, de kans toeneemt dat regulerende patronen veranderen.

3.4.3 Basiskenmerken regulerend patroon

In hoofdstuk I is een regulerend patroon door mij gedefinieerd als: "een collectief gedragspatroon dat de samenleving van mensen vormgeeft en door middel van socialisatieprocessen wordt overgedragen."

Om vast te stellen of werkelijk sprake is van een regulerend patroon heb ik, gebaseerd op de basiskenmerken van Berger en Berger (1980) voor een sociale institutie, vijf basiskenmerken voor een regulerend patroon geformuleerd:

1. Een regulerend patroon bestaat buiten het individu, een individu alleen kan een regulerend patroon niet elimineren, maar ook niet creëren.
2. Er is sprake van een regulerend patroon als een maatschappelijke meerderheid of nagenoeg iedereen, het er over eens is dat het regulerende patroon bestaat en dat de regels geldig zijn.
3. Een regulerend patroon is dwingend, het wordt door socialisatieprocessen of wetgeving overgedragen. Overtreding wordt bestraft.
4. Een regulerend patroon heeft een moreel gezag: wie de wet overtreedt is niet alleen strafbaar, maar wordt ook als immoreel gezien.
5. Een regulerend patroon groeit historisch, krijgt in de loop van de tijd vorm

Afhankelijk van het niveau waarop het regulerende patroon betekenis geeft verwijst 'maatschappelijke meerderheid' naar de sociale groep, het sociale veld of de maatschappij.

3.5 Toepassing theoretisch kader bij de analyse

Voor het gebruik van de analyse van veranderingen - binnen de partijen, in het sociale veld en in de maatschappij - heb ik het theoretisch kader in drie vragen samengevat:

1. Wat is de invloed geweest van de ontzuiling, de democratisering, de toenemende individualisering en de toenemende disciplinerende op gedragsveranderingen in de maatschappij in relatie tot de kwaliteit van de ziekenhuiszorg?
2. Welke veranderingen hebben binnen het sociale veld plaatsgevonden door de invloed van bepaalde partijen (de sociale groepen), de manier waarop wordt omgegaan met de macht van andere partijen, door verschuivingen in de rol en de uitwisseling van de verschillende vormen van kapitaal en/of door de toename van regels, toezicht en controle binnen het sociale veld?
3. Welke veranderingen zijn binnen partijen te constateren ten gevolge van externe en interne disciplinerende, de noodzaak van bewijsbare kwalificaties, specifieke kenmerken en knelpunten van collectieven, het (ontstaan van) geloof in bepaalde sociale constructies en ten gevolge van neigingen tot gelijkvormigheid (nabootsing, harmonisering professionele normen, afstemming machtige instanties)?

Bij de analyse van de kwaliteitsactiviteiten besteed ik specifiek aandacht aan het ontstaan van geloof in de juistheid van de activiteit en de rol die de processen van gelijkvormigheid daarbij spelen.

4

Methodologie

4.1 Inleiding

Een onderzoek naar de veranderingen in de vormgeving van kwaliteit in ziekenhuizen en de rol van regulerende patronen en kwaliteitsactiviteiten daarbij heeft nog niet eerder plaatsgevonden. Dit hoofdstuk beschrijft de methodologische achtergronden van het empirisch onderzoek.

In paragraaf 4.2 wordt het onderzoek methodologisch verantwoord. Paragraaf 4.3 geeft een beschrijving van het selectieproces van de landelijke kwaliteitactiviteiten en de interviews. In paragraaf 4.4 beschrijf ik de opzet van de historisch sociologische reconstructie, die de basis vormt voor de beschrijving van de algemene ontwikkeling van kwaliteit in ziekenhuizen en van de ontwikkeling van specifieke landelijke kwaliteitsactiviteiten. Ook licht ik toe hoe het theoretisch kader is gebruikt voor de analyse van de historisch sociologische reconstructies en voor vaststelling van de regulerende patronen die de vormgeving van kwaliteit in ziekenhuizen bepalen. Paragraaf 4.5 beschrijft de rapportage van de onderzoeksresultaten.

4.2 Methodologische verantwoording

Veranderingen in instituties en in regulerende patronen

Berger (1980, 66) heeft *instituties* gedefinieerd als: ‘regelende patronen die functioneren als programma’s die door de maatschappij aan het gedrag van individuen worden opgelegd’. Ik heb een *regulerend patroon* gedefinieerd als ‘een collectief gedragspatroon dat de samenleving van mensen vormgeeft en door middel van socialisatieprocessen wordt overgedragen’. Deze twee definities leggen het zwaartepunt verschillend maar liggen heel dicht bij elkaar. Bij instituties wordt uitgegaan van de maatschappij die het individuele gedrag stuurt, bij regulerende patronen vormt het individu het startpunt. In de kern verschilt het uitgangspunt, maar in de praktijk kan het onderscheid niet altijd gemaakt worden, er is immers voortdurend een wederzijdse wisselwerking tussen individu en maatschappij.

De afgelopen decennia is de aandacht voor institutionele veranderingen in de wetenschappelijke literatuur toegenomen (Dimaggio en Powell 1983, Mahoney en Thelen

2010, Brown, et al. 2010, Light 2000a, Mahoney 2000, Streeck en Thelen 2005). Omdat ik veronderstel dat kennis over het veranderen van regulerende patronen bijdraagt aan kennis over institutionele veranderingen, is het belangrijk de onderlinge relatie te benoemen.

Mijn onderzoek toont het belang aan van gedetailleerd historisch empirisch onderzoek om veranderingen in regulerende patronen te kunnen begrijpen. Wallenburg (2012, 192) trekt in haar proefschrift eenzelfde conclusie wat betreft de analyse van institutionele veranderingsprocessen. Volgens haar laat het huidige theoretische debat over institutionele verandering zien, dat gedetailleerd historisch empirisch onderzoek nodig is om goed inzicht te krijgen in het verloop van institutionele transities. Wallenburg (idem) benadrukt het belang van het bestuderen van de interacties tussen politieke context, eigenschappen van instituties en onderhandelingen over autoriteit en controle.

In mijn onderzoek naar regulerende patronen worden – met behulp van het opgestelde theoretisch kader – de interacties in kaart gebracht tussen de maatschappij, het sociale veld en de verschillende sociale partijen, en vastgesteld hoe die interacties samenhangen met de regulerende patronen. Mijn studie van de veranderingen in de vormgeving van kwaliteit in ziekenhuizen kan bijdragen aan het theoretisch debat over institutionele verandering. Door de regulerende patronen op de verschillende niveaus te benoemen (maatschappij, sociale veld en partijen) en de onderlinge beïnvloeding van die niveaus te onderzoeken, ontstaat immers inzicht in processen van institutionele verandering.

Historisch sociologisch onderzoek en het theoretisch kader

Over kwaliteit in ziekenhuizen is veel geschreven, maar een totaaloverzicht van de ontwikkeling van de vormgeving van kwaliteit bleek niet beschikbaar. Ook van de specifieke kwaliteitsactiviteiten waren geen historische beschrijvingen aanwezig, wel deelbeschrijvingen en evaluaties, maar geen samenvattend overzicht van de ontwikkelingen in de tijd. De historische beschrijvingen vormen de basis voor het onderzoek naar de regulerende patronen.

Om de regulerende patronen te traceren en te onderzoeken zijn verschillende sociale theorieën met elkaar vergeleken, geïnterpreteerd en gecontrasteerd, met het doel een gedeelde constructie te maken (Mortelmans 2007), die een theoretisch kader oplevert voor de analyse van de regulerende patronen.

4.3 Selectie van kwaliteitsactiviteiten

4.3.1 De eerste inventarisatie

In de periode 1985 - 2012 zijn op landelijk en lokaal niveau veel kwaliteitsactiviteiten ondernomen met als doel het proces van kwaliteitsborging en -verbetering te ondersteunen en/of te versnellen. Omdat het in dit onderzoek niet mogelijk is al deze kwaliteitsactiviteiten in kaart te brengen en te analyseren heb ik op basis van drie eisen een eerste selectie gemaakt. De kwaliteitsactiviteit moet (1) landelijk en lokaal een rol hebben gespeeld, (2) georganiseerd

zijn door partijen uit het sociale veld en (3) lang genoeg geleden gestart zijn om invloed te hebben gehad op de regulerende patronen in de periode 1985 - 2012.

In de eerste verzameling van literatuur kwamen veertien kwaliteitsactiviteiten naar voren, die zowel landelijk als lokaal, in de periode 1985 - 2012 een duidelijke rol speelden in (de discussies over) de vormgeving van kwaliteit in ziekenhuizen:

- | | |
|--|--|
| 1. Ziekenhuis accreditatie (PACE/NIAZ) | 8. Keuze-informatie Consumentenbond |
| 2. (Kwaliteits)visitatie medisch specialisten | 9. CQ-Index |
| 3. Complicatieregistratie | 10. Prestatie-indicatoren IGZ |
| 4. Ontwikkeling richtlijnen | 11. Sneller Beter pijler 3 |
| 5. MediRisk-onderzoek | 12. Programma Zichtbare Zorg |
| 6. Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen | 13. Programma Veiligheid Management Systeem (VMS) |
| 7. Ziekenhuis Vergelijkingssysteem Consumentenbond (ZVS) | 14. Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) |

Om informatie over deze veertien kwaliteitsactiviteiten gestructureerd te kunnen verwerken heb ik per activiteit geïnventariseerd:

- a. de startdatum en, indien van toepassing, de einddatum
- b. de initiator, financier en betrokken actoren
- c. de doelstelling van de activiteit
- d. of het een instrument voor verbetering of controle betrof
- e. gerichtheid op professionele of organisatorische kwaliteit of op patiëntervaringen
- f. de inbedding in bepaalde organisaties en/of een beroepsgroep

Op basis van dit overzicht is besloten om het project Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen (6), het Ziekenhuis Vergelijkingssysteem van de Consumentenbond (7), de Keuze-informatie van de Consumentenbond (8) en de CQ-Index (9) samen te voegen onder de gemeenschappelijke noemer 'Landelijke patiëntenenquête ziekenhuizen'. Ook is besloten om het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) vanwege de korte implementatietijd te laten vervallen. Zo kwam ik tot een lijst van tien kwaliteitsactiviteiten:

- | | |
|---|---|
| 1. Ziekenhuisaccreditatie (PACE/NIAZ) | 6. Landelijke patiëntenenquête ziekenhuizen |
| 2. (Kwaliteits)visitatie medisch specialisten | 7. Prestatie-indicatoren IGZ |
| 3. Complicatieregistratie | 8. Sneller Beter pijler 3 |
| 4. Ontwikkeling richtlijnen | 9. Programma Zichtbare Zorg |
| 5. MediRisk-onderzoek | 10. Programma Veiligheid Management Systeem (VMS) |

Om te bepalen welke activiteiten de grootste impact op de kwaliteit in ziekenhuizen hebben gehad zijn dertien inventariserende interviews gehouden.

4.3.2 Selectie respondenten en uitvoering interviews

De te interviewen personen zijn geselecteerd op hun vermogen om met een overkoepelende blik naar de tien gekozen kwaliteitsactiviteiten te kunnen kijken en op hun betrokkenheid bij het thema kwaliteit: bestuurlijk, wetenschappelijk of in de praktijk. Zestien personen zijn per brief benaderd, van wie er dertien positief reageerden. In de bijlage is de lijst respondenten opgenomen, met een korte beschrijving van hun achtergrond. De dertien mondelinge interviews vonden plaats tussen 24 januari en 31 maart 2011: negen interviews op de werklocatie van de respondent, drie bij de respondent thuis en één bij mij thuis.

Bij elke respondent is per kwaliteitsactiviteit gevraagd naar: (1) de reden voor het ondernemen van de activiteit, (2) geconstateerde gedragsveranderingen, (3) het ontstaan van formele of informele regels, (4) de veronderstelde motivatie van professionals en (5) de geconstateerde voorwaarden voor institutionalisering. Niet iedere respondent bleek in staat om bij elke kwaliteitsactiviteit een antwoord te geven op alle vragen.

De interviews zijn op band opgenomen, uitgetypt en samengevat. De respondenten hebben de gelegenheid gekregen om het samenvattende verslag aan te vullen of te corrigeren. De definitieve versie is naar de geïnterviewden gezonden, met de afspraak dat een in het proefschrift op te nemen citaat vóór publicatie ter goedkeuring zou worden voorgelegd.

4.3.3 Definitieve selectie kwaliteitsactiviteiten

Op de interviewvragen over de Complicatieregistratie en het MediRisk-onderzoek bleek maar een beperkt aantal respondenten antwoord te kunnen geven. Eén persoon vond dat de Complicatieregistratie beschouwd kon worden als een onderdeel van de visitatie. Eenzelfde opmerking werd gemaakt over de integratie van het MediRisk-onderzoek in de NIAZ-accreditatie. Het Programma Veiligheid Management Systeem (VMS) bleek nog niet voldoende uitgekristalliseerd te zijn en de looptijd nog te kort voor voldoende respons op de vragen. Over Sneller Beter pijler 3 had een aantal respondenten veel te vertellen, in korte tijd is veel geld en menskracht aan dit programma besteed, maar er kon geen duidelijke vervolgactiviteit voor de ziekenhuiskwaliteit worden geconstateerd.

De interviews maakten duidelijk, dat meer activiteiten een onderlinge relatie met elkaar hadden dan gedacht. Prestatie-indicatoren van de IGZ, het programma Zichtbare Zorg, maar ook een deel van het Programma Veiligheid Management Systeem bleken fasen of onderdelen te zijn van één activiteit: namelijk de ontwikkeling van indicatoren. Door met deze inzichten kritisch te kijken naar de tien kwaliteitsactiviteiten uit de eerste selectie, zijn uiteindelijk vijf activiteiten voor verdere analyse hernoemd en uitgekozen:

1. Ontwikkeling richtlijnen
2. (Kwaliteits)visitatie medisch specialisten
3. Ziekenhuisaccreditatie (PACE/NIAZ)
4. Landelijke patiëntenenquête ziekenhuizen
5. Indicatorontwikkeling ziekenhuizen

De ontwikkeling van richtlijnen, (kwaliteits)visitatie, ziekenhuisaccreditatie en de ontwikkeling van een landelijke patiëntenenquête hebben alle gedurende vrijwel de hele onderzoeksperiode (1985 - 2012) gelopen. De indicatorontwikkeling is formeel weliswaar pas in de 21e eeuw gestart, maar nader onderzoek leerde dat de basis hiervoor al in de jaren zestig van de 20e eeuw is gelegd.

4.4 Empirisch onderzoek

4.4.1 Historisch onderzoek

Het historisch onderzoek richt zich op de ontwikkeling van de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen in het algemeen en op de ontwikkeling van verschillende kwaliteitsactiviteiten in de loop der tijd in het bijzonder (deelvraag 1; zie par. 1.5.3).

Informatieverzameling

Voor inzicht in de historische ontwikkeling van de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen, in de context van algemene ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zijn veel verschillende bronnen geraadpleegd: boeken over de historie van de zorg, geschiedschrijvingen van individuele ziekenhuizen, proefschriften over kwaliteitsontwikkelingen, evaluatierapporten over de ontwikkeling van kwaliteitssystemen, beschrijvingen van programma's, achtergrondstudies, beleidsnota's, projectevaluaties, voortgangsrapportages, brieven van de minister, rapporten van commissies en vele artikelen uit vaktijdschriften. Startpunt vormden in eerste instantie de boeken, naslagwerken, artikelen, landelijke en lokale beleidsnota's en evaluatierapporten over kwaliteit in ziekenhuizen die ikzelf in de periode van twintig jaar had verzameld. Op basis van verwijzingen in deze literatuur, attenderingen in gesprekken en interviews en een gerichte zoektocht naar achtergrondinformatie, is met een sneeuwbaaleffect aanvullende informatie verzameld. Deze werkwijze vertoont de kenmerken van een *realist review* (Pawson, et al. 2005), een methode voor de evaluatie van complexe beleidsprocessen.

De verzamelde informatie is gecategoriseerd en gecodeerd:

- A. Informatie over ontwikkelingen van partijen in het sociale veld van de ziekenhuiszorg uitgesplitst in: overheid/inspectie/politiek, medische professie, ziekenhuisorganisatie, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.
- B. Specifieke informatie over opzet en ontwikkeling landelijke kwaliteitsactiviteiten, uitgesplitst in: richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisitatie, ziekenhuisaccreditatie, patiëntenenquête en indicatorontwikkeling.

Bij deze manier van informatieverzameling moet men zich realiseren dat de verzamelde documenten met een verschillend doel tot stand zijn gekomen. Een beleidsnota van de overheid richt zich bijvoorbeeld op het bereiken van een gewenste situatie in de toekomst,

een evaluatierapport over de toepassing van een wet kijkt naar resultaten in het verleden en heeft weer een heel ander doel dan een tussentijds evaluatierapport van een kwaliteitsactiviteit. Achterliggende motivaties van auteur(s) kunnen de inhoud eveneens beïnvloeden. Een tussenrapport van een onderzoek kan bijvoorbeeld negatieve resultaten verdoezelen of positieve uitkomsten extra benadrukken om de kans op een vervolgsubsidie te vergroten. Bij het maken van een historische beschrijving moet men zich hiervan bewust zijn en zoveel mogelijk verschillende documenten gebruiken die met een andere onderbouwing tot eenzelfde uitkomst leiden.

Informatieverwerking algemene historische ontwikkeling

In eerste instantie zijn aparte historische beschrijvingen gemaakt van de ontwikkelingen bij overheid/inspectie/politiek, medische professie, ziekenhuisorganisatie, zorgverzekeraars en patiënten(organisaties). Vervolgens heb ik deze beschrijvingen gesplitst in tijdspannen en binnen elke periode de ontwikkelingen die de vormgeving van kwaliteit in de ziekenhuizen hebben beïnvloed kort beschreven. Veelal levert dit een beschrijving op van veranderingen in de rol van een bepaalde partij binnen het sociale veld van de ziekenhuiszorg, in de onderlinge positiebepaling en in het ontstaan van specifieke spelregels. De volgende perioden zijn onderscheiden:

- 19^e eeuw: de beroepsgroep van artsen ontwikkelt zich tot een professie, medische zorg vindt steeds vaker plaats in ziekenhuizen en de gezondheidszorg wordt een economische factor;
- eerste helft 20^e eeuw: specialisatie en standaardisatie worden steeds belangrijker, evenals discussies over de financiering van de zorg;
- periode na WOII tot 1985: relaties tussen partijen veranderen, maar ook de maatschappelijke verhoudingen en de verantwoordelijkheden van de overheid;
- 1985 - 1995: de pioniersfase, kwaliteit staat op de politieke agenda, maar is nog niet geformaliseerd;
- 1995 - 2005: de formaliserende fase, allerlei wetten rondom kwaliteit worden ingevoerd en er ontstaat een 'bedrijfstak kwaliteit';
- 2005 - 2012: de fase waarin marktwerking centraal komt te staan.

Informatieverzameling en -verwerking over vijf kwaliteitsactiviteiten

Van de vijf geselecteerde kwaliteitsactiviteiten is een uitgebreide historische reconstructie gemaakt. Net als bij de algemene historische beschrijving vormde ook hier het sneeuwbal-effect een belangrijke leidraad. Van sommige activiteiten bleek de geschiedenis veel verder terug te gaan dan gedacht. En er hebben ook parallelle ontwikkelingen plaatsgevonden.

Het onderzoek naar de historische ontwikkeling van de kwaliteitsactiviteiten doet denken aan een archeologisch project, waarbij de sedimentslagen beetje bij beetje bloot worden gelegd. Het was niet altijd gemakkelijk om een bepaalde ontwikkelingslijn helder te krijgen. Meerdere malen moest een verondersteld logisch verhaal naderhand door nieuwe gegevens worden bijgesteld. Eenzelfde ontwikkeling kan door partij A anders worden geïnterpreteerd

dan door partij B. Zowel de historische beschrijving van de landelijke ontwikkelingen in het sociale veld als van de vijf specifieke kwaliteitsactiviteiten is diverse malen op basis van nieuwe informatie bijgesteld. Dit is kenmerkend voor historisch onderzoek. Elke actor levert een eigen bijdrage en vormt een eigen beeld van bepaalde gebeurtenissen. Daarom heb ik steeds naar meerdere bronnen gezocht, zodat een bepaalde ontwikkeling of veronderstelde uitkomsten konden worden bevestigd, en de gebeurtenissen zo goed mogelijk gereconstrueerd. Ontwikkelingen en projectfasen zijn zoveel mogelijk chronologisch, maar ook geclusterd, weergegeven.

4.4.2 Analyse regulerende patronen

Analyse algemene historische beschrijving

Om te onderzoeken welke regulerende patronen de vormgeving van de kwaliteit in ziekenhuizen hebben bepaald en hoe die patronen in de periode 1985 - 2012 zijn veranderd, is een theoretisch kader ontwikkeld. Door in de historische beschrijvingen met behulp van dit theoretisch kader de veranderingen te analyseren – binnen partijen, het sociale veld en de maatschappij – worden patronen zichtbaar. Regulerende patronen binnen partijen worden met een **P** gecodeerd, binnen het sociale veld met een **V** en binnen de maatschappij met een **M**.

Analyse veranderingen binnen partijen

Van elke relevante partij worden de veranderingen in de periode 1985 – 2012 beschreven. Gekeken wordt naar de invloed van externe en interne disciplinerende, de noodzaak van bewijsbare kwalificaties, specifieke kenmerken en knelpunten van collectieven, (het ontstaan van) geloof in bepaalde sociale constructies en van neigingen tot gelijkvormigheid (nabootsing, harmonisering professionele normen en afstemming op machtige instanties).

Analyse veranderingen in het sociale veld

Veranderingen in het sociale veld worden geanalyseerd door de wijzigingen in de invloed van bepaalde partijen in kaart te brengen. Veranderingen, doordat binnen het sociale veld anders wordt omgegaan met de macht van verschillende partijen, en door verschuivingen in de functie en uitwisseling van de verschillende vormen van kapitaal (economisch, sociaal en cultureel). Ook de toename van regels, toezicht en controle binnen het sociale veld kunnen tot veranderingen leiden.

Analyse veranderingen in de maatschappij

De ontzuiling, de democratisering en de toenemende individualisering en disciplinerende beïnvloeden de manier waarop naar de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen wordt gekeken. Geanalyseerd wordt tot welke gedragsveranderingen dit heeft geleid. Om te bepalen of een gedragspatroon kan worden getypeerd als een regulerend patroon wordt onderzocht of de vijf basiskenmerken van zo'n patroon aanwezig zijn.

Op basis van de historische beschrijving van de periode 1800 - 1985 wordt vastgesteld welke regulerende patronen in 1985 de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen bepalen. Deze patronen vormen het uitgangspunt om te analyseren welke regulerende patronen zich in de periode 1985 - 2012 manifesteren. Zo wordt vastgesteld of patronen zijn veranderd en of nieuwe regulerende patronen zijn ontstaan en een antwoord gegeven op deelvraag 2.

Analyse kwaliteitsactiviteiten

In de historische beschrijving van elke kwaliteitsactiviteit worden met behulp van het theoretisch kader de veranderingen geanalyseerd, bij relevante partijen, in het sociale veld en in de maatschappij. Om antwoord te geven op deelvraag 3 wordt vastgesteld:

1. Welke regulerende patronen van invloed zijn geweest op *het ontstaan* van de kwaliteitsactiviteit en de relatie tussen de *implementatie* van de activiteit en de regulerende patronen uit de periode 1985-2012.
2. De rol van de gelijkvormigheidsprocessen (nabootsing, normatief en afgedwongen) bij de implementatie van de kwaliteitsactiviteit
3. Of door de kwaliteitsactiviteit nieuwe regulerende patronen zijn ontstaan die specifiek met deze activiteit samenhangen. Deze patronen worden gecodeerd met een **S**.

Hiermee wordt een antwoord gegeven op deelvraag 3.

4.5 Rapportage

In deel II (hoofdstuk 5 en 6) van dit proefschrift wordt de algemene historie van de kwaliteitsontwikkeling van de medische zorg in ziekenhuizen beschreven (deelvraag 1) en antwoord gegeven op de vraag welke regulerende patronen de vormgeving van de ziekenhuiskwaliteit in de periode 1985 - 2012 hebben bepaald (deelvraag 2).

Deel III (hoofdstuk 7 tot en met 11) richt zich op de geschiedenis en analyse van de vijf kwaliteitsactiviteiten en beantwoordt de vraag naar de relaties met de regulerende patronen (deelvraag 3).

Deel IV van het boek (hoofdstuk 12) geeft een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten en conclusies van het onderzoek. De twee belangrijkste ontwikkelingen in de geschiedenis van de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen worden beschreven en de wijze waarop de regulerende patronen op de verschillende niveaus elkaar hebben beïnvloed. Ook wordt vastgesteld of bepaalde kenmerken van kwaliteitsactiviteiten van invloed zijn op veranderingen regulerende patronen. Hiermee wordt een antwoord gegeven op deelvraag 4.

In dit slothoofdstuk wordt ook de bijdrage van het theoretisch kader aan het onderzoek nader beschouwd en gereflecteerd op mijn werkwijze. De rapportage sluit af met een terugkoppeling naar de hoofdvraag 'Hoe is de kwaliteit van ziekenhuiszorg vormgegeven, welke veranderingen hebben zich hierin de afgelopen decennia voorgedaan en hoe kunnen

we deze veranderingen begrijpen?’ en met door mij verworven inzichten over de rol van de verschillende partijen bij kwaliteitsverbetering. Ook worden aanbevelingen gedaan over de bij verbeterinitiatieven te hanteren principes.

DEEL II

Historie kwaliteitsontwikkeling en analyse regulerende patronen

Hoofdstuk 5	Periode 1800 → 1985	55
Hoofdstuk 6	Periode 1985 → 2012	77

5

Historie en regulerende patronen 1800 → 1985

5.1 Inleiding

Om te kunnen vaststellen welke regulerende patronen in 1985 zijn waar te nemen in relatie tot de kwaliteit van de medische zorg en te begrijpen hoe deze tot stand zijn gekomen vindt historisch onderzoek plaats naar de transities in de voorliggende periode. De beschrijving hiervan begint in de 19^e eeuw met de toedeling van verantwoordelijkheid voor kwaliteit aan de medische professie en loopt door tot het moment dat kwaliteit in 1985 op de politieke agenda wordt gezet. Bij de analyse van de regulerende patronen wordt gebruik gemaakt van het theoretisch kader.

Paragraaf 5.2 geeft een overzicht van de ontwikkelingen bij de partijen die in de periode 1800-1985 de ziekenhuiskwaliteit vormgeven; de medische professie, de overheid en de ziekenhuizen. Onderzocht wordt of veranderingen bij deze partijen het gevolg zijn van *'externe en interne disciplineren, de toenemende noodzaak van bewijsbare kwalificaties, specifieke kenmerken en knelpunten van collectieven en het ontstaan van geloof in bepaalde sociale constructies'*. Vastgesteld wordt welke regulerende patronen in 1985 bij deze partijen zijn waar te nemen. Deze patronen worden met de **'P'** van partij gecodeerd. Paragraaf 5.3 gaat in op de ontwikkelingen in het sociale veld en onderzoekt of veranderingen het gevolg zijn van *'de invloed van bepaalde partijen, de manier waarop wordt omgegaan met de macht van de andere partijen, verschuivingen in de rol van de verschillende vormen van kapitaal binnen het veld, de uitwisseling van kapitaal en/of de toename van regels, toezicht en controle'*. De regulerende patronen die uit deze analyse naar voren komen worden met de **'V'** van veld gecodeerd. Paragraaf 5.4 beschrijft de maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot de medische zorgverlening in ziekenhuizen en onderzoekt de invloed van *'de ontzuiling, de democratisering, de toenemende individualisering en disciplineren'*. De regulerende patronen die hieruit naar voren komen worden met de **'M'** van maatschappij gecodeerd. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting in paragraaf 5.5

5.2 Partijen: historie en analyse

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de medische professie, de ziekenhuizen en de overheid behandeld.

5.2.1 Medische professie

Historie

De koppeling van de wetenschappelijke kennis met de klinische ervaring geeft in het begin van de 19^e eeuw een wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen in de praktijk. Dit is van groot belang voor de positionering van de arts in de maatschappij. Het in werking treden van de Wet 'ter regeling van het gene betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunst' op 12 maart 1818 zorgt vervolgens voor een wettelijke erkenning van de deskundigheid van artsen (van Herk 1997). Door de oprichting van academische ziekenhuizen wordt kennisoverdracht een collectieve activiteit en ontstaat een eerste vorm van standaardisatie in de medische opleiding.

In 1849 wordt het eerste landelijk collectief van artsen - de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) - opgericht op initiatief van 14 lokale medische associaties. Een organisatie die vanaf het begin van zijn bestaan probeert de gezondheids-politiek in relatie tot de medische professie actief te beïnvloeden (Klazinga 1996). In de periode 1850-1865 ontstaat binnen de NMG een netwerk van artsen die zich hygiënisten noemen en zich toeleggen op de verbetering van de openbare hygiëne. Zij strijden voor de aanleg van riolering en het verstrekken van kwalitatief goed drinkwater. Daarnaast bemoeien zij zich met de arbeidsomstandigheden, de volkshuisvesting, de kwaliteit van de voedings-middelen en de bestrijding van besmettelijke ziekten (Houwaart 1991). De rol van deze hygiënisten is juist in deze periode belangrijk doordat door de industriële revolutie een grote migratie heeft plaatsgevonden naar stedelijke gebieden. Veel mensen wonen dicht opeen onder slechte leefomstandigheden waardoor het risico op epidemieën sterk is toegenomen. Hygiënevoorschriften gaan een belangrijke rol spelen in relatie tot het arbeidspotentieel. Niet alleen door het voorkomen van epidemieën, maar ook door het terugdringen van de kindersterfte. De zorg voor gezondheid en de inzet van de medische kennis krijgt, door de behoefte aan menskracht in de opkomende industrie, een duidelijke relatie met de economie van het land. In de loop van de tijd treden steeds meer hygiënisten toe tot plaatselijke gezondheidscommissies en liberale kiesverenigingen, sommigen gaan ook een rol spelen in de landelijke politiek (Houwaart 1991). In 1865, na de invoering van de Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht, worden veel hygiënisten medewerker van het Geneeskundig Staatstoezicht (Nicolai 2004).

Vanaf 1865 mogen, door de Wet Uitoefening der Geneeskunst, alleen nog maar gekwalificeerde¹⁹ artsen de geneeskunst uitoefenen. Ten gevolge van deze wet gaan genees-

¹⁹ natuurwetenschappelijke opgeleide geneeskundigen (Boot en Knapen 2005)

kundigen zelf toezicht houden op hun eigen stand (Boot en Knapen 2005) en wordt een duidelijke scheiding aangebracht tussen het medische beroep en de Staat. De exclusiviteit van het beroep wordt hiermee wettelijk vastgelegd. Deze exclusiviteit krijgt extra versterking door de invoering van de Hooger Onderwijswet in 1876. Met deze wet wordt de medische opleiding het exclusieve domein van de beroepsgroep, alleen academisch opgeleide geneesheren zijn bevoegd de geneeskunde uit te oefenen en de inhoud van de medische basisopleiding, met de daarbij behorende exameneisen, vast te stellen. De medische opleiding is vanaf dat moment een essentieel instrument geworden om de zelf-regulering van het beroep inhoud te geven (van Herk 1997).

De voortdurende toename in de behandelmogelijkheden zorgt niet alleen voor een stijging van de zorgvraag, maar ook voor een toename van het aantal artsen en de hoeveelheid behandelingen die in de ziekenhuizen plaatsvinden. In het begin van de twintigste eeuw specialiseren steeds meer artsen zich en ontstaat een splitsing tussen de ‘algemeen geneesheren’ en artsen die zich specifiek op een bepaald terrein specialiseren ‘de medisch specialisten’. Deze profilering van specialisten gaat ten koste van het marktaandeel van de algemeen geneesheren met als gevolg dat de onderlinge verbondenheid tussen artsen onder druk komt te staan (van Herk 1997). In 1906 wordt in een speciaal hiervoor opgerichte commissie de toename van het aantal specialisaties bediscussieerd. Pogingen van de NMG en van de Staat om het specialisatieproces te stoppen, mislukken. Steeds meer artsen specialiseren zich op specifieke terreinen. Uiteindelijk wordt in 1920 binnen de NMG een aparte huisartsen- en specialistenorganisatie gecreëerd (van Herk 1997). Daarnaast richt elk specialisme ook een eigen wetenschappelijke vereniging op. Deze wetenschappelijke verenigingen vallen niet onder de NMG. Het zijn belangenverenigingen met als specifiek doel het specialisme te bevorderen, de kwaliteit van het professioneel handelen van het betreffende specialisme te bewaken en de belangen van de leden te behartigen (Breuker 2005). Artsen die binnen de ziekenhuizen het beroep van ‘geneeskundig directeur’ uitoefenen en de bestuursverantwoordelijkheid voor de algemene leiding van het ziekenhuis op zich nemen verenigen zich in 1900 in de Geneeskundige Vereniging (GV)²⁰.

In 1921 wordt het staatsexamen ingevoerd. Vanaf dat moment moeten alle artsen die in Nederland examen doen aan dezelfde basisopleidingseisen voldoen. De oprichting van de Specialisten Registratiecommissie²¹ in 1931 en het formaliseren van de post-doctorale opleiding voor specialisten geeft een aanzet tot het standaardiseren van de opleidingseisen voor een specialisatie (Klazinga 1996, 77). In 1939 worden deze opleidingseisen voor bepaalde specialismen en voor ziekenhuizen officieel.

In 1925 wordt het ontwerp Medisch Tuchtrecht ‘ten behoeve van het houden van toezicht op de uitoefening van het medische beroep’ voorgelegd aan de Tweede Kamer. In

20 De GV krijgt later de naam Bestuurders Curatieve Zorg Nederland (BCZN). In 2012 bestaat deze vereniging nog, maar is onderdeel geworden van de NVZD (Nederlandse Vereniging van Zorgdirecteuren).

21 SRC (Specialisten Registratie Commissie) is in 1932 formeel opgericht. In 1998 is deze commissie als gevolg van de wet BIG van naam veranderd in Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

1928 worden, verspreid over Nederland, vijf regionale tuchtcolleges ingesteld met als beroepsorgaan het Centraal Medisch Tuchtcollege (van Herk 1997). Bij een tuchtcollege kunnen klachten over artsen worden ingediend door de patiënt en zijn naasten, opdrachtgevers, instellingen waarbij de beklagde werkt en door de inspecteur van de Volksgezondheid. De beoordeling van deze klachten vindt alleen door artsen plaats. Het betreft dus weliswaar een rechtspraak, maar de beoordeling vindt plaats door collega's.

De NMG - die zich in de tweede wereldoorlog uit protest tegen de bezetter heeft ontbonden - richt zich na de oorlog weer op en in 1946 wordt de K van Koninklijk toegevoegd. In datzelfde jaar vindt de oprichting plaats van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). In 1948 gevolgd door de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). De KNMG krijgt hierdoor een functie als koepelorganisatie. De wetenschappelijke verenigingen blijven aparte zelfstandige verenigingen.

De opleidingsziekenhuizen starten in 1966 met een visitatieprogramma. Met dit programma worden de medisch specialistische opleiders en de opleidingsziekenhuizen, eenmaal per vijf jaar gevisiteerd door een groep collega's. Op basis van het verslag dat zij uitbrengen over de opleidingscondities besluit de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)²², of de opleidingsstatus wel of niet behouden mag blijven. De opleidingsvisite richt zich op de onderwijscondities en niet op de individuele kwaliteiten van de opleider. Er wordt geen uitspraak gedaan over de opleidingskwaliteiten van een collega.

In de tweede helft van de twintigste eeuw verandert de relatie van de medisch specialisten met de ziekenhuizen. Steeds vaker sluiten ze een exclusief contract af met een bepaald ziekenhuis. Om hun financiële positie binnen het ziekenhuis te versterken verenigen specialisten van één specialisatie zich in een maatschap. Om hun politieke autonomie te institutionaliseren en om invloed te kunnen uitoefenen op de ziekenhuisstrategie verenigen medisch specialisten binnen één ziekenhuis zich in 'de medische staf' (Rooyards 1961, Klazinga 1996).

De snelle veranderingen in de wetenschap, met daaraan gekoppeld de vele veranderingen in de diagnosestelling en behandeling, hebben als consequentie dat artsen zowel theoretisch als praktisch voortdurend bijscholing nodig hebben. Alleen een bewijs met goed gevolg de medische opleiding te hebben afgesloten is in de tweede helft van de twintigste eeuw niet meer genoeg. De controle of de arts tijdens de uitvoering van zijn beroep voldoende op de hoogte is van 'the state of the art' wil de beroepsgroep niet aan externen zoals de inspectie overlaten, maar in eigen hand houden. Klazinga (1996) noemt dit een ontwikkeling die inherent is aan wat een professie een professie maakt; zelf controle houden over een veranderend maar exclusief kennisdomein.

22 De MSRC is een commissie van de KNMG. In het reglement van de MSRC (MSRC 2008) staat vermeld dat de commissie wordt samengesteld uit specialisten, maar ook uit leden die aangewezen zijn door de NVZ en de NFU.

In de jaren zeventig van de twintigste eeuw komt door de discussies over de intercollegiale toetsing de kwaliteit van het methodisch technisch handelen van de arts op de agenda van de KNMG te staan. Weliswaar vinden in de jaren vijftig en zestig intercollegiale toetsingen, zoals bijvoorbeeld necrologiebesprekingen, al wel plaats in Nederland, maar pas nadat een studiegroep van de SMR (Stichting Medische Registratie) naar de VS is geweest stelt de KNMG een commissie Intercollegiale Toetsing in (van Herk, Klazinga, et al. 1995).

In 1973 vindt een studiedag plaats in het ziekenhuis de Weezenlanden met als onderwerp 'Medical Audit'. Bediscussieerd wordt in hoeverre externe controle op het medisch handelen de voorkeur verdient boven interne controle door de beroepsgroep zelf. De vrees dat interne toetsing tussen groepen artsen de onderlinge relaties negatief zal kunnen beïnvloeden is een belangrijk argument om voor externe controle te kiezen. (Casparie 1975, van Herk, Klazinga, et al. 1995). In 1974 spreekt de 'Taakgroep Intercollegiale Toetsing' - ingesteld door de LSV - zich in zijn rapport toch uit voor intercollegiale toetsing georganiseerd door de beroepsgroep (Taakgroep Intercollegiale Toetsing 1974). Deze uitspraak beïnvloedt de onderlinge verhoudingen en de verantwoordelijkheden van de wetenschappelijke verenigingen en is daardoor een duidelijke omslag.

De LSV en de GV stellen een commissie samen met de opdracht een plan te ontwikkelen voor de invoering van intercollegiale toetsing. In het rapport 'Intercollegiale toetsing in de algemene ziekenhuizen' (LSV 1976) staat vermeld dat ieder ziekenhuis een intercollegiale toetsingscommissie dient op te richten. "De verantwoordelijkheid voor criteria ontwikkeling en toetsing wordt primair bij de specialisten gelegd. Er wordt dus bewust niet gekozen voor externe beoordeling en veroordeling." (Schellekens 2002) In 1984 wordt de verplichting van de arts tot intercollegiale toetsing vanuit zijn beroepsplicht opgenomen in het Besluit voor erkenning van ziekenhuizen (van Herk 1997). Alle artsen worden hierdoor gedwongen te participeren.

Analyse en regulerende patronen medische professie

Door in de 19^e eeuw de deskundigheid van de artsen, de verantwoordelijkheid voor het medisch handelen en het beoordelen van de bekwaamheid wettelijk vast te leggen zijn artsen bezitters geworden van erkende deskundigheid (Bourdieu 1989, de Swaan 1996). De 'erkenning' van deze deskundigheid geeft hen macht - cultureel kapitaal - om te bepalen of een bepaalde activiteit of handeling wel of niet moet plaatsvinden. Dit geldt voor de hele beroepsgroep en voor de individuele arts en vormt de basis van de professionalisering. In 1849 ontstaat het eerste landelijke collectief van de medische professie, de NMG. Veel artsen komen uit de 'hogere kringen' waardoor ze in het bezit zijn van veel sociaal kapitaal (Bourdieu 1989). De samenvoeging binnen de NMG van het sociale kapitaal zorgt voor veel macht en invloed en met behulp van haar specifieke kennis en kunde - het cultureel kapitaal - verwerft de beroepsgroep zich een maatschappelijke machtspositie.

De Wet Uitoefening der Geneeskunst zorgt in 1865 voor een formele toewijzing voor 'het houden van toezicht op de eigen stand' en in 1876 krijgt de NMG ook de verantwoordelijkheid voor het houden van toezicht op 'de praktijkuitoefening van de bevoegde genees-

heren'. Dit betekent dat de medische professie, naast de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de opleiding, ook de verantwoordelijkheid krijgt voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen. Een verantwoordelijkheid waar ze, door hun invloed op de totstandkoming van de wetten, ook zelf naar gestreefd heeft.

Volgens Trommel (2006, 139) heeft de medische professie een belangrijke maatschappelijke rol verkregen door steun te verlenen aan het politieke regime "in woord, maar vooral ook in daad, via specifieke bijdragen aan de uitvoering van overheidstaken." Trommel (idem) merkt op dat succes bereikt is zodra de exclusieve positie in de wetgeving wordt vastgelegd. Ook Freidson (1970) noemt dit een belangrijk kenmerk van een professie.

Het nemen van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie is een regulerend patroon (**P1**) dat in de tweede helft van de negentiende eeuw is ontstaan en in 1985 nog steeds bestaat.

In de twintigste eeuw ontstaan meerdere artsencollectieven. In het begin van de eeuw wordt onder de NMG een apart collectief gecreëerd voor medisch specialisten - na WOII is dit de LSV -. Daarnaast richt elke wetenschappelijke vereniging zijn eigen 'collectief' op. Binnen het ziekenhuis ontstaan maatschappen per specialisme en wordt een overkoepelend orgaan voor alle specialisten opgericht; de medische staf. Dit betekent dat in 1985 een medisch specialist meestal lid is van vijf verschillende collectieven die verschillende belangen verdedigen. Het steeds weer oprichten van een nieuw collectief zodra een nieuw belang moet worden verdedigd, is een vanzelfsprekende handeling en daardoor voor de medisch specialisten een regulerend patroon geworden (**P2**).

In de loop van de tijd heeft de medische professie, mede door druk van de overheid, diverse instrumenten ontwikkeld ter ondersteuning van het behoud van de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de controle daarop: (1) De invoering van het tuchtrecht waarbij de beoordeling van klachten alleen door artsen plaatsvindt. (2) De invoering van de opleidingsvisitatie, waarmee collega's verslag uitbrengen over de opleidingscondities. (3) De invoering van de intercollegiale toetsing waardoor in alle ziekenhuizen in Nederland intercollegiale toetsingscommissies worden opgericht en waarbij de verantwoordelijkheid voor de criteria ontwikkeling en toetsing primair bij de specialisten wordt gelegd.

Het steeds weer ontwikkelen van instrumenten waarmee getracht wordt de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen te behouden is in de loop van de tijd een vanzelfsprekende reactie en daardoor een regulerend patroon geworden (**P3**).

De ontwikkeling van de medisch specialistische opleiding laat een toenemende disciplinerings binnen de beroepsgroep zien. Vanaf 1876 gaan academisch opgeleide geneesheren zelf de exameneisen vaststellen, in 1921 wordt het landelijk staatsexamen voor de theoretische basisopleiding ingevoerd, in 1939 worden de opleidingseisen voor bepaalde specialismen formeel vastgelegd en in 1966 wordt een visitatieprogramma voor alle opleidingsziekenhuizen ingevoerd. Bij elke ontwikkelstap en standaardisatie van de medische opleiding is het steeds de medische professie zelf die de eisen opstelt en de controle uitvoert. Door de vastlegging in wetten wordt externe druk uitgeoefend voor het uitvoeren van de interne

controle op de toelating tot de professie. De toename in de uitoefening van interne controle op de toelating tot de professie is in de loop van de tijd een regulerend patroon geworden (**P4**).

Als gevolg van de snelle ontwikkelingen binnen de medische wetenschap is de medische opleiding niet meer voldoende garantie dat de arts op de hoogte is van 'the state of de art'. Theoretische- en praktische bijscholing is voortdurend noodzakelijk. De beroepsgroep wil deze controle in eigen hand houden en niet overlaten aan externe partijen. Intercollegiale toetsing is daarom niet alleen een instrument waarmee aan de buitenwereld wordt getoond dat ze zelf de verantwoordelijkheid kunnen behouden, maar ook een uiting van een interne behoefte tot controle op het medisch handelen (**P5**).

Regulerende patronen medisch specialisten 1985

- P1** *De medische professie neemt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie.*
- P2** *Voor het verdedigen van een nieuw belang richten de medisch specialisten steeds weer een nieuw collectief op.*
- P3** *De medische professie ontwikkelt steeds weer nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de toelating tot de professie te behouden.*
- P4** *Een toenemende interne controle door de medische professie op de toelating tot de professie.*
- P5** *Een toenemende interne controle binnen de medische professie op het medisch handelen.*

5.2.2 Overheid

Historie

Door de wet 'Verordening omtrent het Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt' wordt in 1804 het toezicht op het medisch handelen formeel van staatswege geregeld en een verantwoordelijkheid van de centrale overheid. In de periode 1804 tot 1865 krijgen departementale commissies de opdracht de bekwaamheid en de diploma's van beroepsbeoefenaars te beoordelen, toezicht te houden op de wijze waarop de geneeskunst wordt uitgeoefend, waakzaam te zijn bij besmettelijke ziekten en ondersteuning te geven bij de handhaving van de plaatselijke en algemene verordeningen op gezondheidsgebied (Kingma 2004). Querido (1965, 228) concludeert dat het toezicht op de uitoefening van de geneeskunst in deze periode vastloopt in "een chaos van gedeeltelijke bevoegdheden". In een stedelijke gemeenschap was het al moeilijk om het oog er op te houden welke bevoegdheden een arts had en hoe hij deze gebruikte, op provinciaal niveau bleek dit helemaal onmogelijk te zijn. "De centrale instantie was zo zwak dat hiervan geen enkele invloed uitging op de gang van zaken." (Querido 1965, 229)

In 1965 zorgt de invoering van de Gezondheidswet voor het instellen van een nieuwe vorm van overheidstoezicht; het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Door de oprichting van de NMG was een formeel lichaam ontstaan dat de geneeskundigen kon besturen en

waardoor het toezicht op de praktijkuitoefening van de bevoegde geneesheren afgesplitst kon worden van het staatstoezicht. Geneeskundigen konden daardoor een rol gaan spelen als 'toezichthoudende ambtenaren' (Querido 1965, 230). Dit betekende dat de toezichthouder (de inspecteur) naast beroepsgeenoot ook ambtenaar was.

Na de invoering van de Wet op het geneeskundig staatstoezicht in 1865 worden veel hygiënisten medewerker van het Geneeskundig Staatstoezicht (Nicolai 2004). De invloed van de hygiënisten op het overheidsbeleid neemt daardoor toe. Bij de overheid ontstaat een toenemend bewustzijn dat hygiënische omstandigheden van grote invloed kunnen zijn op de gezondheid van individuen en dat gezondheid van meer factoren afhankelijk is dan alleen de medische gezondheidszorg. Eind negentiende eeuw gaan de lokale overheden steeds meer praktische taken op zich nemen ten behoeve van het voorkomen van epidemieën en het bevorderen van de hygiëne (Nicolai 2004, de Swaan 1996). De overheid zorgt voor huisvesting en riolering, specifieke hygiënische maatregelen en wettelijke voorschriften op het gebied van hygiëne. Veel waarvoor artsen, hygiënisten en inspecteurs lang hadden gestreden, wordt in deze periode overgenomen door de overheid. Het voorkomen van ziekte door middel van preventie wordt hierdoor in toenemende mate een overheidstaak. De overheid tracht ook een collectief gedragspatroon bij de burger te ontwikkelen dat bijdraagt aan betere hygiënische omstandigheden, meer eigen zorg voor de gezondheid en een beter voedingspatroon.

In het begin van de twintigste eeuw vindt opnieuw een verandering plaats in de rol van het staatstoezicht. De gerichtheid op gezag en het ontwerpen van wetten verandert in een zoektocht "naar begrip en inzicht, en daaruit voortvloeiende medewerking bij autoriteiten en het publiek" (Querido 1965, 150). Tegelijkertijd verliest het staatstoezicht ook "één van zijn belangrijkste functies namelijk het adviseren in principiële vraagstukken en langs grote lijnen" (Querido 1965, 163). In het begin van de 20^e eeuw worden allerlei instituten opgericht zoals het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid (1910), het Rijksbureau voor drinkwatervoorziening (1913), het Rijksinstituut voor farmacotherapeutisch onderzoek (1920), het Rijksinstituut voor zuivering van afvalwater (1920). Al deze instellingen worden buiten het staatstoezicht geplaatst en vallen direct onder ministeries. Deze instituten leiden tot een afname in de adviserende taken van het staatstoezicht en een toename van nieuwe adviesorganen. Dit komt tot uiting in de nieuwe Gezondheidswet van 1919 waarin formeel de structuur van het Staatstoezicht wordt gewijzigd. Een Gezondheidsraad krijgt de taak om wetenschappelijke adviezen te geven die los van het Staatstoezicht staan. Hoofdinspecteurs hebben nog wel zitting in de commissies, maar kunnen deze niet sturen. "Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid is niet langer de enige adviseur van de regering op het gebied van de Volksgezondheid." (Humbert 1993, 7) Vanaf 1919 gaat het Staatstoezicht onder een directeur-generaal van het ministerie vallen.

In de eerste helft van de 20^e eeuw is het staatstoezicht nog steeds met name gericht op de determinanten van de volksgezondheid en niet op de 'kwaliteit van de zorg'. Uit een verslag van het geneeskundig staatstoezicht uit 1922 blijkt dat in deze periode het toezicht

nog “geen directe bemoeienis heeft met de ziekenverzorging, uitgezonderd de geneeskundige armenverzorging.” (Querido 1965, 165) Na 1920 verschijnen wel tabellen in de jaarverslagen die inzicht geven in de capaciteiten van de ziekenhuizen in Nederland en gaan inspecteurs adviezen geven over verbouwingen en nieuwbouw van ziekenhuizen, maar de enige dwingende kracht die de inspectie in deze periode heeft in de ziekenhuiszorg is de noodzakelijke erkenning voor de verpleegstersopleiding (idem).

Na WOII nemen de taken van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid op het terrein van de basisgezondheidszorg en op het gebied van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg in snel tempo toe. Enkele jaren na de oorlog is, vergeleken met 1939, het aantal inspecteurs verdrievoudigd en het aantal administratieve krachten verviervoudigd (Querido 1965). De inspectie gaat zich steeds minder met de *volksgezondheid* en steeds meer met de *gezondheidszorg* bezighouden. De overheidsbemoeienis met het medisch handelen neemt steeds meer toe.

Door het ontstaan van de verzorgingsstaat krijgt de overheid de verantwoordelijkheid om een pakket van voorzieningen te garanderen waardoor een sociaal aanvaardbaar bestaan voor iedereen mogelijk wordt gemaakt ²³ en de zorg voor een ieder gelijk beschikbaar is. Een verantwoordelijkheid die formeel tot uiting komt in de Structuurnota gezondheidszorg uit 1974 (J. Hendriks 1974). Uit deze nota blijkt dat de overheid zich steeds meer de ordening van de gehele gezondheidszorg tot taak gaat rekenen. Niet alleen claimt zij de algemene verantwoordelijkheid voor een goed gestructureerd, democratisch en efficiënt werkend stelsel van gezondheidszorg, inclusief de kostenontwikkeling, ook de intramurale gezondheidszorg gaat deel uit maken van een integraal gezondheidszorgbeleid (Boot en Knapen 2005). Dit komt bijvoorbeeld tot uiting doordat de overheid in de structuurnota spreekt over het instellen van ‘audit comités’ en in het ontwerp van de Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering (AWG) van 1975 spreekt over externe toetsing (van Herk 1997).

De overheid maakt zich ook steeds meer zorgen over het in de hand houden van de kosten van de zorg. De stijging van de kosten is niet alleen toe te schrijven aan de toename van de behandelmogelijkheden, het gebruik van steeds ingewikkelder apparatuur en de hoge verwachtingen van patiënten over de mogelijkheden van de medische behandeling. De invoering van het ziekenfonds heeft de zorg voor iedereen financieel bereikbaar gemaakt waardoor de zorgvraag en de uitgaven aan de gezondheidszorg fors zijn gestegen.

23 Kenmerkend voor een verzorgingsstaat is de actieve rol van de overheid. Thoenes (1961) stelt dat de kern van de verzorgingsstaat een garantieformule is: De overheid garandeert een pakket verzekeringen en voorzieningen die een sociaal aanvaardbaar bestaan voor iedereen mogelijk maken.

De kosten van de zorg gaan een steeds groter deel uitmaken van het BBP²⁴. De sterke stijging van de kosten wordt door de overheid als bedreiging gezien voor de toegankelijkheid van de zorg voor alle burgers.

In 1983 wordt 'de generale verantwoordelijkheid van de overheid voor een goed gestructureerd, democratisch en efficiënt werkend stelsel van gezondheidszorg, inclusief de kostenontwikkeling', wettelijk vastgelegd door aan de grondwet een artikel toe te voegen waarin de overheid verplicht wordt tot 'het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' (Grondwet 1983). De overheid krijgt hierdoor formeel de taak om toe te zien op een 'kwalitatief goede en financieel bereikbare gezondheidszorg'.

Analyse en regulerende patronen overheid

Door de wetgeving rondom de hygiëne en door het zorgen voor praktische zaken, zoals de aanleg van de riolering en het ophalen van het huisvuil, heeft de overheid condities gecreëerd voor een hygiënischer leven. Dit heeft er ook voor gezorgd dat de burgers zich in toenemende mate bewust zijn geworden van het belang zelf ook bij te dragen aan de hygiënische omstandigheden. Een externe disciplinerende van de burger die duidelijk succesvol genoemd kan worden. Dit betekent ook dat de verantwoordelijkheid voor het scheppen van condities en voorwaarden voor de volksgezondheid en de controle hierop een overheids-taak is geworden.

In de 2^e helft van de twintigste eeuw ontstaat met betrekking tot de medische gezondheidszorg een vergelijkbaar patroon. Naast dat diverse wetten tot stand komen die condities scheppen voor een goede gezondheidszorg, gaat de overheid zich ook directer bemoeien met de medische professie door een vinger aan de pols te gaan houden bij de opleidingseisen. Ook oefent de overheid druk uit op de medisch specialisten en de ziekenhuizen om tot zelfregulering te komen. De inspectie gaat zich bemoeien met de beddenreductie en de kwaliteit van de zorgverlening in ziekenhuizen door aandacht te geven aan de interne organisatie en de hygiëne. De verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor een goede gezondheidszorg voor de burgers is voor de overheid een regulerend patroon geworden (**P6**).

Om uitvoering te geven aan haar verantwoordelijkheden voor de volksgezondheid richt de overheid in de eerste helft van de 20^e eeuw naast de inspectie steeds meer instituten en adviesorganen op met een specifieke verantwoordelijkheid in relatie tot de volksgezondheid. Deze instituten vallen direct onder de ministeriële verantwoordelijkheid, evenals de Inspectie van de Volksgezondheid. Ook wordt een Gezondheidsraad opgericht die als taak krijgt wetenschappelijke adviezen te geven. Na de 2^e WO worden de taken van de inspectie

24 Gesproken wordt tegenwoordig over het BBP (Bruto Binnenlands Product) en niet meer het BNP (Bruto Nationaal Product). Het BBP betreft alle inkomsten binnen de staatsgrenzen van een land. Daarnaast wordt ook gesproken over het BNI (Bruto Nationaal Inkomen), dit betreft alle inkomsten door iedereen met eenzelfde nationaliteit. Het BBP van Nederland wordt vastgesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

uitgebreid en specifieke commissies en aparte adviesorganen ingesteld gerelateerd aan de medische zorg en de ziekenhuiszorg. Bijvoorbeeld de commissie Rechten van de Patiënt van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid die de basis vormt voor het versterken van de rol van de patiënt. Een ander voorbeeld is het COTG dat adviezen uitbrengt over vergoedingen. Naast een uitbreiding in het aantal commissies vindt ook een differentiatie plaats in het aantal 'adviseurs'. Het oprichten van steeds weer nieuwe instituten en adviesorganen ter ondersteuning van het uitvoering geven aan haar verantwoordelijkheden is een vanzelfsprekende manier van handelen geworden van de overheid. Dit is een regulerend patroon geworden (**P7**).

Regulerende patronen overheid 1985

P6 *De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor een goede gezondheidszorg voor de burgers.*

P7 *De overheid richt, ter ondersteuning van het uitvoering geven aan haar verantwoordelijkheden, steeds weer nieuwe instituten en adviesorganen op.*

5.2.3 Ziekenhuizen

Historie

In de 19^e eeuw wordt de sociale indicatie voor opname in een ziekenhuis, zoals armoede en slechte behuizing, steeds vaker vervangen door een medische indicatie. Het ziekenhuis wordt de plaats waar de medische middelen voor onderzoek en behandeling aanwezig zijn (Boot en Knapen 2005). Door een deel van de ziekenhuizen samen te voegen met de universiteiten vindt een koppeling plaats van de wetenschappelijke kennis met de praktische toepassing. Het eerste 'academisch' ziekenhuis in Nederland wordt in 1817 in Utrecht geopend. De snelle vooruitgang in de medische wetenschap en -technologie gekoppeld aan de demografische ontwikkelingen leidt tot een toenemende vraag naar ziekenhuiszorg. Als gevolg hiervan neemt niet alleen het aantal ziekenhuizen in snel tempo toe, maar wordt ook de omvang van de ziekenhuizen steeds groter.

Diverse ziekenhuisverenigingen worden opgericht, veelal gekoppeld aan bepaalde zuilen zoals de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, de Vereniging van Ziekenhuizen in Nederland, de bond van Protestants Christelijke Ziekeninrichtingen, Bond van Nederlandse Diakonessenhuizen, Gereformeerde Bond van Verenigingen en Stichtingen van Barmhartigheid (van der Meulen 2009, 132).

De ziekenhuisorganisatie wordt in de 20^e eeuw steeds complexer en in de jaren zestig wordt besloten tot een splitsing in lang- en kortdurend verblijf. Patiënten die geen dagelijkse medische behandeling meer nodig hebben en waarbij sprake is van een langdurige verblijfs-situatie worden in het verpleeghuis opgenomen (Boot en Knapen 2005). De medische behandeling gaat hierdoor binnen de ziekenhuizen steeds meer centraal staan. Ook ontstaan steeds meer specialisaties, nieuwe functies en opleidingen. Rond 1900 zijn er bijvoorbeeld nog maar 800 verpleegkundigen met een diploma, maar kort na WO II al meer dan 6.000

(Jaspers 1985, Klazinga 1996). Het toenemend aantal medische specialisaties leidt tot steeds meer afdelingen binnen het ziekenhuis en er ontstaan gespecialiseerde onderzoeksafdelingen zoals een laboratorium en een röntgenafdeling. Naast de specialisaties vindt ook steeds vaker een splitsing plaats in de diverse deskundigheidsniveaus waarop werkzaamheden worden uitgevoerd en ontstaat behoefte aan ondersteunende afdelingen zoals een financiële afdeling, een afdeling personeelszaken, maar ook een voedingsdienst, schoonmaakdienst etc. De afhankelijkheid van elkaar in de werkzaamheden stijgt hierdoor, zowel met betrekking tot de inhoud van het werk alsmede organisatorisch. Binnen het ziekenhuis ontstaat een steeds grotere noodzaak om onderlinge afspraken te maken en regels op te stellen.

De groei van deze complexiteit leidt ook tot de behoefte aan een andere aansturing van de ziekenhuisorganisatie en aan mensen met specifieke competenties op het gebied van management. Naast de algemeen directeur en de medisch directeur worden steeds vaker ook een economisch- en verpleegkundig directeur aangesteld (Boot en Knapen 1986).

In 1966 wordt de eerste landelijke vereniging voor alle algemene ziekenhuizen opgericht; de Nationale Ziekenhuisraad (NZr)²⁵. Doel van de NZr is om samen sterker te staan tegenover overheid, verzekeraars en vakbonden (Visser 1999).

In 1979 vindt de oprichting plaats van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) (van der Meulen 2009). De eerder genoemde Geneeskundige Vereniging maakt hier deel van uit. De NVZD ontwikkelt allerlei activiteiten voor ziekenhuisdirecteuren, waaronder een uitgebreid onderwijsaanbod en een gedragscode voor bestuurders. In de statuten wordt vastgelegd dat de NVZD zich als 'belangenorganisatie van bestuurders in de gezondheidszorg in Nederland' ten doel stelt 'de kwaliteit van de professionele functie-uitoefening van haar leden te bevorderen en hun belangen te behartigen' (van der Meulen 2009).

De ziekenhuisbudgettering in 1983 dwingt de ziekenhuizen tot het maken van keuzen wat financieel wel en niet meer kan. Hierdoor ontstaat een verschuiving in de verantwoordelijkheden van de directies van de ziekenhuizen.

Analyse en regulerende patronen ziekenhuizen

Door de toenemende complexiteit binnen de ziekenhuizen is, zowel met betrekking tot de inhoud van het werk alsmede organisatorisch, een toenemende afhankelijkheid ontstaan. Voor de werkzaamheden wordt het steeds noodzakelijker en vanzelfsprekender om regels op te stellen en afspraken te maken. Dit is een regulerend patroon geworden (**P8**).

In de tweede helft van de 20^e eeuw ontstaat binnen de ziekenhuizen steeds meer behoefte aan mensen met specifieke competenties op het gebied van management. Door het ontwikkelen van een onderwijsaanbod en een gedragscode voor bestuurders tracht de NVZD het beroep van bestuurder te professionaliseren. In de periode voor 1985 worden

25 Ook verpleeghuizen, zwakzinnigenzorg en psychiatrie maken hier deel van uit. In deze periode was het nog vanzelfsprekend dat binnen één zuil en onder één bestuur een ziekenhuis en een verpleeghuis een geheel vormden.

activiteiten ontwikkeld die gericht zijn op interne controle op de toelating en op het handelen van ziekenhuisbestuurders. Van een wettelijke erkenning of van consequenties binnen de beroepsgroep indien niet voldaan wordt aan bepaalde eisen is in deze periode nog geen sprake. De oprichting van de NZr laat zien dat bij (de bestuurders van) de ziekenhuizen een behoefte is ontstaan de ziekenhuizen op landelijk niveau te verenigen om sterker te staan tegenover andere partijen. De pogingen tot professionalisering van het beroep van ziekenhuisbestuurder en de oprichting van de landelijke koepel van ziekenhuizen laten een ontwikkeling zien dat ziekenhuizen in toenemende mate geneigd zijn tot onderlinge controle tussen de ziekenhuizen op het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht. Er is nog geen sprake van een regulerend patroon van onderlinge controle, maar de ontwikkeling is al wel te signaleren.

Regulerend patronen ziekenhuizen 1985

P8 *Toename van afspraken en regels binnen het ziekenhuis.*

5.3 Sociale veld

Historie

Het sociale veld van de medische zorg in de ziekenhuizen komt in de 20^e eeuw steeds meer tot ontwikkeling. Hiervoor zijn drie belangrijke redenen; (1) de snelle toename in de medische mogelijkheden, (2) het ontstaan van knelpunten in de betaling van de zorg, waardoor de toegankelijkheid van de zorg wordt bedreigd, en (3) het toenemende belang van de rol van de artsen binnen de ziekenhuizen.

De toenemende vraag naar medische zorgverlening, eind 19^e, begin 20^e eeuw, maakt duidelijk dat veel patiënten niet of nauwelijks in staat zijn om medische zorg te betalen. Dit is niet alleen een probleem voor de patiënt, maar ook het probleem van de arts die geconfronteerd wordt met een groot potentieel aan klanten waarbij hij de keuze moet maken tussen geen zorg verlenen of niet betaald worden. Als oplossing voor dit probleem vindt de introductie plaats van 'de zorgverzekering'. Naast onderling beheerde fondsen ontstaan 'doktersfondsen', mensen betalen wekelijks een bepaald bedrag aan contributie en krijgen medische hulp wanneer dit nodig is. Het aantal patiënten dat de doktersrekening via een zorgverzekering betaalt neemt in snel tempo toe. In 1900 is dit nog maar 10%, in 1926 al 31% (Boot en Knapen 2005, 201). De afhankelijkheid van de fondsen voor het verkrijgen van hun inkomen leidt tot weerstand bij de artsen, zij zien dit als bedreiging voor het vrije artsen beroep. In 1913 neemt de NMG het initiatief om tot een bundeling te komen van de verschillende doktersfondsen en gaat maatschappijfondsen te creëren (Klazinga 1996, 77). De NMG en de onderling beheerde fondsen komen hierdoor tegenover elkaar te staan. De fondsen die uit initiatief van de artsen en de NMG tot stand zijn gekomen hebben artsen in hun bestuur, de onderling beheerde fondsen niet (idem). Het lukt niet om tot gezamenlijke afspraken te komen voor een ziekenfondsverzekering. Vanaf dit moment is sprake van een

conflict tussen de belangen van de aanbieders van de zorg en de vragers/financiers van de zorg.

Tijdens de Duitse bezetting komt het zogenaamde Ziekenfondsbesluit tot stand (Boot en Knapen 2005, 201). Vanaf dat moment is sprake van een verplichte verzekering voor patiënten onder een bepaalde inkomensgrens waardoor voor deze groep patiënten de toegankelijkheid van de zorg is gegarandeerd. De landelijke invoering van het ziekenfondsstelsel leidt tot een snelle toename van het aantal verzekerde personen. In 1949 maken de LSV en de ziekenfondsen afspraken over een uniforme betaling (SER 1961); elk ziekenfonds betaalt evenveel voor een ingreep/behandeling door de specialist. Ook alle ziekenhuizen krijgen voor een ziekenfondspatiënt hetzelfde betaald. De betaling wordt gebaseerd op het aantal dagen dat een patiënt in het ziekenhuis verblijft. De bedragen die voor een ziekenfondspatiënt worden betaald zijn vanaf dat moment landelijk hetzelfde. Voor particuliere patiënten geldt dit niet, hiervoor zijn de tarieven nog vrij. De invoering van de Ziekenfondswet in 1964 maakt samen met de invoering in 1967 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de zorg financieel bereikbaar voor iedere zorgvrager. Hierdoor neemt de vraag naar medisch specialistische ziekenhuiszorg nog meer toe “Een enorme uitbreiding van de ziekenhuissector, inclusief de specialistische zorg, is het gevolg.” (Humbert 1993, 5)

In de loop van de 20^e eeuw ontstaat een andere relatie van de arts met het ziekenhuis. Steeds meer specialisten gaan in het ziekenhuis spreekuur houden. Ziekenhuizen krijgen hierdoor naast hun klinische functie ook een belangrijke poliklinische functie. Doordat het ziekenhuis steeds meer de centrale plaats wordt voor de medische zorgverlening neemt het aantal patiënten dat voor behandeling naar het ziekenhuis gaat sterk toe. Artsen krijgen daardoor ook steeds meer belang bij een goede inrichting en ondersteuning door het ziekenhuis. In de tweede helft van de 20^e eeuw sluiten medisch specialisten steeds vaker een exclusief contract af met één ziekenhuis waardoor de betrokkenheid van de individuele arts bij het ziekenhuis en de ziekenhuisstrategie nog verder toeneemt. In de jaren zestig en zeventig van de 20^e eeuw verenigen de medisch specialisten zich binnen een ziekenhuis in een medische staf zodat ze als groep meer invloed kunnen uitoefenen op de ziekenhuisstrategie. Discussies ontstaan over de exacte rol en verantwoordelijkheden van de medisch specialist (Klazinga 1996, 81).

In de tweede helft van de 20^e eeuw verandert de rol van de overheid in relatie tot de medische opleiding. Vanaf 1961 gaat de overheid een vinger aan de pols houden bij het opstellen van de opleidingseisen door twee ambtenaren te laten participeren in de vergaderingen van het Centraal College. Het Centraal College is samengesteld uit voornamelijk leden van de wetenschappelijke verenigingen en medische faculteiten. Voorstellen over veranderingen in een opleiding worden door dit College voorgelegd aan het hoofdbestuur van de KNMG. Door de participatie van twee ambtenaren en het vetorecht ontstaat een vorm van toezicht door de overheid op de toegang tot de professie. “Voor belangrijke veranderingen in de structuur en inhoud van de beroepsopleidingen heeft de overheid een vetorecht. In deze zin is de zelfregulering van het medisch beroep via de opleiding door de

overheid aan zekere grenzen gebonden. Het houden van toezicht is de taak van de Specialisten Registratie Commissie (SRC).” (van Herk 1997, 126).

In de jaren zeventig van de 20^e eeuw oefent de politiek, ten gevolge van de discussies over de verantwoordelijkheden van de medisch specialisten, steeds meer druk uit op de medische professie:

1. In de structuurnota van 1974 wordt gesproken over kwaliteitsnormen die door ‘audit committees’ buiten het ziekenhuis beoordeeld kunnen worden (J. Hendriks 1974).
2. D’66 fractievoorzitter Terlouw en het Tweede Kamerlid Ten Brink schrijven aan de voorzitter van de KNMG een open brief over de invoering van de intercollegiale toetsing (van Herk 1997, 157).
3. In het ontwerp van de Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering (AWG) van 1975 wordt expliciet gesproken van een externe toetsing en dat de in het leven te roepen controlediensten niet alleen uit medici zullen bestaan maar ook andere disciplines moeten omvatten (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1975).

Mede door deze politieke druk vindt de landelijke invoering plaats van de intercollegiale toetsingscommissies in ziekenhuizen en wordt de arts verplicht hierin te participeren.

Ter ondersteuning van de vormgeving en uitvoering van de intercollegiale toetsing wordt in 1979 het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) opgericht. Een landelijk orgaan met medewerkers die vrijgesteld en betaald worden om ondersteuning te geven aan de medisch specialisten. Door het besluit de financiering van het CBO te laten plaatsvinden vanuit de verpleeggelden, zorgt de overheid er voor dat de artsen ondersteuning krijgen die ze zelf niet hoeven te betalen. Scholten (1994) noemt dit het scheppen van een conditie waardoor de maatschappelijke groep haar rol als ‘redelijke’ tegenspeler daadwerkelijk kan spelen.

Vanaf de jaren zeventig wordt steeds vaker naar de medisch specialistische zorg gewezen als medeveroorzaker van de grote stijging van de kosten. Hierbij speelt mee dat de medisch specialist inmiddels nog maar een zeer beperkte rol speelt bij het arbeidspotentieel en daardoor op landelijk niveau geen toegevoegde waarde meer heeft voor de economie. Op lokaal niveau hebben de medisch specialisten voor de ziekenhuizen nog wel een belangrijke financiële toegevoegde waarde; de vele nieuwe initiatieven en behandelmogelijkheden leveren meer patiënten en genereren ook meer geld voor het ziekenhuis. Door de open-eindfinanciering - elke ingreep of behandeling wordt vergoed door de zorgverzekeraar - bestaat bij de (besturen van de) ziekenhuizen geen enkele behoefte om een rem te zetten op de productie. De tijdwinst die behaald wordt door nieuwe technieken, apparatuur en de inzet van hulppersoneel, wordt veelal niet verdisconteerd in de tarieven van de specialisten. Hierdoor groeit het inkomen van sommige specialisten disproportioneel (Nicolai 2003, 18/19). Doordat medisch specialisten betaald worden door de zorgverzekeraars en niet door de ziekenhuizen heeft dit alleen consequenties op landelijk niveau.

De stijgende kosten, de zorgvraag die alsmaar blijft toenemen, het afnemende vertrouwen in de toegevoegde waarde van de medische zorg en de disproportionele inkomensstijgingen, zorgen er voor dat de overheid een koppeling gaat maken tussen kwaliteit en kosten, met als

achterliggende vraag ‘welke waar krijgen we voor ons geld?’ Door deze koppeling wordt ‘kwaliteit’ een belangrijk aandachtsgebied in het sociale ziekenhuisveld.

In 1975 wordt de interimnota inkomstenbeleid uitgebracht en besluit de overheid met de medisch specialisten te beginnen. Dit in de hoop dat door de specialisten vast te pinnen op een norminkomen de prikkel tot extra productie zal verdwijnen (Nicolai 2003). De constatering door de commissie Van Mansvelt dat er grote inkomensverschillen bestaan tussen specialisten onderling en dat de particuliere tarieven drie keer hoger blijken te liggen dan de ziekenfondstarieven (Mansvelt 1980) leidt er toe dat de minister van Economische Zaken in 1980 een tariefsverlaging van 25% aankondigt voor de particuliere tarieven. Als reactie hierop stapte de LSV naar de rechter. Dit voorkomt niet dat in 1982 de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in werking treedt waarmee daadwerkelijke tariefsverlagingen kunnen worden geëffectueerd. In 1982 stelt de overheid het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) in, dat als taak krijgt adviezen uit te brengen over vergoedingen (Nicolai 2003).

Naast het inkomen van de medisch specialisten wordt in de jaren zeventig ook kritischer naar het inkomen van de ziekenhuizen gekeken. Dit begint met aandacht van de inspectie voor het aantal lege ziekenhuisbedden. “Vanaf 1972 ageerde de Inspectie voortdurend tegen de lege bedden.” (Kappelhof 1990, 99) Door de betaling van de ziekenhuizen per ziekenhuisbed, of dit nu wel of niet wordt bezet, hebben de ziekenhuizen veel belang bij het ‘behoud’ van het aantal bedden. De grote overcapaciteit van ziekenhuisbedden, ontstaan door de afname van de ligduur in de jaren zeventig, leidt daarom niet zomaar tot een daadwerkelijke afname van het aantal bedden. De invoering van het erkenningenbeleid in 1977 geeft de inspectie een belangrijke adviserende taak richting ziekenhuizen. “De erkenningen en de daaraan verbonden voorwaarden geven de inspecteurs een belangrijk instrument om toezicht uit te oefenen op de kwaliteit van de door de ziekenhuizen verleende zorg”. (Kappelhof 1990, 100) Naast de aandacht voor de materiële voorzieningen, gaat de inspectie ook aandacht geven aan de interne organisatie van de ziekenhuizen. Kappelhof (1990) merkt op dat de inspectie zich met name zorgen maakte over ziekenhuizen zonder geformaliseerde medische staven of stafreglementen en het soms zelfs ontbreken van contracten met individuele specialisten. Ook blijken hygiëneaspecten niet altijd goed geregeld te zijn. De aandacht in de negentiende eeuw van het Geneeskundig Staatstoezicht voor de openbare hygiëne krijgt pas in de jaren zeventig van de twintigste eeuw een vervolg in het toezicht op de hygiëne in de ziekenhuizen.

In 1983 besluit de overheid de ziekenhuizen jaarlijks een budget toe te wijzen waaruit de totale productie c.q. dienstverlening moet worden bekostigd. De directies van de ziekenhuizen krijgen hierdoor op lokaal niveau een andere financiële verantwoordelijkheid. Weliswaar richt de ziekenhuisbudgettering zich op de ziekenhuiskosten en niet op de kosten van de specialistische zorg - dit zijn twee aparte financieringsstromen - maar omdat de specialistische zorg met hulp van de ziekenhuisfaciliteiten tot stand komt, raakt dit besluit ook direct de medisch specialisten. Directies van ziekenhuizen moeten met de specialisten

rond de tafel gaan zitten om gezamenlijk tot afspraken te komen over de uitvoering van bepaalde behandelingen en de noodzakelijke investeringen. Dit houdt ook in dat ze met de specialisten de discussie over kwaliteit moeten aangaan. Niet alleen over de vraag wat een nieuwe behandeling betekent voor de kwaliteit van de zorg en hoe dit zich verhoudt tot de kosten, maar ook de discussie over de verdeling van de beschikbare ziekenhuisgelden over de specialismen; waarom mag specialisme A wel een nieuw onderzoeksapparaat aanschaffen en specialisme B niet? Aangezien een specialist gericht is op de medische behandeling van zijn patiënten en daarbij ook nog eens de individuele behandeling van de patiënt centraal stelt, zijn de discussies van de directies met de specialisten over de beschikbaarheid van gelden voor groepen patiënten niet eenvoudig.

Analyse en regulerende patronen sociale veld

In de twintigste eeuw ontstaan steeds meer wetten en regels in relatie tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Deze laten naast verschuivingen in de verantwoordelijkheden van partijen in het veld, ook een toename zien in de controle op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Het Ziekenfondsbesluit tijdens WOII en de Ziekenfondswet in 1964 spelen een belangrijke rol bij de toegankelijkheid van de zorg voor alle burgers. De nota inkomstenbeleid van 1975 en de invoering van de WTG in 1982 maken het voor de overheid mogelijk door middel van kostenbeheersing de toegankelijkheid te behouden.

In de jaren zestig krijgt de overheid, door haar vetorecht, invloed op belangrijke veranderingen in de structuur en inhoud van de medische beroepsopleidingen. Door de structuurnota van 1974 wordt de intramurale gezondheidszorg onderdeel van een integraal gezondheidszorgbeleid. De invoering van het erkenningenbeleid in 1977 geeft de inspectie een belangrijke adviserende, maar ook controlerende taak in relatie tot de kwaliteit van de gezondheidszorg. De invoering van de ziekenhuisbudgettering in 1983 verandert de spelregels in het sociale veld; medisch specialisten en directies van de ziekenhuizen moeten met elkaar in onderhandeling. Door in 1984 in het Besluit voor erkenning van ziekenhuizen de verplichting van de arts op te nemen tot intercollegiale toetsing, wordt het onderwerp kwaliteit een thema in het sociale veld met wettelijke regels. Het is een regulerend patroon geworden om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de medisch zorgverlening in ziekenhuizen steeds meer vast te leggen in wetten en regels (V1).

Vanaf de jaren tachtig van de twintigste eeuw ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de medische zorg in de ziekenhuizen niet alleen meer bij de medisch specialisten, maar is ook een verantwoordelijkheid geworden van de bestuurders van de ziekenhuizen en de inspectie. Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit is in het sociale veld steeds meer vanzelfsprekend geworden (V2).

In de tweede helft van de twintigste eeuw gaat de overheid zich steeds meer bemoeien met de inhoud van de zorgverlening. Door de hoger onderwijswet in 1876 was de medische professie zelf verantwoordelijk geworden voor de inhoud van de medische basisopleiding en het vaststellen van de exameneisen, maar in de jaren zestig van de 20^e eeuw is de overheid

een vinger aan de pols gaan houden bij de medische opleidingen. Een vorm van controle op de zelfregulering van de medische professie.

De invoering van de Wet Uitoefening der Geneeskunst in 1865 heeft een duidelijke scheiding gemaakt tussen het medisch beroep en de Staat waardoor de geneeskundigen zelf toezicht zijn gaan houden op hun eigen stand. De discussies in de jaren zeventig van de twintigste eeuw over de verantwoordelijkheden van de medisch specialisten zorgden voor een toenemende druk vanuit de politiek om tot intercollegiale toetsing te komen. De plannen in de structuurnota 1974 tot het toetsen van kwaliteitsnormen met behulp van 'audit committees' laat zien dat de overheid in toenemende mate controle wil uitoefenen op de zelfregulering van de medische professie. De invoering van het erkenningenbeleid in 1977 zorgt er voor dat de inspectie zich ook gaat richten op de kwaliteit van de zorgverlening binnen de ziekenhuizen. Door het toenemende toezicht van de overheid op de uitvoering van de zelfregulering van de aanbieders van de zorg in het sociale veld (V3) is een regulerend patroon in het veld ontstaan gerelateerd aan de toenemende verantwoordelijkheid van de overheid voor een goede gezondheidszorg voor de burgers.

Naast de bemoeienissen met de inhoud van de zorg, is de overheid zich in de loop van de twintigste eeuw steeds meer gaan richten op het garanderen van de toegankelijkheid van de zorg voor alle burgers. Het Ziekenfondsbesluit, gevolgd door de Ziekenfondswet in 1964 en de AWBZ in 1967, heeft voor vrijwel iedere burger de zorg financieel bereikbaar gemaakt. Dat iedereen recht op zorg heeft is geen discussiepunt. Dit wordt in 1983 bevestigd door in de grondwet vast te leggen dat de overheid hierop moet toezien.

De snelle kostenstijging in de zorg vormt in de jaren zeventig een bedreiging voor de toegankelijkheid van de zorg. Hierbij speelt mee dat de zorg steeds meer alleen als een kostenpost wordt gezien, zonder verdere noemenswaardige opbrengst. De economische waarde van de medische zorg in relatie tot het arbeidspotentieel door het voorkomen van epidemieën en het verminderen van de kindersterfte, is nauwelijks meer van toepassing. De medisch specialistische zorg wordt als de belangrijkste veroorzaker gezien van de explosieve kostenstijging in de zorg. Zowel de toename van de zorgvraag, de toename van nieuwe behandelingen en de hoge inkomens van de medisch specialisten worden hieraan debet gezien. Een strijd ontstaat tussen de waarde van het economisch- en het cultureel kapitaal. Een strijd tussen de macht om te kunnen bepalen waar het geld aan *wordt* besteed en de macht van de exclusieve kennis die bepaalt wat goede zorg is en waar het geld aan *moet worden* besteed. De koppeling van kosten en baten van de zorg leidt tot een toenemende aandacht voor de kwaliteit van de zorg (V4).

Ziekenhuizen krijgen in de tweede helft van de twintigste eeuw naast hun klinische functie ook steeds meer een poliklinische functie. Het ziekenhuis wordt steeds meer de centrale plaats voor de medische zorgverlening. Wanneer vervolgens de medisch specialisten steeds vaker een exclusief contract afsluiten met één ziekenhuis, krijgen de artsen steeds meer belang bij een goede ziekenhuisorganisatie en het beïnvloeden van de ziekenhuisstrategie. De invoering van de budgettering van de ziekenhuizen in de jaren tachtig leidt er toe dat de

ziekenhuisdirectie en de medische staf met elkaar rond de tafel moeten gaan zitten om afspraken te maken over kwaliteit waardoor op lokaal niveau een machtsstrijd ontstaat. De discussie over de rol en de verantwoordelijkheid van de medisch specialist is tevens een strijd over het belang van economisch kapitaal versus cultureel kapitaal. De toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid (**V2**) en de toenemende aandacht voor de kwaliteit (**V4**) leiden tot strijd om de macht op lokaal niveau (**V5**).

Regulerend patronen in het sociale veld 1985

- V1** *Toename wetten en regels gericht op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.*
- V2** *Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit.*
- V3** *Toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders.*
- V4** *Toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg.*
- V5** *Strijd om de macht op lokaal niveau.*

5.4 De maatschappij

Historie

De ontzuiling zorgt samen met de democratiseringsgolf voor veranderingen in de verhoudingen tussen de verschillende partijen in de zorg. Door de ontzuiling in de jaren zestig van de twintigste wordt de macht van de confessionele partijen in relatie tot het gezondheidsbeleid in korte tijd veel minder. Doordat de medische professie van oudsher duidelijk haar relaties had binnen de confessionele politieke partijen en daar ook vaak deel vanuit maakte nemen de mogelijkheden om door middel van hun lidmaatschap invloed uit te oefenen op het overheidsbeleid ook snel af

De opkomst van de verzorgingsstaat zorgt voor het verdwijnen van de afhankelijkheid van de burger vanuit de eigen zuil, zoals kerken en vakbonden. Burgers worden ook steeds vaker geconfronteerd met andere denkwijzen, enerzijds door de media die de buitenwereld naar binnen brengen anderzijds doordat verplaatsingen naar andere streken steeds makkelijker worden. Doordat burgers steeds kritischer gaan nadenken en meer bewuste eigen keuzen gaan maken worden ze ook individualistischer.

De ontzuiling heeft ook gevolgen voor de praktijk van alledag in de ziekenhuizen. Nonnen en Diaconessen verdwijnen uit het ziekenhuisbeeld. Hun taak wordt overgenomen door verpleegkundigen die steeds vaker buiten het ziekenhuis en onafhankelijk van hun geloofsrichting, een opleiding volgen en een diploma behalen. De ontzuiling heeft ook de weg vrij gemaakt voor de oprichting van de NZr.

Door de democratiseringsgolf en de ontzuiling wordt de positie van 'de elite' steeds vaker ter discussie gesteld. Een toenemende kritiek ontstaat op de houding en de positie van de medische professie. Critici stellen dat artsen gericht zijn op het maximaliseren van hun eigen inkomen, dat ze hun patiënten bewust onmondig en afhankelijk houden en te veel macht hebben over het leven van de patiënt (Illich 1975, Light 2000b).

De democratiseringsgolf vormt ook het begin van het ontstaan van 'de patiënt' als partij in het veld van de gezondheidszorg. Het instellen van een Commissie Rechten van de Patiënt van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid legt eind jaren zeventig hiervoor de eerste formele basis.

In 1972 krijgt het onderwerp intercollegiale toetsing maatschappelijke aandacht. Aanleiding hiervoor is de inaugurale rede van professor Smalhout met als titel 'De dood op tafel'. Smalhout (1972) stelt in deze rede dat er jaarlijks 200 mensen sterven als gevolg van anesthesiefouten, een uitspraak die onder medici, in de media en in de politiek veel ophef veroorzaakt. Smalhout voegt in zijn rede een groep van 200 individuele patiënten bij elkaar en doet hierover een uitspraak. Hierdoor ontstaat een totaal ander beeld dan wanneer over individuele patiënten wordt gesproken.

Analyse en regulerende patronen maatschappij

De ontzuiling en de democratisering gecombineerd met de maatschappelijke aandacht door de rede van Smalhout, leidt bij de burger tot een afnemend vertrouwen in de medische professie. Hierdoor ontstaat een toenemende vraag vanuit de maatschappij naar controle op het medische handelen (**M1**).

De democratisering en de ontzuiling in de jaren zestig en zeventig van de 20^e eeuw zorgen voor veranderingen in de relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder, maar ook voor veranderingen in de relatie tussen zorgvrager en overheid. Steeds meer burgers kijken met een kritische blik naar de zorgverlening en verwachten van de overheid dat deze de juiste condities en voorwaarden creëert om de verleende zorg te kunnen beoordelen (**M2**).

Regulerende patronen in de maatschappij 1985

M1 *Toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen.*

M2 *De burger verwacht dat de overheid voorwaarden en condities creëert om de verleende zorg te kunnen beoordelen.*

5.5 Samenvatting

De veranderingen die in de loop van de tijd binnen de medische professie hebben plaatsgevonden zijn een gevolg van zowel externe- als interne disciplinerende en gericht op het behoud van haar positie binnen de maatschappij. Doordat de bewijsbare kwalificaties het bezit van de exclusieve kennis van de medische professie vertegenwoordigen, speelt het behoud van de verantwoordelijkheid voor de inhoud en het beoordelen van de medische opleiding steeds een belangrijke rol.

De toenemende verantwoordelijkheid van de overheid, eerst voor de *volksgezondheid* en later ook voor de *gezondheidszorg*, is een gevolg van druk uit de maatschappij en leidt tot het disciplineren van de overheid. Het steeds weer oprichten van nieuwe instituten en adviesorganen zijn pogingen van de overheid om te voldoen aan haar verantwoordelijkheden en de druk vanuit de maatschappij.

De ziekenhuizen gaan als partij pas in de tweede helft van de 20^e eeuw een rol spelen in het landelijke veld. Veranderingen binnen deze sociale groep komen met name tot uiting door de toenemende complexiteit binnen de ziekenhuizen. Interne afspraken en regels worden steeds belangrijker, externe regels zoals bijvoorbeeld de budgettering hebben hier ook invloed op. Intern binnen de ziekenhuizen worden steeds meer afspraken gemaakt. Een ontwikkeling wordt gesignaleerd van een behoefte om onderling tussen de ziekenhuizen ook steeds meer afspraken te maken. Voor de partijen zijn 8 regulerende patronen geconstateerd, 5 voor de medische professie, 2 voor de overheid en 1 voor de ziekenhuizen:

- P1** *De medische professie neemt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie.*
- P2** *Voor het verdedigen van een nieuw belang richten de medisch specialisten steeds weer een nieuw collectief op.*
- P3** *De medische professie ontwikkelt steeds weer nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de toelating tot de professie te behouden.*
- P4** *Een toenemende interne controledoor de medische professie op de toelating tot de professie.*
- P5** *Een toenemende interne controle vanuit de medische professie op het medisch handelen.*
- P6** *De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor een goede gezondheidszorg voor de burgers.*
- P7** *De overheid richt, ter ondersteuning van het uitvoering geven aan haar verantwoordelijkheden, steeds weer nieuwe instituten en adviesorganen op.*
- P8** *Toename van afspraken en regels binnen het ziekenhuis.*

In het sociale veld is in de loop van de tijd een toename ontstaan van wetten en regels en in het toezicht op en de controle van de kwaliteit van de medische zorg. Daarnaast heeft een verandering plaatsgevonden in de rol en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen. Ziekenhuisbestuurders zijn door het verkrijgen van economische macht een andere rol gaan spelen in het lokale veld. Voor het sociale veld zijn vijf regulerende patronen geconstateerd:

- V1** *Toename wetten en regels gericht op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.*
- V2** *Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit.*
- V3** *Toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders.*
- V4** *Toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg.*
- V5** *Strijd om de macht op lokaal niveau.*

De ontzuiling en de democratisering zijn in belangrijke mate van invloed geweest op de manier waarop de burgers naar de zorg zijn gaan kijken. Dit heeft geleid tot een toenemende vraag om controle van het medisch handelen, een vraag die tevens de behoefte laat zien aan een toenemende disciplineren van professionals. De ontzuiling en de individualisering heeft gezorgd voor een toenemende verwachting dat de overheid hiervoor de juiste condities en

voorwaarden schept. In de maatschappij zijn in 1985 twee regulerende patronen van invloed op de vormgeving van kwaliteit in de ziekenhuizen:

M1 *Toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen.*

M2 *De burger verwacht dat de overheid voorwaarden en condities creëert om de verleende zorg te kunnen beoordelen.*

6

Historie en regulerende patronen 1985 → 2012

6.1 Inleiding

De beschrijving van de historie van de ziekenhuiskwaliteit vanaf de politieke agendasetting in 1985 tot het besluit in 2012 een landelijke structuur voor kwaliteit op te richten, geeft inzicht in de ontwikkelingen die belangrijk zijn geweest voor de vormgeving van de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen. Met behulp van het theoretische kader worden de veranderingen in deze periode en de betekenis voor de regulerende patronen geanalyseerd.

De beschrijving van de historie vindt in paragraaf 6.2 plaats. Doordat bij veel ontwikkelingen meerdere actoren een rol spelen worden bij de geschiedschrijving geen aparte beschrijvingen gemaakt voor de verschillende partijen, het sociale veld en de maatschappij. Bij de analyse in de daarop volgende paragrafen vindt dit wel plaats. Paragraaf 6.3 richt zich op de veranderingen die bij de verschillende partijen hebben plaatsgevonden; medisch specialisten, overheid, ziekenhuizen, patiënten(organisaties) en zorgverzekeraars. Veranderingen ten gevolge van; *‘externe en interne disciplineren, de toenemende noodzaak van bewijsbare kwalificaties, specifieke kenmerken en knelpunten van collectieven en het ontstaan van geloof in bepaalde sociale constructies’*. Paragraaf 6.4 beschrijft de veranderingen in het sociale veld ten gevolge van; *‘de invloed van bepaalde partijen, de manier waarop wordt omgegaan met de macht van de andere partijen, verschuivingen in de rol van de verschillende vormen van kapitaal binnen het veld, de uitwisseling van kapitaal en/of de toename van regels, toezicht en controle’*. Paragraaf 6.5 gaat over de maatschappelijke veranderingen; *‘ontzuiling, democratisering, toenemende individualisering en disciplineren’* en beschrijft wat dit betekent voor het gedrag van de burgers in relatie tot de kwaliteit van de ziekenhuizen. In paragraaf 6.6 wordt een samenvatting gegeven.

6.2 Historische ontwikkelingen 1985-2012

Kwaliteit van zorg op de politieke agenda

De Nationale Raad van de Volksgezondheid (NRV) zet kwaliteit van zorg op de politieke agenda door het uitbrengen van de discussienota 'Begrippenkader Kwaliteit Beroepsuitoefening'. Aanleiding voor deze nota is een discussie in de Kamer van beroepsvraagstukken²⁶ op 17 juni 1985 waaruit blijkt dat het begrip kwaliteit veel onduidelijkheid oproept. "Het begrippenkader is een aanzet om te komen tot meer inzicht in het complexe vraagstuk van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Besprekingen over het onderwerp kwaliteit blijken aanleiding te geven tot begripsverwarring en tal van tegenstrijdigheden" (NRV 1986, 1). In de discussienota wordt voorgesteld om het begrip 'kwaliteit van de beroepsuitoefening' te omschrijven door middel van deelaspecten, om op die manier duidelijk te maken dat de kwaliteit bepaald wordt door een samenspel van verschillende factoren die niet voor alle beroepen hetzelfde gewicht hebben. Dit voorstel wordt overgenomen en leidt tot een clustering van deelaspecten in drie categorieën:

1. Kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening (de organisatorische kwaliteit) met de deelaspecten: continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid en integrale zorg.
2. Kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar met de deelaspecten; respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie en verantwoordingsbereidheid.
3. Kwaliteit van het methodisch-technisch handelen (de professionele kwaliteit) met de deelaspecten; doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestelling, geschiktheid, veiligheid en zorgvuldigheid.

Deze clustering met onderverdeling geeft velen houvast om greep te krijgen op het begrip kwaliteit en wordt decennia lang veelvuldig geciteerd in allerlei stukken. De verschillende clusters en aspecten blijken in de loop van de tijd niet alleen een verschillende lading te hebben voor de verschillende beroepsgroepen, maar ook een verschillende zwaarte te hebben in relatie tot de positie die in het veld wordt ingenomen; medisch specialist, ziekenhuisbestuurder, patiënt, verzekeraar of inspecteur. Ze zijn daardoor van belangrijke betekenis voor de latere 'strijd in het veld'.

Voorstel tot verandering rolverdeling

Naast de behoefte aan een kwaliteitsdefinitie speelt in de jaren tachtig ook de vraag hoe het volume aan zorg en kosten beheerst kunnen worden. In 1986 installeert de overheid de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg onder het voorzitterschap van de voormalige Philips topman Dekker. Deze commissie krijgt de opdracht advies uit te brengen

²⁶ De Kamer voor beroepsvraagstukken is samengesteld uit vertegenwoordigers van beroepsorganisaties van verpleegkundigen, fysiotherapie, KNMG, KNMP, NMT, Verloskundigen, welzijnswerk, psychologen, LP/CP, Landelijke Organisatie voor Ziektekostenverzekeraars, Nationale Ziekenhuisraad en de Nationale Kruisvereniging.

over de mogelijkheden tot beheersing van de volume ontwikkeling, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en tot deregulering. In het advies wordt de volgende rolverdeling voorgesteld (Commissie Dekker 1987, 21):

- de zorgaanbieders dienen de kwaliteit van zorg met beroepsnormen te bewaken;
- de verzekeraars hebben de taak toe te zien op de naleving van de overeenkomsten door economische inspectie van gecontracteerde instellingen;
- het Staatstoezicht moet als tegenwicht optreden tegen verzekeraars en aanbieders van zorg om te vermijden dat slechte zorg wordt verleend. Tevens moet er toezicht worden gehouden op het bestaan en functioneren van kwaliteitsbevorderende mechanismen.

De commissie adviseert om tot een wet op de kwaliteit van zorg te komen. Een wet waarin normen kunnen worden opgenomen waaraan de zorg moet voldoen en de kwaliteitsbewaking geregeld kan worden. Daarnaast dienen patiëntenrechten bij wet te worden geregeld. Ook wordt voorgesteld om instellingen en doktors te gaan certificeren, zoals ook in het bedrijfsleven gebruikelijk is. Om kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te kunnen waarborgen geeft de commissie aanbevelingen om doelmatigheid te bevorderen en verkwistingen tegen te gaan. Als belangrijk middel om prikkels te bieden en tot flexibiliteit en doelmatigheid te komen wordt de versterking van de marktgerichtheid gezien. Dit in de veronderstelling dat versterking hiervan “zal kunnen leiden tot een betere afstemming van vraag naar en aanbod van zorg, het verzekeringsstelsel en het noodzakelijke kader van wet- en regelgeving. De commissie streeft in dit verband naar *deregulering*. Ten aanzien van de zorg dient niet zozeer een regelend, als wel een voorwaardenscheppend beleid te worden gevoerd.” (Commissie Dekker 1987, 9)

Inkomensstrijd verandert onderlinge verhoudingen

Bij hun onderhandelingen met de overheid is het steeds een belangrijke kracht geweest van de medische professie om uit naam van alle artsen te kunnen spreken. Alle artsen waren lid van de KNMG en alle specialisten van de LSV. De toenemende strijd in de tweede helft van de jaren tachtig tussen de LSV en de overheid over het inkomen van de medisch specialisten, brengt niet alleen veranderingen teweeg in de relatie tussen de overheid en de LSV, maar leidt ook tot veranderingen in de onderlinge verhoudingen binnen de groep van medisch specialisten. De beschrijving hieronder brengt dit tot uiting:

“De afkondiging van de Wet Inkomen Vrije Beroepsbeoefenaren in april 1987 maakt het voor de minister van Sociale Zaken mogelijk een voor de vrije beroepen ‘aanvaardbaar’ inkomensniveau vast te stellen. Begonnen wordt met de medisch specialisten met als gevolg dat de specialisten alle contacten met de overheid gaan opschorten en zondagsdiensten gaan draaien. Het vast-

stellen in juli 1987 door Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)²⁷ per specialisme welk percentage van het tarief het inkomens- en welk percentage het kostendeel betreft en vervolgens de aankondiging door de staatsecretaris van een verlaging van het norminkomen en de praktijkkosten, leidt tot diverse rechtszaken. Onder de medisch specialisten zelf ontstaat veel commotie, lang niet iedereen is het eens over de houding en de richting die de LSV is ingeslagen.” (Nicolai 2003).

Eind jaren tachtig, begin jaren negentig worden naast de LSV diverse andere specialistenverenigingen opgericht. In 1989 het Nederlandse Specialisten Genootschap (NSG), een groep artsen die van mening is dat het tijd wordt zich op de kerntaken van de dokter te bezinnen en in 1990 de Nederlandse Specialisten Federatie (NSF). Twee andere dissidente groepen die reeds in 1987 waren ontstaan sluiten zich hierbij aan. In 1990 gevolgd door de Federatieve Vereniging van Specialisten in Academische Ziekenhuizen (ASV). De academische specialisten zijn van mening dat zij, ondanks hun grote aantal, onvoldoende betrokken worden bij onderhandelingen waarbij hun positie in geding is (Nicolai 2003). Pas in 1997 lukt het weer om tot één landelijk collectief te komen: de Orde van Medisch Specialisten.

Externe dreiging leidt tot interne controle systemen

De constante dreiging door de overheid met externe controle en de discussies die naar aanleiding van het rapport van de commissie Dekker ontstaan over de certificatie van instellingen, zorgen er voor dat medisch specialisten en ziekenhuizen eigen controle systemen gaan ontwikkelen.

Eind jaren tachtig neemt een aantal wetenschappelijke verenigingen het initiatief voor de ontwikkeling van een kwaliteitsvisitatie, een vorm van intercollegiale toetsing die al eerder was ingevoerd bij opleidingspraktijken. Lombarts en Klazinga (2001) noemen de invoering van de kwaliteitsvisitatie een strategie om de autonomie van de artsen te beschermen. Daarnaast past de kwaliteitsvisitatie bij een interne behoefte aan toetsing van de praktijkuitvoering bij niet-opleidingspraktijken. Doordat het begrip visitatie reeds volledig is geïntegreerd in de opleidingspraktijken en daardoor bekend bij alle medisch specialisten, verloopt de invoering soepel. In 1989 vinden bij zo'n 100 chirurgische maatschappen kwaliteitsvisitaties plaats en voordat de jaren negentig voorbij zijn heeft elke wetenschappelijke vereniging zijn eigen visitatiesysteem ontwikkeld²⁸ (Lombarts en Klazinga 2001).

Ook de ziekenhuizen willen hun autonomie beschermen. Een aantal ziekenhuizen onderneemt actie om een eigen intern controlesysteem te ontwikkelen en richt in 1989 de Stichting Projectaccreditatie ziekenhuizen (PACE) op. Binnen dit project gaan vier algemene

27 COTG is een onafhankelijk adviesorgaan met als taak richtlijnen vast te stellen voor de hoogte en berekeningswijze van tarieven binnen de gezondheidszorg.

28 Zie verder hoofdstuk 8 voor historie en analyse kwaliteitsvisitatie.

en vier academische ziekenhuizen met ondersteuning van TNO aan de slag om normen te ontwikkelen voor accreditatie²⁹.

Professionalisering ziekenhuisdirecteuren en oprichting van de NVZ

De toenemende verantwoordelijkheid van de directeuren van ziekenhuizen, voor het dichten van de kloof tussen de vraag naar zorg en de beschikbare middelen en voorzieningen, gecombineerd met de uitbreiding van wet- en regelgeving, leidt tot een toenemende behoefte aan professionalisering van de ziekenhuisdirecteuren (Meurs 1997). In 1990 wordt, mede door de betrokkenheid van de NVZD, de leerstoel 'Management van instellingen in de gezondheidszorg' ingesteld. Professionalisering en de bevordering van deskundigheid krijgen hoge prioriteit en komen tot uiting in opleidingsprogramma's, cursussen en individuele begeleiding.

In 1991 verenigen de algemene ziekenhuizen zich in een koepelorganisatie; de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)³⁰. Met dit collectief wordt getracht de verdediging van de collectieve belangen van de algemene ziekenhuizen te versterken. Daarnaast behartigt de NVZ de collectieve zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van de ziekenhuizen (NVZ 2012). De directeuren³¹ van de ziekenhuizen vormen de ledenvergadering van de NVZ en de NVZ functioneert als de onderhandelings- en gesprekspartner in het landelijk veld. Van Gunsteren (1994) noemt het spel van 'controle versus geld' dat aan de onderhandelingstafel ontstaat en waardoor overheid en instellingen steeds vaker tegenover elkaar komen staan. Dit leidt tot een afname van wederzijds vertrouwen en de gemeenschappelijke belangen raken steeds meer op de achtergrond (Meurs 1997). Geleverde prestaties worden, zowel door de overheden en de financiers aan wie de directeuren verantwoording moeten afleggen, steeds vaker beoordeeld in termen van kosten. Afrekening op maatschappelijke verantwoordelijkheid vindt maar zeer beperkt plaats. Directeuren gaan hierdoor steeds meer energie steken in de financiële aspecten van de bedrijfsvoering (idem). Dit komt ook tot uiting in de verandering van de organisatiestructuur in de ziekenhuizen met een raad van bestuur en een raad van toezicht. De raad van bestuur krijgt naast de dagelijkse leiding ook de verantwoordelijkheid voor de strategie en het beleid, inclusief de eindverantwoordelijkheid over het gevoerde beleid (van der Meulen 2009).

Leidschendamconferenties leiden tot gezamenlijke afspraken

Op verzoek van de overheid organiseert de KNMG drie Leidschendamconferenties; in 1989, 1990 en 1995. Alle spelers uit het veld van de zorg zijn bij deze conferenties aanwezig: patiëntenorganisaties, zorgaanbieders (instellingen en professionals), zorgverzekeraars,

29 Accreditatie leidt tot een keurmerk dat aangeeft dat aan bepaalde maatstaven wordt voldaan. De toetsing vindt plaats door een auditorenteam samengesteld uit de eigen geledingen. Zie verder hoofdstuk 9 voor historie en analyse ziekenhuisaccreditatie.

30 De NZr, de voorloper van de NVZ, vertegenwoordigde ook verpleeghuizen, zwakzinnigenzorg en psychiatrie. De NVZ vertegenwoordigt alleen de algemene ziekenhuizen.

31 Later de leden van de raden van bestuur.

inspectie en overheid. Het doel is om tot gezamenlijke afspraken te komen over het landelijke kwaliteitsbeleid.

De conferentie in 1989 levert een intentieverklaring op van tien punten, met als belangrijkste uitspraak dat de aanbieders, de verzekeraars en de gebruikers van zorg hun kwaliteitsbeleid tot samenhang willen brengen (van der Grinten en Kasdorp 1999). Door de staatssecretaris³² wordt een pleidooi gehouden voor een beter evenwicht tussen de activiteiten van de overheid en die van de partijen uit de gezondheidszorg. Partijen moeten meer ruimte krijgen om normen te ontwikkelen voor de kwaliteit van de zorg en die vervolgens ook zelf bewaken. De nieuwe verhoudingen zullen worden vastgelegd in een kwaliteitswet voor zorginstellingen en een nieuwe wet op het staatstoezicht (idem). Centraal staat steeds dat de partijen samen de kwaliteit moeten bewaken. Dit is in lijn met het advies van de commissie Dekker.

Tijdens de Leidschendamconferenties van 1990 en 1995 wordt de nadruk vooral gelegd op het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten en methoden, het ontwikkelen van standaarden en richtlijnen, interne en externe toetsing- en borgingssystemen, kwaliteitsmeting via indicatoren en tevredenheidmetingen en het verbeteren en herontwerpen van (zorg)-processen en kwaliteitssystemen (van der Grinten en Kasdorp 1999, Schellekens 2002). De controle op de voortgang wordt in handen gelegd van een commissie van de NRV. Deze commissie draagt het NIVEL op de voortgang van de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen in de ziekenhuizen te onderzoeken³³. De eerste rapportage komt uit in 1992, de tweede in 1995. Omdat veel van de punten uit de intentieverklaring in 1995 nog niet gehaald zijn wordt tijdens de Leidschendamconferentie in 1995 afgesproken door te gaan en in 2000 opnieuw de stand van zaken vast te stellen (van der Grinten en Kasdorp 1999).

De constatering van een grote interdoktervariantie

Eind 1991 verschijnt het advies van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong' (Gezondheidsraad 1991). Het blijkt nogal eens voor te komen dat in relatie tot het medisch handelen onnodige metingen en bepalingen worden gedaan, sommige specialisten onvoldoende kennis en ervaring hebben, wetenschappelijke consensus nogal eens ontbreekt en dubbelures plaatsvinden in onderzoek, maar ook dat sprake kan zijn van gemakzucht en onkunde. De samenvattende conclusie is dat in Nederland een grote 'interdoktervariantie' bestaat en "Toetsing van elkaars handelen en afspraken maken over het gezamenlijk te voeren beleid centraal zouden moeten staan". (Gezondheidsraad 1991, 13). De kernboodschap van het advies van de Gezondheidsraad is: Of de beroepsgroep stelt zelf orde op zaken, of ze laten dat over aan de andere spelers zoals de overheid, ziekenhuizen en verzekeraars.

32 Ministers, staatssecretarissen, bestuurders etc. zijn vertegenwoordigers van een bepaalde groep. Hun persoonlijke naam is dan niet van belang en wordt daarom hier niet genoemd.

33 De eerste rapportage van het NIVEL over de stand van zaken met betrekking tot kwaliteitssystemen komt uit in 1992 (Sluijs en de Bakker 1992). De tweede in 1995 (Wagner en de Bakker 1995), de derde in 2000 (Sluijs en Wagner 2000) en de vierde in 2005 (Keijser, Sluijs en Wagner 2005).

Budgettering medisch specialisten leidt tot wachtlijsten

Dat financiële regelgeving van invloed kan zijn op de kwaliteit van de zorg wordt duidelijk door het ontstaan van wachtlijsten in de ziekenhuizen. Een onverwacht gevolg van de invoering van de budgettering van de medisch specialisten in 1991.

In 1993 vindt een overschrijding plaats van het budget met 700 miljoen gulden. Het bezwaar van de specialisten dat ze een behandelplicht hebben wordt niet gehonoreerd. Ze krijgen de opdracht het bedrag van 700 miljoen als collectief te betalen. Een centrale regie vindt verder niet plaats en individuele specialisten in de ziekenhuizen maken hun eigen persoonlijke keuze in het omgaan met de consequenties van de budgettering (Nicolai 2003). De eerder genoemde interdoktervariantie komt hierdoor op een andere manier tot uiting. Sommige specialisten worden heel creatief in hun declaraties³⁴ waardoor ze jaarlijks toch nog eenzelfde inkomen ontvangen. Specialist die zich wel aan het budget houden en geen creatieve declaratiesystemen verzinnen, ontvangen hierdoor een lager inkomen dan hun collega's. Andere specialisten nemen de laatste paar maanden van het jaar geen nieuwe patiënten meer aan omdat hun budget op is, patiënten komen hierdoor of op een wachtlijst terecht of wijken uit naar specialisten in ziekenhuizen die nog wel bereid zijn hen te behandelen. Dit leidt bij deze specialisten tot budgetoverschrijding.

Het ontstaan van steeds meer wachtlijsten en langere wachttijden blijft lang onzichtbaar. Niemand legt een relatie tussen de verschillende handelwijzen van individuele specialisten om met het budget om te gaan en de kwaliteit van de zorg. Niet alleen vindt er geen landelijke registratie plaats van wachttijden en wachtlijsten in ziekenhuizen, ook binnen de ziekenhuizen blijken veelal geen overzichten beschikbaar te zijn van de toegangstijden tot de poliklinieken en de wachttijden voor opname. Zowel de raad van bestuur, als ook het medisch stafbestuur hebben geen inzicht in de wachttijden van het eigen ziekenhuis. Zelfs binnen één maatschap weet men vaak niet hoe lang de toegangstijden en wachttijden van de directe collega's zijn. Niet alleen ontbreken registratiesystemen, ook eenduidige definities van ontbreken. Het duurt nog lang voordat wachttijden erkend worden als een kwaliteitsprobleem en er landelijke afspraken gemaakt worden³⁵.

Versterking van de rol van patiënten

In de jaren negentig worden de zorgvragers als groep steeds zichtbaarder doordat individuele patiënten zich steeds vaker verenigen in patiëntenorganisaties. Het besluit van de overheid om in de jaren negentig patiënten- en consumentenorganisaties structureel te gaan financieren door middel van subsidie leidt tot een toename van het aantal organisaties en het

34 Voorbeeld van een creatieve declaratie: een onderzoek dat leidt tot meerdere onderzoeksresultaten wordt niet meer als één onderzoek gedeclareerd, maar gedeclareerd op basis van het aantal onderzoeksresultaten.

35 Pas in januari 2000 wordt tijdens het zogenaamde Treekoverleg door betrokken partijen overeenstemming bereikt over streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg (RIVM 2012). Het onderwerp komt pas echt op de politieke agenda te staan door een publicatie van Vrij Nederland in mei 2000 (de Lange 2000), waaruit blijkt dat er zelfs doden zijn gevallen door de wachtlijsten.

vergroten van de zichtbaarheid. Door Trappenburg en van de Bovenkamp (2008) is, op basis van de vermelding van de oprichtingsdata op de websites van 154 patiëntenverenigingen, vastgesteld dat 72 van de 154 patiëntenorganisaties na 1991 zijn opgericht. Dankzij de structurele financiering kunnen ze projecten opzetten en mankracht inhuren waardoor ze steeds zichtbaarder worden.

Een onderscheid ontstaat in categorale- en regionale organisaties. De categorale patiëntenorganisaties hebben als belangrijkste doel hun ervaringsdeskundigheid over het voetlicht te brengen. Ze claimen deze deskundigheid als een unieke bijdrage van patiënten en van groot belang voor kwaliteit. Ze gaan een rol spelen bij de totstandkoming van richtlijnen en richten zich daarmee op de professionele kwaliteit. Naast de categorale patiëntenorganisaties worden regionale organisaties opgericht die zich inzetten voor de belangen van alle zorgvragers in de regio. Zij zijn met name gericht op de organisatorische kwaliteit van de zorg en de patiëntgerichtheid in een bepaalde regio. De meeste patiënten- en consumentenorganisaties sluiten zich aan bij koepelorganisaties die zich in 1992 verenigen in de LPCF (Landelijk Patiënten en Consumenten Federatie). De 'zorgvragers' gaan daardoor als partij een plaats innemen als 'speler' in het landelijk veld.

Wetten in relatie tot de kwaliteit van de zorg

In het verlengde van de Leidschendamconferenties komt de Kwaliteitswet (KWZ) tot stand waarin globale kwaliteitseisen worden geformuleerd. Daarnaast worden drie wetten ingevoerd die de positie van de patiënten versterken; de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstelling (WMCZ). Door de invoering van de wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) wordt de registratie en titelbescherming van beroepen, de voorbehouden handelingen en de tuchtrechtspraak geregeld en de integratiewet verheldert de positie en verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en de medisch specialist. Hieronder volgt een korte beschrijving - inclusief de evaluatie - van deze wetten.

De KwaliteitsWet Zorginstellingen (KWZ)

Het eerste ontwerp voor de KWZ wordt in 1992 ingediend. Dit wetsvoorstel berust op de opvatting dat niet de overheid, maar de direct betrokkenen kwaliteitseisen horen vast te stellen; zelfregulering in plaats van overheidsregulering (van der Grinten en Kasdorp 1999). In de wet, die in 1996 wordt aangenomen, worden globale eisen gesteld aan de kwaliteit, de invulling wordt overgelaten aan de zorgaanbieders zelf. Belangrijke punten uit de wet zijn: het leveren van verantwoorde zorg, het doelbewust werken aan verantwoorde zorg door het opstellen van beleid, een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg en het jaarlijks uitbrengen van een kwaliteitsverslag. Het bestuur van het ziekenhuis krijgt met deze wet formeel de eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg en de integrale kwaliteit (Boot en Knapen 2005, 124).

In 2001 vindt in opdracht van ZonMw een evaluatie plaats van deze wet. Geconcludeerd wordt dat de ontwikkelde activiteiten inzake kwaliteitsbeleid vooral procedureel van aard zijn geweest en dat weliswaar een aanvang is gemaakt met de operationalisering van het begrip verantwoorde zorg, maar dat een transparant stelsel van normen ten behoeve van kwaliteitsbewaking en -bevordering nog verder ontwikkeld zal moeten worden (Casparie, Legemaate, et al. 2001).

Op lokaal niveau heeft deze wet geleid tot een grote toename van het aantal staf-functionarissen die zich binnen de ziekenhuizen met name bezig houden met de kwaliteit van de organisatie van de zorg.

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

Met de WKCZ (1995) krijgen patiënten de mogelijkheid om een klacht over een gedraging van een zorgaanbieder te laten behandelen door een onafhankelijke klachtencommissie. Elke patiënt vervult hiermee een controlerende rol richting zorgaanbieder. In 1999 vindt een evaluatie plaats van deze wet waaruit blijkt dat de wet niet daadwerkelijk als toegevoegde waarde wordt ervaren door de zorgaanbieder en dat maar heel weinig patiënten de weg van de klachtencommissie willen volgen. Ook kan niet worden geconstateerd dat het wettelijke recht om een klacht te laten behandelen door een onafhankelijke klachtencommissie van invloed is op de kwaliteit, wel kan geconstateerd worden dat de zorgaanbieder zich defensiever gaat opstellen (Friele 1999).

Op lokaal niveau leidt deze wet er toe dat elk ziekenhuis een onafhankelijke klachtencommissie, een secretaris klachtencommissie en een klachtenfunctionaris gaat aanstellen.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

In de WGBO (1995) worden de rechten en plichten geregeld van hulpverlener en patiënt. De hulpverlener heeft de plicht die zorg te geven welke een redelijk bekwame collega in dezelfde omstandigheden ook zou geven. De patiënt heeft, naast fundamentele rechten, de plicht de hulpverlener inlichtingen te geven en mee te werken. De belangrijkste onderwerpen die in deze wet nader zijn uitgewerkt zijn: informatieplicht, toestemmingsvereiste, vertegenwoordiging en de positie van minderjarigen en de privacybescherming. Deze wet geeft een wettelijke grond voor klachten die de patiënt op diverse terreinen kan indienen over een hulpverlener. Het gaat hierbij met name over kwaliteitsaspecten met betrekking tot gedrag en de organisatie van de zorg. In 2000 heeft een evaluatie plaatsgevonden van deze wet met als eindconstatering dat “de zelfbeslissende en goed geïnformeerde patiënt nog lang geen gemeengoed is.” (Dute 2000, 375)

Op lokaal niveau heeft deze wet gezorgd voor een grote toename van het aantal patiëntenfolders, het ontstaan van patiëntenvoorlichtingscentra in ziekenhuizen en het ontstaan van een nieuwe functie; de staffunctionaris patiëntenvoorlichting.

De wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (MCZ)

In de wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (1996) wordt de medezeggenschap van cliënten op het terrein van de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg geregeld. Als gevolg hiervan worden cliëntenraden geïnstalleerd met medezeggenschap over: de verandering in de doelstelling van een zorginstelling, de begroting, het beleid op het gebied van veiligheid, de gezondheid en de hygiëne. Deze wet vereist dat elke instelling een cliëntenraad installeert. Een cliëntenraad die vervolgens een controlerende rol vervult richting de instelling op de genoemde gebieden.

Het Verwey Jonker Instituut constateert in 2000 in zijn evaluatie (Savornin Lohman 2000) dat de invoering van de WMCZ weliswaar een wettelijke basis heeft gegeven aan bestaande medezeggenschapsregelingen en de vorming van nieuwe gestimuleerd heeft, maar of het bestaan van een cliëntenraad betekent dat de cliënten daadwerkelijk medezeggenschap hebben, zal nader onderzocht moeten worden. Uit later onderzoek blijkt dat diverse knelpunten een rol spelen in relatie tot effectieve medezeggenschap: (1) representativiteit van vormen van vertegenwoordiging, (2) de aansluiting bij de functie en taken van de instelling van vormen van medezeggenschap, (3) aansluiting bij andere wetten waaraan zorgaanbieders moeten voldoen en (4) de hybriditeit van zowel de aanbod- als de vraagzijde van de zorg (van der Kraan en Meurs 2006).

Op lokaal niveau heeft deze wet binnen de ziekenhuizen geleid tot het instellen van een cliëntenraad en het aanstellen van een secretaris cliëntenraad.

De wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)

In de wet BIG (1997) zijn normen vastgesteld met betrekking tot de beroepsuitoefening door individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. De wet BIG heeft zo'n dertien verschillende wetten voor diverse beroepen vervangen (van der Grinten en Kasdorp 1999). De wet regelt de registratie en titelbescherming van beroepen, de voorbehouden handelingen en de tuchtrechtspraak. Het heeft veel tijd gekost om deze wet zodanig te formuleren dat er voldoende draagvlak was voor de uitvoering. De wet heeft een voorbereiding doorlopen van 36 jaar (Legemate 2008/2009). De eerste activiteiten ten behoeve van deze wet zijn al in 1961 te traceren wanneer een interdepartementale werkgroep pleit voor een beperkte keuzevrijheid voor de patiënt. Het hoofdbestuur van de KNMG blijkt hier ernstige bezwaren tegen te hebben waarna er diverse commissies worden ingesteld en weer opgeheven. Het rapport van de staatscommissie De Vreeze in 1973 wordt de basis voor het wetsvoorstel BIG. In 1981 wordt het voorontwerp van de wet ingediend en in 1986 het definitieve wetsvoorstel. De publicatie vindt plaats in 1993 en de invoering in 1997. Tussen indiening en uitvoering zit 11 jaar. Van de Grinten (1999) merkt op dat toen de wet uiteindelijk in werking trad, ze aan de praktijk niet zoveel meer behoefte te veranderen. ZonMw heeft vijf jaar na invoering een evaluatie uitgevoerd. Hieruit komt naar voren dat de wet daadwerkelijk wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en ook als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument (Cuperus-Bosma 2002).

De lange doorlooptijd van de wet en de vele bijstellingen die tussentijds hebben plaatsgevonden hebben gezorgd voor een breed draagvlak op het moment van de daadwerkelijke invoering.

De Wet integratie medisch-specialistische zorg

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg, ook wel de commissie Biesheuvel genoemd, maakt in 1994, als oplossing voor de bestuurbaarheid van algemene ziekenhuizen, een eerste ontwerp voor het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB). Het is de bedoeling dat de Raad van Bestuur met het GMSB het financiële en organisatorische kader aangeeft dat de medisch specialist in acht moet nemen en dat de medisch specialisten het zorginhoudelijke kader aangeven dat het ziekenhuisbestuur in acht moet nemen (Biesheuvel 1994). Alle partijen zijn enthousiast over deze besturingsvorm behalve de medisch specialisten (Scholten en Hermans 2003). De vrijgevestigde medisch specialisten zien deze besturingsvorm als een bedreiging voor hun onafhankelijke positie tegenover zowel de ziekenhuisdirectie alsook de zorgverzekeraar. Ondanks het protest van de medisch specialisten wordt het wetsvoorstel in 1996 naar de Tweede Kamer gestuurd, met als gevolg dat de medisch specialisten hun vertrouwen in de minister opzeggen. In 1997 lukt het om tot een convenant te komen waarin wordt afgesproken dat de specialist verantwoordelijk is voor het primaire proces en de praktijkvoering en dat de directie verantwoordelijk is voor de complexe ziekenhuisorganisatie. Uiteindelijk wordt in 2000 de integratiewet Medisch Specialistische Zorg ingevoerd. Een wet die zorgt voor een belangrijke ingreep in de sociale positie van de medisch specialist (Scholten en van der Grinten 2000). Als gevolg hiervan worden in steeds meer ziekenhuizen zelfstandige organisaties gevormd van vrijgevestigde medisch specialisten. In 2002 heeft 65% van de ziekenhuizen een coöperatieve vereniging of stafmaatschap³⁶ en is 87% van het stafbestuur formeel vertegenwoordigingsbevoegd. In het Document Medische Staf worden de onderlinge afspraken en verantwoordelijkheden tussen Raad van Bestuur en Medisch Staf vastgelegd. De besturen van de stafmaatschap (claimt de zeggenschap over geld) en de medische staf (claimt de zeggenschap over kwaliteit) eisen steeds vaker een rol op in de besturing van het ziekenhuis (idem).

Nadat op 1 januari 2005 de DBC-systematiek in werking treedt, waarin de prestatie van het ziekenhuis en de specialisten als één product wordt gedeclareerd, wordt op 1 januari 2006, tegelijkertijd met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet, de integratiewet weer ingetrokken.

De ontwikkeling van een kwaliteitssysteem voor medisch specialisten

Na vele discussies lukt het de medisch specialisten in 1997 om weer tot één collectief te komen; de Orde van Medisch Specialisten (OMS) wordt opgericht. Om recht te doen aan het pluriforme karakter van de verschillende groepen medisch specialisten vindt een opdeling

36 Een stafmaatschap is een collectief met als doelstelling voor de groep vrijgevestigde medisch specialisten de onderhandelingen te voeren over de hoogte en de condities van de aanneemsommen.

plaats in diverse kamers: de Kamer Vrij Beroep, de Kamer Dienstverband en de Kamer Academische Specialisten. Naast deze kamers wordt ook een Raad van Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (WOK) opgericht. Hierin maken de wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk beleid en geven invulling aan dit beleid (OMS 2012). Ondanks de ruimte die op deze manier zowel voor elke groep als voor de wetenschappelijke opleidingen is gecreëerd wordt lang niet iedere specialist lid van de OMS³⁷.

Om zelf greep te krijgen en te houden op de kwaliteit van de beroepsgroep, maar ook om hiermee naar externen een vorm van garantie te kunnen geven over de medisch specialistische kwaliteit, wordt door de WOK een kwaliteitssysteem ontwikkeld waarin de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten in samenhang worden ondergebracht. Het gaat hierbij om de richtlijnontwikkeling, de (kwaliteits)visitatie, de herregistratie en de complicatieregistratie³⁸.

De invloed van subsidie op de landelijke kwaliteitsagenda

Subsidiëring is een belangrijke sturingsmogelijkheid van de overheid. Subsidiëring kan er voor zorgen dat een bepaalde ontwikkeling plaatsvindt of sneller tot ontwikkeling komt. Voor de minister vormt veelal het regeerakkoord of het verkiezingsprogramma de basis waarop besloten wordt subsidie te verstrekken. Dit betekent dat de landelijke kwaliteitsagenda onder invloed staat van de politiek en de zittingsperiode van een minister.

In 2001 wordt besloten meer structuur aan te brengen in de subsidieverstrekking en een koppeling te maken tussen zorgonderzoek en wetenschappelijk onderzoek. Zorgonderzoek Nederland (ZON)³⁹ fuseert met de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO)-Medische Wetenschappen tot ZonMw. ZonMw krijgt naast de taak om subsidiegelden van de overheid toe te wijzen aan projecten op het gebied van preventie, gezondheid en zorg, ook de opdracht om onderzoek te stimuleren, te zorgen dat bepaalde ontwikkelingen binnen de zorg plaatsvinden en dat projecten worden geïmplementeerd. ZonMw heeft hierdoor van VWS een controlerende rol gekregen zowel met betrekking tot het ter beschikking stellen van de subsidiegelden van de overheid, als ook de controle of deze gelden op een goede manier worden besteed. Veel activiteiten van ZonMw hebben een directe of indirecte relatie met kwaliteit van zorg en ZonMw verstrekt, in opdracht van VWS, subsidies. In 2003 start het eerste grote landelijke subsidieprogramma 'Sneller Beter', een programma met als doel verbeteringen in de curatieve zorg te stimuleren op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit. Kenmerkend is de betrokkenheid van de koepels van zorgaanbieders en zorgverleners en de ondersteuning door onderzoeksinstituten en

37 In een verslag van de NSOB uit 2011 (Baggerman en al 2011) wordt een lidmaatschapspercentage van 36% genoemd.

38 In een latere fase (2008) wordt hieraan het IFMS (Individueel Functioneren van een Medisch Specialist) toegevoegd.

39 ZON is in 1998 opgericht met als doel de samenhang te bevorderen en de prioriteitstelling te verbeteren met betrekking tot projecten, experimenten, onderzoek en ontwikkeling op het gebied van gezondheid, preventie en zorg.

universiteiten. Diverse landelijke kwaliteitsprogramma's volgen, in de cure- en in de care sector.

Het ontstaan van een kwaliteitsbedrijfstad

De toenemende aandacht voor kwaliteit; de formalisering van kwaliteitsregels door middel van wetten en de toename van het aantal subsidieprojecten gericht op kwaliteit, heeft als gevolg dat in de loop van de tijd steeds meer ondersteunende mankracht nodig is om kwaliteit vorm te geven. Binnen ziekenhuizen worden steeds meer functionarissen aangesteld die zich specifiek met allerlei vormen van kwaliteitsondersteuning en kwaliteitbeleid bezig houden. Adviesbureaus constateren een gat in de markt en ontwikkelen diverse 'producten'. Binnen ziekenhuizen gaan ze ondersteuning geven aan kwaliteitsverbeterprojecten, het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en het toepassen van kwaliteitsinstrumenten. Ook universiteiten en onderzoeksinstituten richten zich steeds vaker op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten, de uitvoering van kwaliteitsevaluaties en de ondersteuning van landelijke kwaliteitsprogramma's. Congressen en workshops met kwaliteit als onderwerp worden in toenemende mate door professionele organisaties georganiseerd. Voor kwaliteitsfunctionarissen wordt een specifiek scholingsprogramma opgezet.

In 1995 wordt, mede op initiatief van het CBO, de NVKZ (Nederlandse Vereniging van Kwaliteit en Zorg) opgericht. Doel van de NVKZ is "het bevorderen van de kwaliteit van zorg in Nederland, meer in bijzonder het bevorderen en het ontwikkelen van beleid en instrumentarium op het terrein van de gezondheidszorg" (NVKZ 2000). De leden bestaan niet alleen uit kwaliteitsfunctionarissen binnen zorginstellingen, maar ook uit leden van raden van bestuur van zorginstellingen, adviseurs die werkzaam zijn bij adviesbureaus en medewerkers van kennisinstituten, overheidsorganen, universiteiten, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. In 2000 heeft de NVKZ 600 leden. De NVKZ heeft de ambitie dat de leden door uitwisseling van kennis, ervaringen, methoden en instrumenten, een voorloperrol gaan vervullen en dat de vereniging een rol gaat spelen als belangrijke partner in de landelijke discussies over kwaliteit (NVKZ 2000). Een ambitie die uiteindelijk niet wordt waargemaakt.

Ontwikkeling van de eerste basisset prestatie indicatoren

Eind jaren negentig concludeert de Algemene Rekenkamer dat in de uitvoering en aansturing van het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg nogal wat knelpunten bestaan. De oplossing wordt gezocht in de ontwikkeling van Gefaseerd Toezicht, gebaseerd op normenkaders en indicatoren (Rekenkamer 1999). In samenwerking met de NVZ, de VAZ⁴⁰ en de OMS ontwikkelt de IGZ de eerste basisset prestatie-indicatoren⁴¹. Ondersteuning hieraan wordt gegeven door het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en

40 VAZ (Vereniging Academische Ziekenhuizen) is later NFU (Nederlandse Federatie Universitaire centra) geworden.

41 Zie verder hoofdstuk II voor historie en analyse van de indicatorontwikkeling.

het iBMG (instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg) (Haeck 2004, Berg, et al. 2009, Zuiderent-Jerak en Berg 2010).

Invoering DBC's ten behoeve van de financiering van de ziekenhuiszorg.

Het uitgangspunt dat marktwerking alleen kan functioneren wanneer een transparante en beheersbare betalingssystematiek voorhanden is leidt tot de ontwikkeling van DBC's (Diagnose Behandel Combinaties). Met een DBC wordt het hele zorgtraject beschreven vanaf de diagnosestelling door de zorgverlener tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Hieraan wordt vervolgens een prijskaartje gehangen. De ontwikkeling van de DBC's doorloopt een lange periode. In het begin van de jaren negentig geven twee wetenschappelijke verenigingen⁴² hiervoor de eerste aanzet. Vervolgens stelt in 1994 de commissie Biesheuvel voor om de bekostiging van het ziekenhuis te laten plaatsvinden door producttypering en prestatiebekostiging door middel van all-inn-zorgproducten DBC's (Biesheuvel 1994). In 1997 wordt de invoering van de DBC's besproken, maar pas in 2000 neemt de minister het besluit om hier daadwerkelijk toe over te gaan. Dit betekent nog niet dat de invoering direct kan plaatsvinden, daar blijkt nog heel wat voorwerk voor nodig te zijn. De ziekenhuizen starten pas in 2002 met de DBC registratie en gedurende een aantal jaren lopen twee registratiesystemen naast elkaar. Ondanks dat de DBC's veel kritiek krijgen vindt in 2005 toch de definitieve invoering plaats. Een verdeling vindt plaats in een A en B segment. In het A segment wordt gewerkt met vaste DBC-tarieven, in het B segment gelden vrije prijzen. In 2006 is 10% van de DBC's vrij onderhandelbaar, een percentage dat in de loop van de jaren stijgt.

In een samenwerking tussen VWS, de NZa, brancheorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ICT leveranciers wordt begin jaren tien een nieuwe productstructuur ontwikkeld waarmee diagnoses en behandelingen geordend en gegroepeerd kunnen worden tot een overzichtelijk aantal zorgproducten. "Een zorgpakket bevat alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en de behandeling te verrichten. Ook staat er in het zorgpakket informatie over de vergoeding voor de behandelaar" (DOT 2012). Het proces van deze invoering wordt DOT genoemd (DBC's op weg naar transparantie). Transparantie en medische herkenbaarheid worden de belangrijkste uitgangspunten genoemd. Zowel de uitkomsten van de zorg als ook de kwaliteit van het proces maken geen onderdeel uit van deze betalingssystematiek.

Zorgverzekeraars krijgen economische macht toegewezen

Door het inwerking treden van de nieuwe zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 verdwijnt het systeem van ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Samen met de invoering van de DBC's maakt dit de weg vrij voor de eerste concrete stap op weg naar een systeem van

⁴² Ten gevolge van de onvrede over de verschillen in honorering tussen de specialismen, is door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NMvH) het initiatief genomen om te proberen tot een alternatieve, op een minutentarief gebaseerde, honorering te komen. Een initiatief dat bekend wordt onder de naam producttypering (Nicolai 2003, 94).

gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg. Een systeem waardoor (1) zorgverzekeraars gaan concurreren om verzekerden en (2) ziekenhuizen gestimuleerd worden tot onderlinge concurrentie ter versterking van hun positie bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. De bedoeling is dat zorgverzekeraars zorg gaan 'inkopen' op basis van kwaliteit. Zorgverzekeraars starten een grote reclamecampagne om verzekerden te verleiden over te stappen naar hun verzekering. In 2006 stapte 20% van de bevolking over, in 2007 6%, in 2008 4%, in 2009 3% en in 2011 wisselt bijna 8% van zorgverzekeraar (Reitsma-van Rooijen, Brabers en de Jong 2011). De belangrijkste reden om te wisselen wordt de hoogte van premie genoemd (52%). De reden 'de kwaliteit van zorg die mijn zorgverzekeraar regelt' wordt door slechts 1% aangekruist (idem).

Doordat de vrij onderhandelbare DBC's zich richten op de zorgproducten die planbaar zijn - ook wel de electieve zorg genoemd - zijn de zorgverzekeraars meer gefocust op volume dan op kwaliteit (Bal en Zuiderent-Jerak 2011). Daarnaast stuit het inkopen van zorg door de zorgverzekeraars op basis van 'kwaliteit' op allerlei problemen. Niet alleen wordt van de zorgverzekeraars gevraagd op een totaal andere manier te gaan werken, ook blijkt veel te weinig informatie beschikbaar over 'de kwaliteit van de zorg' om op basis hiervan te kunnen onderhandelen. Om als zorgverzekeraar daadwerkelijk een rol te kunnen spelen bij 'de kwaliteit' blijkt meer nodig te zijn dan het wettelijk toebedelen van economische macht. In de eerste jaren van de nieuwe basisverzekering sluiten de verzekeraars met alle aanbieders contracten af en is nog geen sprake van selectief contracteren. Pas in het tweede decennium van de 21^e eeuw ontstaat langzaam een verandering. Of en in welke mate verzekeraars in staat zijn om een verantwoord selectief beleid ten aanzien van kwaliteit en kosten te voeren zal zich in de komende jaren nog moeten bewijzen (Scheerder 2013).

Zorgproductie centraal binnen ziekenhuizen.

Voor de ziekenhuizen en medisch specialisten betekent een behandeling beginnen, ook wel een 'DBC openen' genoemd, het genereren van inkomsten. Hoe meer DBC's geopend kunnen worden, des te meer inkomsten. Toename van de productie wordt hierdoor, voor medisch specialisten en directies van ziekenhuizen, een belangrijk item. Dit leidt tot een stijging van de zorgkosten.

Door de invoering van de marktwerking gaan ziekenhuizen de strijd om 'de klant' op een andere manier vorm geven. Ziekenhuizen richten marketingafdelingen op en stellen marketingfunctionarissen aan. Door nieuwe zorgproducten te creëren zoals poli's voor een specifieke zorgvraag, worden 'klanten' verleid om naar het ziekenhuis te komen. Ondanks de bedoeling dat door de invoering van de marktwerking 'kwaliteit' een essentiële rol zou moeten vervullen bij het in de hand houden van de kosten van de zorg, wordt kwaliteit steeds vaker een argument bij het genereren van extra inkomsten. Kwaliteit wordt steeds vaker vertaald in financiële termen en gaat daarom steeds meer deel uitmaken van de PR markt (Bal en Zuiderent-Jerak 2011).

Oprichting Centrum Klantervaringen Zorg (CKZ)

Gesubsidieerd door ZonMW, ontwikkelt het Nivel, samen met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC (Academisch Medisch Centrum) en de stichting Miletus (opgericht door een aantal zorgverzekeraars), de CQ-Index (Consumer Quality Index). Een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klant-ervaringen in de zorg. In december 2006 wordt, wederom gesubsidieerd, het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ)⁴³ opgericht met als doel er voor te zorgen dat op basis van meetresultaten met de CQ-Index vergelijkende informatie wordt gegenereerd die geschikt is voor (CKZ 2011):

- het opstellen van keuze-ondersteunende informatie voor zorgconsumenten;
- het ondersteunen van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars;
- het signaleren van verbetermogelijkheden bij zorgaanbieders;
- het leveren van (beleids-)informatie aan cliëntenorganisaties, overheid en toezicht-houders.

De CQ-Index wordt voor alle sectoren van de zorg de landelijke meetstandaard voor 'de mening van de patiënt over de zorg', zowel op instellingsniveau als aandoeningspecifiek⁴⁴. In 2012 besluit de minister het CKZ te integreren in het nieuw op te richten Kwaliteits-instituut.

Ontwikkeling indicatoren voor transparantie en veiligheid

De CQ-Index alleen wordt niet als voldoende gezien om de zorg kwalitatief inzichtelijk te maken. Besloten wordt dat voor het functioneren van de zorgmarkt de zorg transparant gemaakt moet worden op kwaliteitsaspecten. In opdracht van VWS start de IGZ in 2007 hiervoor het Programma Zichtbare Zorg. Acht partijen verenigen zich in de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen: NVZ, Consumentenbond, IGZ, NFU, NPCF, OMS, V&VN en ZN. Doel is het ontwikkelen van een instrumentarium dat gebruikt kan worden voor (zichtbarezorg 2010):

- keuze voor patiënten;
- zorginkoop voor zorgverzekeraars;
- spiegel- en verantwoordingsinformatie voor professionals en zorgorganisaties;
- toezichtinformatie voor de inspectie.

Naast dit transparantieprogramma start de IGZ in 2007 ook het programma 'Voorkom schade, werk veilig'. Het doel is om, onder andere door de invoering van een Veiligheids Management Systeem (VMS), in vijf jaar tijd het aantal gevallen van onbedoelde, vermijdbare schade en overlijden met 50% te reduceren. Enerzijds is de aandacht voor veiligheid in de zorg een maatschappelijke ontwikkeling gericht op het uitbannen van risico's. Anderzijds

⁴³ Het Centrum Klantervaring Zorg is een stichting. Het is onafhankelijk en heeft geen winstoogmerk. Het bestuur wordt geadviseerd door de Commissie Klantenperspectief en de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) (CKZ 2011).

⁴⁴ De CQ-Index komt in hoofdstuk 10 bij de historie en analyse van de patiëntenenquête nader aan de orde.

bestaat ook een koppeling met de zorgkosten. Onbedoelde schade die vermijdbaar is, kost veel geld. De koepels spelen ook bij het veiligheidsprogramma een belangrijke rol: OMS, NVZ, NFU, V&VN en het landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEV) (IGZ 2007).

Toezichthouders voor de kwaliteit van de gereguleerde zorgmarkt

Door de invoering van de marktwerking is behoefte ontstaan aan een organisatie die op een wettelijke grondslag controleert of er sprake is van een eerlijke concurrentie. Hiervoor komt de Mededingingswet tot stand en wordt in 2005 de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) opgericht. De NMa stelt algemene regels op waaraan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokkenen in de zorg zich moeten houden om een eerlijke concurrentie te garanderen. “De NMa toetst concentraties in de zorg en handhaaft het kartelverbod. Ook grijpt de NMa in bij misbruik van economische machtsposities” (NMa 2012).

Naast de NMa wordt, mede in relatie tot de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG)⁴⁵, nog een nieuwe toezichthouder in de zorg opgericht. Op 1 oktober 2006 wordt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) operationeel. De NZa volgt de effecten van het invoeren van de marktwerking en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en het ontwikkelen van nieuwe vormen van prijsregulering en markttoezicht op de verschillende deelmarkten. De NZa kan, om misbruik te voorkomen, verplichtingen opleggen aan zorgaanbieders of verzekeraars als zij een sterke economische machtspositie hebben. “Ook stelt de NZa regels, budgetten en tarieven vast voor het gereguleerde deel van de zorgmarkt en stelt voorwaarden voor de delen van de markt die geheel of gedeeltelijk geliberaliseerd worden” (NMa 2012). Deze twee toezichthouders houden zich binnen de zorg alleen met concurrentie en prijzen bezig en hebben een controlerende functie op deze twee onderwerpen. Ze zijn voorwaardenscheppend voor het goed functioneren van de markt. Indien onder ‘het goed functioneren van de markt’ de kwaliteit van de zorg wordt inbegrepen, dan kunnen ze ook als voorwaardenscheppend worden beschouwd voor de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van de gereguleerde zorgmarkt is dan voorwaardenscheppend voor de kwaliteit van de zorg.

Governance code en accreditatie zorgbestuurders

Eind 1999 brengt De Commissie Health Care Governance⁴⁶ aanbevelingen uit voor Good Governance in de zorg. De richtlijnen zijn niet bindend, maar leiden wel tot discussies over goed bestuur en goed toezicht bij zorgorganisaties. Op 1 januari 2006 wordt een Zorgbrede

⁴⁵ De WVG bevat regels voor een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg en helpt de ontwikkeling van de kosten van de zorg in de greep te houden. Ook stelt de WVG regels voor de bescherming en bevordering van de positie van patiënten en verzekerden. De WVG is op 1 oktober 2006 in werking getreden.

⁴⁶ Begin 1999 hebben een aantal toezichthouders, bestuurders uit de gezondheidszorg en daarbuiten, een aantal wetenschappers en bestuursdeskundigen de Commissie Health Care opgericht, met als doel het concept van corporate governance te concretiseren voor de gezondheidszorg (Governance 1999)

Governance code van kracht en voor alle leden van de deelnemende brancheorganisaties wordt de naleving hiervan een lidmaatschapsverplichting. Alle ziekenhuizen zijn vanaf dat moment verplicht hieraan te voldoen. Omdat een aantal bepalingen in de Zorgbrede code niet aansluit bij de eisen die aan de UMC's worden gesteld voert in 2008 de NFU voor zijn leden een eigen Governance code in met de Zorgbrede Governancecode als basis (BoZ 2010). Per 1 januari 2010 wordt een herziening ingevoerd. In de code is de expliciete verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de raad van bestuur en de raad van toezicht benoemd.

In september 2011 zegt de GV de samenwerking op met de vereniging van zorgbestuurders NVZD om een eigen sectorspecifieke koers te benadrukken en meer de focus te leggen op een inhoudelijke dialoog tussen bestuurders en de ontwikkeling van het vak van bestuurder in de curatieve sector. Daarnaast wil men een aparte accreditatie gaan ontwikkelen voor bestuurders in de curatieve zorg. De naamgeving GV wordt veranderd in koepel Bestuurders Curatieve Zorg Nederland (BCZN). Tijdens het najaarscongres van de BCZN in 2012 wordt de wens uitgesproken over te gaan tot een verplichtend karakter van de accreditatie. Hoe deze verplichting gehandhaafd zal worden moet nog nader worden vastgesteld. Op 28 november 2012 start een stuurgroep met een verdere uitwerking (van den Elsen 2012).

Oprichting landelijke organisaties voor kwaliteit

Om een impuls te geven aan het vaststellen van kwaliteitscriteria in de zorg (Klink 2009) en in relatie met de voortdurende roep om centrale regie (IQ 2010) wordt in 2009 door de minister een Regieraad Kwaliteit van Zorg geïnstalleerd. Deze Raad krijgt als opdracht te inventariseren welke richtlijnen er zijn en te prioriteren welke richtlijnen tot stand moeten komen. In 2010 besluit de minister tot een nieuw op te zetten kwaliteitsinstituut in de zorg waar het bureau Zichtbare Zorg onderdeel van dient te worden. Vervolgens wordt in 2011 besloten de Regieraad hier aan toe te voegen en in 2012 om het CKZ en KiesBeter hier deel van uit te laten uitmaken. Tevens wordt besloten het Kwaliteitsinstituut samen te voegen met het CVZ (College voor Zorgverzekeringen) en het COBG (College voor Opleidingen Beroepen Gezondheidszorg). De bedoeling is dat het nieuw op te richten Zorginstituut Nederland op 1 januari 2013 operationeel wordt.

Naast de pogingen van de overheid om tot een centrale regie te komen van de kwaliteit in de zorg onderneemt de medische professie een vergelijkbare actie. In 2009 wordt door de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (WOK) van de OMS een landelijke visitatiecommissie ingesteld, gevormd uit vertegenwoordigers van verschillende wetenschappelijke verenigingen en in 2011 richt de OMS, in een samenwerkingsverband van 29 wetenschappelijke verenigingen de Kwaliteitskoepel op. Kerntaken van deze Kwaliteitskoepel zijn “het ontwikkelen en ontsluiten van evidence based richtlijnen en normen en het leveren van de daarbij behorende hulpmiddelen voor implementatie” en “het ontwikkelen van indicatoren om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken. Interne indicatoren

ten behoeve van het beoordelen van de eigen zorgprocessen en externe indicatoren om verantwoording af te leggen over de kwaliteit aan externe partijen.” (Kwaliteitskoepel 2012)

Dit betekent dat vanaf 1 januari 2013 twee landelijke organisaties voor kwaliteit naast gaan elkaar lopen, de een geregisseerd door de overheid, de ander door de OMS.

6.3 Veranderingen bij partijen

Met behulp van het theoretisch kader vindt voor elke partij uit het veld de analyse plaats of veranderingen zijn te constateren ten gevolge van: *‘externe en interne disciplineren, de toenemende noodzaak van bewijsbare kwalificaties, specifieke kenmerken en knelpunten van collectieven en het ontstaan van geloof in bepaalde sociale constructies’* en welke betekenis dit heeft voor de regulerende patronen. De vetgedrukte hoofdletter **P** met het getal daarachter verwijst naar een regulerend patroon bij een partij.

6.3.1 Medisch specialisten

De collectieven van de medisch specialisten - OMS en wetenschappelijke verenigingen - nemen in de periode 1985-2012 op diverse manieren de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel handelen en de toelating tot de professie (**P1**). De wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen eind jaren tachtig de kwaliteitsvisitatie en eind jaren negentig start de WOK, als onderdeel van de OMS, met de ontwikkeling van een kwaliteits-systeem waarin de diverse kwaliteitsinstrumenten voor de medische professie in samenhang worden ondergebracht: richtlijnontwikkeling, visitatie, herregistratie en complicatieregistratie en in een latere fase het IFMS. De ontwikkeling van een eigen kwaliteitssysteem is een uiting van externe- en interne disciplineren en leidt tot een toenemende interne controle op het medisch handelen (**P5**). Dit wordt ondersteund door de behoefte van de beroepsgroep aan normatieve gelijkvormigheid; de harmonisering van professionele normen en waarden

De deelname van de OMS aan de ontwikkeling van de basisset prestatie indicatoren van de IGZ en de programma’s Sneller Beter, Zichtbare Zorg ‘Voorkom schade, werk veilig’ kan gezien worden als een uiting van ‘nabootsende gelijkvormigheid’; participatie aan een landelijke trend en de verwachting dat meedoen tot winst leidt. Dit is ook een gevolg van ‘gedwongen gelijkvormigheid’; een door een machtige instantie afgedwongen participatie waarbij de verwachting is dat niet meedoen leidt tot negatieve consequenties.

De toenemende interne controle op de toelating tot de medische professie (**P4**) wordt in de periode 1985-2012 versterkt en inzichtelijk gemaakt voor externen door de invoering van de verplichte herregistratie. De druk van de overheid en de toenemende vraag vanuit de maatschappij spelen hierbij een rol evenals de interne- en externe disciplineren en een toenemende noodzaak van bewijsbare kwalificaties.

Het regulerende patroon **P1** heeft in de periode 1985-2012 veel invloed gehad op de vormgeving van kwaliteit. Het steeds weer ontwikkelen van nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen te behouden (**P3**), de toenemende

interne controle door de medische professie op de toelating tot de professie (**P4**) en op het medisch handelen (**P5**) kunnen als een nadere uitwerking van **P1** worden gezien. Deze vier patronen zijn in de periode 1985-2012 tot een nauwere samenhang gekomen.

De verschillende collectieven - LSV/OMS, wetenschappelijke vereniging, maatschap en medisch staf - vervullen bij de medisch specialisten in de periode 1985-2012 steeds hun rol bij het verdedigen van de belangen op verschillende niveaus. Weliswaar is de LSV uiteengevallen, maar hiervoor komt, met een vergelijkbare doelstelling, het OMS voor in de plaats. Ook wordt, zodra een nieuw belang verdedigd moet worden, weer een nieuw collectief ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn in de 21^e eeuw de oprichting in de ziekenhuizen van stafmaatschappen die de financiële onderhandelingspositie van de medisch specialisten versterken en de oprichting van de landelijke kwaliteitskoepel in 2011. Geconcludeerd kan worden dat regulerend patroon **P2** nog steeds actief is.

Bij de collectieven die zijn opgericht om overkoepelende belangen te verdedigen komt de toegenomen pluriformiteit binnen de groep van medisch specialisten steeds meer tot uiting. Deze pluriformiteit wordt niet alleen bepaald door het verschil in specialisaties, ook binnen één specialisme bestaan specialisten met specifieke belangen. Specialisten die in loondienst werken hebben andere financiële belangen dan vrijgevestigde specialisten en specialisten die in academische ziekenhuizen werken zijn weer meer gericht op wetenschappelijke belangen dan artsen in algemene ziekenhuizen. Deze verschillen komen eind jaren tachtig van de twintigste eeuw voor het eerst tot uiting tijdens de inkomensstrijd en spelen een belangrijke rol bij het uiteenvallen van de LVS. De oprichting van de OMS in 1997 blijkt vervolgens alleen te lukken door binnen de OMS verschillende kamers in te richten waardoor ruimte gegeven wordt aan de verschillende belangen. Volgens onderzoek van Baggerman (2011) is in 2011 slechts 36% van het totaal aantal medisch specialisten lid van de OMS. Dit betekent dat de achterban van de OMS bestaat uit een grote groep 'niet leden', terwijl de OMS als gesprekspartner wel alle medisch specialisten in het landelijk veld vertegenwoordigt. Het lidmaatschap van de OMS is vrijwillig en spreekt blijkbaar veel specialisten niet meer aan.

Het pluriformiteitsprobleem speelt ook op lokaal niveau binnen het collectief van de medische staf van een ziekenhuis een rol. Dit komt in 1991 tot uiting in relatie tot de budgettering van de medisch specialisten en de individuele keuzen die de specialisten maken. Een ieder zoekt zijn eigen weg en laat dit niet over aan het bestuur van de medische staf. Bij het collectief van de medische staf is wel sprake van een 100% lidmaatschap, maar dit lidmaatschap is gekoppeld aan de toelatingsovereenkomst en dus niet vrijwillig.

Het pluriformiteitsprobleem van de medisch specialisten komt met name tot uiting bij de collectieven die een rol vervullen als verdediger van algemene belangen en als gesprekspartner voor de andere partijen. Bij collectieven die met een specifieke doelstelling zijn opgezet speelt de pluriformiteit veel minder een rol. Voor een bestuur van een overkoepelend collectief is het steeds moeilijker geworden om uit naam van alle specialisten te spreken. Afstemming tussen bestuur en achterban moet steeds vaker plaatsvinden. Dit leidt tot een nieuw regulerend patroon → **P11**.

Regulerende patronen medisch specialisten 1985 → 2012

- P1** *De medische professie neemt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie.*
- P2** *Voor het verdedigen van een nieuw belang richten de medisch specialisten steeds weer een nieuw collectief op.*
- P3** *De medische professie ontwikkelt steeds weer nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de toelating tot de professie te behouden.*
- P4** *Een toenemende interne controle door de medische professie op de toelating tot de professie.*
- P5** *Een toenemende interne controle vanuit de medische professie op het medisch handelen.*
- PII** *Steeds vaker moet afstemming plaatsvinden tussen bestuur en achterban van een collectief van medisch specialisten.*

6.3.2 Overheid

In de periode na 1985 neemt de overheid niet alleen de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor een goede gezondheidszorg van de burgers (**P6**), maar gaat zich ook specifiek richten op het creëren van de condities en voorwaarden voor 'de kwaliteit' van de gezondheidszorg. Hierdoor gaat de overheid meer invloed uitoefenen op het sociale veld. Dit komt tot uiting in de Leidschendamconferenties waar de partijen gezamenlijke afspraken moeten maken over de kwaliteit in de zorg en de controle die een commissie van de NRV gaat houden op de voortgang van de afspraken. Ook de kwaliteitswetten, de subsidietoewijzingen, de veranderingen in de financiering en de landelijke kwaliteitsprogramma's spelen een rol bij het scheppen van condities en voorwaarden door de overheid. Omdat dit alleen mogelijk is in samenwerking met de andere partijen binnen het sociale veld is dit ook van invloed op de regulerende patronen in het veld.

In de periode vóór 1985 heeft een toename plaatsgevonden van het aantal instituten en adviesorganen (**P7**). Dit regulerende patroon komt in de periode 1985-2012 tot uiting in de toename van het aantal organisaties dat in opdracht van de overheid zich specifiek gaat bezighouden met de kwaliteit van de zorg. Dit krijgt een verdere uitbreiding door de verantwoordelijkheid van de overheid voor de voorwaardenscheppende aspecten voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. In het verlengde van de invoering van de marktwerking in de 21^e eeuw ontstaat in de zorg een nieuw kwaliteitscluster met aspecten als: eerlijke concurrentie, juiste tarieven en prijsregulering. Omdat ook hierop toezicht moet worden gehouden stelt de overheid twee nieuwe toezichthouders aan, elk met een eigen controleerende functie: de NMa en de NZa. Dit betekent dat naast een toename in het aantal adviesorganen en instituten (**P7**), ook het aantal toezichthouders in de zorg stijgt.

Regulerende patronen overheid 1985 → 2012

- P6** *De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de burgers.*

- P7** Om uitvoering te geven aan haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit richt de overheid, instituten en adviesorganen op en stelt toezichthouders aan.

6.3.3 Ziekenhuizen

De discussienota van de NRV, het advies van de commissie Dekker en het plaatsvinden van de Leidschendamconferenties, leiden tot discussies over verantwoordelijkheden voor kwaliteit en de aanpak van kwaliteitsprojecten. Dat de verantwoordelijkheid voor de professionele medische zorgverlening bij de medische professie ligt staat niet ter discussie, maar tegelijkertijd worden de bestuurders van de ziekenhuizen steeds meer aangesproken op de integrale kwaliteit van het ziekenhuis. Dit leidt binnen de ziekenhuizen in eerste instantie tot kwaliteitsprojecten gericht op het verbeteren van processen en tot de uitvoering van patiëntenenquête. Tot medio jaren negentig volgt ieder ziekenhuis hierbij zijn eigen weg. Na de invoering van de WKZ en de andere wetten die gerelateerd zijn aan de kwaliteit van de zorg, worden ziekenhuizen steeds meer gedwongen de vormgeving van hun kwaliteitsbeleid te standaardiseren. Afspraken en regels in het ziekenhuis (**P8**) krijgen steeds vaker een kwaliteitslabel.

De ontwikkeling van de Zorgbrede Governancecode in het eerste decennium van de 21^e eeuw en de verplichting hieraan te voldoen voor het lidmaatschap van de koepelorganisatie, laat een versterking zien van de behoefte aan interne controle op het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht tussen ziekenhuizen. Het kenmerkt ook een bewustwording dat het besturen van een ziekenhuis professioneel handelen impliceert. Aspecten als doeltreffendheid, deskundigheid, geschiktheid, veiligheid en zorgvuldigheid spelen bij de uitvoering van de werkzaamheden bij een bestuurder evenzo een rol als bij de medisch specialist en kunnen uiteindelijk ook veel consequenties hebben voor de patiënten. De plannen van de BCZN om tot een verplichte accreditatie te komen van ziekenhuisbestuurders onderstreept deze bewustwording. De Governance code en de accreditatieplannen vormen een uiting van een nadere uitwerking van het regulerend patroon van interne controle en het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht. Hierdoor wordt vorm gegeven aan een regulerend patroon van onderlinge controle op het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht → **P9**.

De kwaliteitswet in 1996 en later de prestatie-indicatoren van de IGZ hebben de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders voor de integrale kwaliteit van het ziekenhuis steeds duidelijker gemaakt. Als gevolg hiervan ontstaat binnen de ziekenhuizen de behoefte kwaliteitsverantwoordelijken te benoemen voor bepaalde onderdelen van het patiëntenproces en gaan raden van bestuur steeds vaker functionarissen aanstellen met een specifieke taak om ondersteuning of uitvoering te geven bij het voldoen aan wettelijke kwaliteitseisen, afspraken te maken over de kwaliteit van de zorgverlening, gegevens te verzamelen en processen te stroomlijnen. Naast kwaliteitsfunctionarissen ontstaan ook functies zoals patiëntenvoorlichter, klachtenfunctionaris, logistiek medewerkers, veiligheidsmanagers en

communicatieadviseurs. Het aanstellen van ondersteunende functionarissen is een nieuw regulerend patroon geworden → **P10**.

Regulerende patronen binnen ziekenhuizen 1985 → 2012

P8 *Toename van afspraken en regels binnen het ziekenhuis specifiek voor kwaliteit.*

P9 *Onderlinge controle tussen de ziekenhuizen op het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht.*

P10 *Ziekenhuizen stellen ondersteunende functionarissen aan om de formele verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg na te komen.*

6.3.4 Patiënten(organisaties)

In 1985 zijn voor patiënten(organisaties) geen regulerende patronen geconstateerd in relatie tot de ziekenhuiskwaliteit. Doordat steeds meer patiënten zich in de jaren negentig gaan verenigen in patiëntenorganisaties worden patiënten als groep steeds zichtbaarder. Het bundelen van krachten in collectieven om op die manier gezamenlijke doelstellingen te behalen speelt een belangrijke rol. De NPCF krijgt een positie als gesprekspartner in het landelijk veld van de medisch specialistische gezondheidszorg in ziekenhuizen en behartigt op die manier de belangen van alle patiënten, niet alleen van diegenen die lid zijn van een patiëntenorganisatie. Naast de landelijke koepelorganisaties zijn regionale organisaties actief. Deze behartigen de overkoepelende belangen van de zorgvragers in de regio en functioneren als gesprekspartners in het lokale veld. De categorale patiëntenorganisaties zijn specifiek gericht op een bepaalde diagnosecategorie en spelen een rol bij de ontwikkeling van richtlijnen.

De diverse nota's die in de jaren tachtig en negentig worden uitgebracht met het patiëntenbeleid als onderwerp zorgen samen met de wetgeving en de overheidssubsidies in de jaren negentig voor een versterking van de positie van de patiënten. Naast het vergroten van de zichtbaarheid nemen de mogelijkheden om invloed uit te oefenen toe. De patiëntenorganisaties worden ook toegelaten in allerlei gremia waarin besluiten worden genomen en de belangen van de leden behartigd kunnen worden (van de Bovenkamp 2010).

De bewustwording van de versterking van zijn positie is bij de individuele patiënt een regulerend patroon geworden dat van invloed is op de vormgeving van kwaliteit → **P12**.

Regulerend patroon patiënten(organisaties) 1985 → 2012

P12 *Versterking van de positie van de individuele patiënt.*

6.3.5 Zorgverzekeraars

In 1985 zijn bij zorgverzekeraars geen regulerende patronen geconstateerd in relatie tot de vormgeving van de kwaliteit in ziekenhuizen. De commissie Dekker heeft in 1987 al voorgesteld om de zorgverzekeraars toe te voegen als 'speler' in het veld. Voor het daadwerkelijk uitvoering geven aan een marktconforme inrichting van de zorg blijkt het nodig te zijn om

de spelregels in de zorg te veranderen. Om tot spelregels te komen die door alle partijen in het veld worden geaccepteerd is meer tijd nodig dan in eerste instantie verondersteld. In 1995 verenigen de zorgverzekeraars zich landelijk in één belangenvereniging 'Zorgverzekeraars Nederland' (ZN) waardoor in relatie tot het gezondheidszorgbeleid in ieder geval één landelijk aanspreekpunt ontstaat en de zorgverzekeraars in het landelijk veld zichtbaar worden.

In 2006, een kleine twintig jaar na het rapport van de commissie Dekker, komen de verzekeraars door het inwerking treden van de nieuwe zorgverzekeringswet in het bezit van economisch kapitaal waardoor ze daadwerkelijk invloed kunnen gaan uitoefenen op de organisatie en de inhoud van de zorg en dus ook op de kwaliteit van de zorgverlening op het lokale niveau. De goedkeuring van de wet impliceert een draagvlak voor de nieuwe spelregels. Een niet voorzien gevolg is de fusiegolf bij de zorgverzekeraars. Naast het landelijke collectief (ZN) ontstaan een aantal grote verzekeraars die door hun omvang invloed kunnen uitoefenen op het landelijk veld, maar door een verschillende uitstraling ook de positie van de zorgverzekeraars in het landelijke veld verzwakken.

De zorgverzekeraars trachten tot een koppeling te komen tussen kosten van een behandeling en de kwaliteit. De uitwerking hiervan heeft tot nu toe nog niet geleid tot een duidelijk regulerend patroon.

6.4 Veranderingen in het sociale veld

Met behulp van het theoretisch kader vindt in deze paragraaf de analyse plaats van de veranderingen in het sociale veld; de invloed van bepaalde partijen, de manier waarop wordt omgegaan met de macht van de andere partijen, verschuivingen in de rol van de verschillende vormen van kapitaal binnen het veld, de uitwisseling van kapitaal en/of de toename van regels, toezicht en controle en welke betekenis dit heeft voor de regulerende patronen. De vetgedrukte hoofdletter **V** met het getal daarachter verwijst naar een regulerend patroon in het veld.

De wetten en regels gericht op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg vormen de spelregels in het veld. In 1985 is al sprake van een toename van wetten en regels (**VI**), maar in de periode daarna ontstaat een duidelijke versnelling. In eerste instantie richten de wetten en regels zich op de grote lijnen; de kwaliteitswet geeft bijvoorbeeld nog veel ruimte aan partijen voor een eigen invulling. In een latere fase vindt steeds vaker een specificatie plaats van regels die aan wetten worden gekoppeld. De prestatie-indicatoren van de IGZ en de veiligheid- en transparantie indicatoren staan bijvoorbeeld niet in de wet, maar vormen wel een landelijke specificatie van kwaliteitsnormen waarover consensus is bereikt en waaraan voldaan moet worden. Naast het vastleggen van spelregels wordt ook bepaald wie de spelers zijn en hoe de verdeling van macht en verantwoordelijkheden over de partijen is. Om tot een succesvolle uitvoering van spelregels te komen is acceptatie - draagvlak - bij alle relevante partijen in het veld essentieel. Niet alleen bij de bestuurders van de collectieven

van deze partijen, maar ook bij de achterban. Dit is ook een uiting van de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid in het sociale veld voor kwaliteit (**V2**). De invoering van de marktwerking laat zien hoe belangrijk draagvlak is om tot invoering te kunnen komen van veranderingen en hoeveel tijd dit kan kosten. De aanbevelingen van de commissie Dekker met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en financiering zijn voorstellen ten behoeve van het veranderen van de spelregels in het veld en kunnen ook gezien worden als voorstellen ten behoeve van de invoering van controle- en disciplineringsystemen.

De toename van het aantal spelregels gericht op kwaliteit kan een uitwerking worden genoemd van disciplineren, maar ook van een toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit in het sociale veld.

Het toezicht van de overheid op de uitvoering van de zelfregulering van de zorgaanbieders (**V3**) leidt eind jaren tachtig tot een intensievere bemoeienis van de overheid met het functioneren van het veld. Dit komt onder andere tot uiting door de Leidschendam-conferenties die de KNMG op verzoek van de overheid organiseert. Het doel van deze conferenties is dat partijen tot gezamenlijke afspraken komen over het landelijke kwaliteitsbeleid. Zelfregulering en een gezamenlijke verantwoordelijkheid staan hierin dus centraal; kwaliteit moet door de partijen in het veld samen bewaakt worden. Tijdens een vervolgonferentie in 1995 blijkt dat deze zelfregulering maar beperkt vorm heeft gekregen, veel van de punten uit de eerdere intentieverklaring zijn in 1995 nog niet gehaald. Het vastleggen van verantwoordelijkheden voor de zelfregulering in de kwaliteitswet en ook in de WKCZ, de WGBO en de BIG wet, zorgt voor een wettelijke druk om tot zelfregulering te komen. De overheid ondersteunt dit door subsidieverstrekking en maakt de zelfregulering aantrekkelijker voor partijen. Met subsidie oefent de overheid invloed uit op wat wordt aangepakt en hoe verankering plaatsvindt. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren, de CQ-Index, de indicatoren voor transparantie en veiligheid en de oprichting van het CKZ, de Regieraad en het Kwaliteitsinstituut, zijn hier voorbeelden van. Naast dat de overheid steeds meer toezicht houdt op de uitvoering van de zelfregulering (**V3**) is dus ook sprake van een toenemende invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in het veld, een nieuw regulerend patroon → **V6**.

De toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg (**V4**) - vóór 1985 al ontstaan doordat steeds vaker een koppeling plaatsvond tussen de kosten en baten in de zorg - krijgt in de tweede helft van de jaren tachtig een nadere uitwerking in het advies van de commissie Dekker. Deze commissie noemt marktwerking een belangrijke prikkel om de kwaliteit in de zorg te verhogen en de kosten te verminderen. De veronderstelling dat marktwerking alleen kan functioneren wanneer een transparante en beheersbare betalingssystematiek voorhanden is, leidt tot de ontwikkeling van de DBC's. In de 21^e eeuw worden zorgpakketten beschreven met alle handelingen die nodig zijn om de diagnose te stellen en de behandeling te verrichten, maar zonder een koppeling te maken met kwaliteitsnormen. Een juiste diagnose of een juiste uitvoering van een behandeling heeft geen relatie met het prijskaartje dat aan een DBC wordt gehangen. De kwaliteit van het proces en de uitkomst van de zorg

maken geen integraal onderdeel uit van de betalingssystematiek, terwijl tegelijkertijd deze betalingssystematiek wel als voorwaardenscheppend wordt gezien voor de kwaliteit van de zorg. Het inkopen van zorg door de verzekeraars op basis van kwaliteit blijkt meer te vereisen dan een transparante betalingssystematiek. Na de invoering van de vernieuwde zorgverzekeringswet in 2006 zijn zorgverzekeraars winst gaan maken op basis van het inkopen van lage DBC prijzen, niet op het inkopen van kwalitatief goede zorg. De toenemende koppeling van kosten en baten van de zorg en de aandacht voor kwaliteit blijken daarom nog niet direct te leiden tot een heldere relatie tussen kwaliteit, kosten en opbrengst. De toename in de aandacht voor kwaliteit (V4) is in de periode 1985-2012 terug te vinden in wetten en regels (V1) en in de toenemende invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (V6), maar heeft in 2012 nog niet geleid tot een heldere relatie tussen kosten en baten.

Het aantal partijen in het landelijke sociale veld van de ziekenhuiszorg heeft zich al vóór 1985 uitgebreid. Naast de overheid en de medische professie zijn ook de ziekenhuizen als partij een rol gaan spelen. In de periode na 1985 worden hieraan ook de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars toegevoegd. 'Nieuwkomers' in een veld kunnen alleen een rol spelen wanneer ze beschikken over kapitaal dat door de andere spelers in het veld de moeite waard wordt gevonden. Bourdieu (1989) noemt dit 'het bezit van een bepaalde macht die erkend wordt door de andere partijen'. Alleen dan worden ze als een volwaardige partij gezien, kunnen ze bepaalde belangen als prioriteit benoemen en krijgen ze de ruimte om de spelregels te beïnvloeden. Dat kapitaal is echter geen constante en moet steeds weer bevochten worden. Patiëntenorganisaties moeten bijvoorbeeld steeds weer bewijzen dat de ervaringsdeskundigheid van de leden een vorm van 'cultureel kapitaal' is en daardoor daadwerkelijk een toegevoegde waarde heeft bij het tot stand komen van richtlijnen. De overheid kan kapitaal toewijzen aan een partij of de waarde van een bepaald kapitaal veranderen. De ziekenhuisbestuurders hebben bijvoorbeeld in de jaren tachtig op lokaal niveau economisch kapitaal verkregen door het besluit van de overheid tot ziekenhuis-budgettering. Door de invoering van de budgettering van de medisch specialisten in de jaren negentig zijn de mogelijkheden van de medisch specialisten afgenomen om met behulp van hun cultureel kapitaal de inzet van het economisch kapitaal te beïnvloeden. De invoering van de wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen heeft gezorgd voor een formeel erkende deskundigheid van patiënten waardoor ze binnen het ziekenhuis in het bezit zijn gekomen van cultureel kapitaal en de nieuwe zorgverzekeringswet heeft in 2006 gezorgd voor de toewijzing van economisch kapitaal aan de zorgverzekeraars. De partijen in het veld verschillen niet alleen in de hoeveelheid kapitaal en het soort kapitaal, maar ze verschillen ook in de belangen die ze vertegenwoordigen en daardoor ook in het gewicht dat ze aan bepaalde kwaliteitsaspecten geven. De OMS is gericht op het individueel professioneel handelen van de medisch specialist. De IGZ hecht in zijn toezichthoudende overheidsrol veel belang aan de gevolgen van het medisch handelen op de patiënten als groep. De NPCF richt zich op de attitude van de zorgverleners en de organisatie van de zorg. ZN zet het belang

van de organisatie van de zorgverzekeraars voorop en geeft veel aandacht aan de verhouding tussen prijs en kwaliteit. Het ziekenhuismanagement zal de kwaliteit van de organisatie voorop stellen waarbij de logistiek en de efficiëntie van de zorg een belangrijke rol spelen. De verschillen in zwaarte die partijen geven aan bepaalde belangen en aan bepaalde kwaliteitsaspecten zijn, gecombineerd met de verschillen in het bezit van kapitaal, bepalend voor de waarde die binnen het veld aan bepaalde kwaliteitsaspecten wordt gehecht. De toename van het aantal partijen in het veld heeft gezorgd voor een pluriformiteit van belangen. De strijd in het lokale veld is daardoor in belangrijke mate een strijd te geworden over de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten (**V5**).

Regulerende patronen sociale veld 1985 → 2012

- V1** *Toename van wetten en regels gericht op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de medische zorgverlening in ziekenhuizen.*
- V2** *Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit.*
- V3** *Toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders.*
- V4** *Toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg.*
- V5** *Strijd in het veld om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten.*
- V6** *Een toenemende invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in het veld.*

6.5 Veranderingen in de maatschappij

In deze paragraaf vindt de analyse plaats van de invloed van de maatschappelijke veranderingen. Hierbij speelt de invloed van de *ontzuiling*, *democratisering*, *toenemende individualisering* en *disciplineren* een rol. Vastgesteld wordt wat dit betekent voor het gedrag van de burgers in relatie tot de ziekenhuis kwaliteit en welke betekenis dit heeft voor de regulerende patronen. De vetgedrukte hoofdletter **M** met het getal daarachter verwijst naar een regulerend patroon in de maatschappij.

De vraag in de maatschappij om controle van het medisch handelen (**MI**) is niet los te zien van een algemene toenemende behoefte aan regels, toezicht en disciplineren. In alle sectoren van de maatschappij is een behoefte ontstaan om risico's zoveel mogelijk uit te bannen. De burger is in de loop van de tijd steeds meer gaan veronderstellen dat de overheid zorgt voor een goede en veilige zorg en verwacht veel van de toezichthoudende rol van de overheid. De veranderende rol van de inspectie, de ontwikkeling van prestatie-indicatoren, de opzet van de website Kiesbeter.nl, het programma Zichtbare Zorg en het VMS programma, zijn allemaal uitingen van de pogingen van de overheid om hieraan te voldoen.

Naast de vraag om controle van de zorgverlening wordt, mede onder invloed van de democratiseringsgolf, ook gevraagd naar openbaarmaking en dus transparantie van de kwaliteit, waarbij de kwaliteit van de medische zorg steeds vaker als een integraal onderdeel

wordt gezien van de kwaliteit van het ziekenhuis. De verwachting van de burger dat de overheid in toenemende mate voorwaarden en condities creëert om de verleende zorg te kunnen beoordelen heeft zich ontwikkeld tot een vraag vanuit de maatschappij om transparantie van de ziekenhuiskwaliteit (**M2**).

De democratiseringsgolf in de jaren zeventig van de twintigste eeuw heeft geleid tot veranderingen in de individuele relatie tussen zorgverlener en patiënt. Deze ontwikkeling is in de periode 1985 - 2012 verder gegaan. De toename van de welvaart en opleiding heeft gezorgd voor een toename van de autonomie en mondigheid van de burger, maar de onderlinge verhouding tussen arts en patiënt is ook veranderd op het niveau van kennis. De patiënt wil steeds vaker inspraak en eigen verantwoordelijkheid en dat rekening wordt gehouden met zijn individuele voorkeuren. Ook de media spelen een rol bij deze ontwikkeling. Programma's over de gezondheidszorg zorgen voor de verbreding van de discussies. Misstanden worden steeds vaker in de media aan de kaak gesteld, zoals bijvoorbeeld de wachtlijstproblematiek en medische fouten. Daarnaast is in de 21^e eeuw internet een belangrijke rol gaan spelen. Veel kennis en informatie staat eenvoudig ter beschikking en interactieve uitwisseling wordt steeds vanzelfsprekender. Het bezit van de exclusieve kennis van de zorgverlener komt hierdoor steeds vaker in concurrentie met de kennis die de patiënt zelf verzamelt over zijn diagnose en behandeling via steeds makkelijker ter beschikking staande bronnen. Het gedragspatroon verandert in snel tempo. De patiënt wordt naast zorgvrager ook zorgafnemer. Hij kijkt met een kritische blik naar de geleverde zorg en wil zelf een oordeel geven over de kwaliteit. Een gedragspatroon dat inmiddels verwacht en gevraagd wordt, waardoor de patiënt steeds vaker functioneert als 'controleur' van de verleende zorg. De mening van de individuele patiënt over de zorg gaat een belangrijke rol spelen voor de zorgkeuze van andere patiënten en door facebook en twitter is de sociale kring een stuk groter geworden. In het verlengde dat de burger steeds meer verantwoordelijk gesteld wordt voor zijn eigen gezondheid krijgt deze in toenemende mate ook een controlerende rol bij zijn eigen zorg. Dit leidt tot een individualisering van het toezicht → **M3**.

Regulerende patronen maatschappij 1985 → 2012

M1 Toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle van het medisch handelen.

M2 Toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van de ziekenhuiskwaliteit.

M3 Burgers (patiënten) vervullen een controlerende rol bij de eigen zorg.

6.6 Samenvatting

Evenals in de periode voor 1985 zijn veranderingen bij medisch specialisten veelal een gevolg van externe- en interne disciplinerende en gericht op het behoud van hun positie. Dit uit zich in de continuïteit van de regulerende patronen en in het versterken van de samenhang van deze patronen. Het belangrijkste verschil uit zich in de toename van de pluriformiteit waar-

door de noodzaak van afstemming tussen het bestuur van een collectief - OMS, wetenschappelijke vereniging, medisch stafbestuur - en de achterban groter is geworden.

De overheid is zich steeds meer gaan richten op het creëren van de condities en voorwaarden voor 'de kwaliteit' van de gezondheidszorg en daardoor op het functioneren van het veld. De overheid oefent invloed uit door wetgeving, subsidieverstrekking, veranderingen in de financiering en de opzet van landelijke kwaliteitsprogramma's. Zij laat zich hierbij ondersteunen door adviesorganen en -organisaties en nieuwe toezichthouders.

Na 1985 neemt het aantal regels en afspraken binnen de ziekenhuizen steeds meer toe. Dit komt niet alleen tot stand door een interne behoefte maar ook door wettelijke verplichtingen. Functionarissen worden aangesteld om ondersteuning te geven bij het nakomen van formele verantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit in de ziekenhuizen. Het kwaliteitsbeleid binnen de ziekenhuizen wordt steeds meer gestandaardiseerd en ziekenhuisbestuurders krijgen een integrale verantwoordelijkheid voor de kwaliteit.

Patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zijn in deze periode een rol gaan spelen bij de vormgeving van kwaliteit. Beide partijen hebben een landelijk collectief opgericht waardoor ze als gesprekspartner kunnen functioneren in het landelijke veld. Van een regulerend patroon in relatie tot de kwaliteit van de ziekenhuiszorg is bij de zorgverzekeraars geen sprake. Wetgeving en subsidieverstrekking hebben geleid tot een versterking van de positie van de individuele patiënt, waardoor het gedrag van patiënten is veranderd. Gerelateerd aan partijen zijn 12 regulerende patronen geconstateerd; 6 voor de medisch specialisten, 2 voor de overheid, 3 voor de ziekenhuizen en 1 voor de patiënten⁴⁷:

- P1** *De medische professie neemt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie.*
- P2** *Voor het verdedigen van een nieuw belang richten de medisch specialisten steeds weer een nieuw collectief op.*
- P3** *De medische professie ontwikkelt steeds weer nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de toelating tot de professie te behouden.*
- P4** *Een toenemende interne controle door de medische professie op de toelating tot de professie.*
- P5** *Een toenemende interne controle vanuit de medische professie op het medisch handelen.*
- P6*** *De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de burgers.*
- P7*** *Om uitvoering te geven aan haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit richt de overheid instituten en adviesorganen op en stelt toezichthouders aan.*
- P8*** *Toename van afspraken en regels binnen ziekenhuis specifiek voor kwaliteit.*
- P9*** *Interne controle van de ziekenhuizen op het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht.*
- P10*** *Ziekenhuizen stellen ondersteunende functionarissen aan om de formele verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg na te komen.*

⁴⁷ De regulerende patronen die veranderd zijn in de periode 1985-2012 of in deze periode zijn ontstaan, zijn met een * gemarkeerd.

P11* *Steeds vaker moet afstemming plaatsvinden tussen bestuur en achterban van een collectief van medisch specialisten.*

P12* *Versterking van de positie van de individuele patiënt.*

Het aantal wetten en regels gericht op de kwaliteit van de zorgverlening in ziekenhuizen neemt in snel tempo toe. In eerste instantie richten ze zich op grote lijnen zoals de kwaliteitswet, vervolgens vindt steeds vaker een specificatie plaats zoals de prestatie-indicatoren van de IGZ. De toename van het aantal partijen in het veld en de toenemende aandacht voor kwaliteit leidt tot een strijd in de prioriteitstelling van kwaliteitsaspecten. Hierdoor is het binnen het veld moeilijk om een breed draagvlak te vinden voor een koppeling van de kosten en baten van de zorg. Voor het sociale veld zijn zes regulerende patronen geconstateerd:

V1 *Toename van wetten en regels gericht op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de medische zorgverlening in ziekenhuizen.*

V2 *Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit.*

V3 *Toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders.*

V4 *Toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg.*

V5* *Strijd in het veld om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten.*

V6* *Toenemende invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in het veld.*

De behoefte binnen de maatschappij om risico's uit te bannen leidt tot steeds meer regels en toezicht. De vervlechting van de medische zorg met de ziekenhuiszorg gecombineerd met de democratisering leidt tot een toenemende vraag om transparantie van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Dit leidt gecombineerd met de openbaarheid van kennis tot individualisering van het toezicht. Binnen de maatschappij zijn drie regulerende patronen geconstateerd die van invloed zijn op de vormgeving van de kwaliteit in ziekenhuizen:

M1 *Toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen.*

M2* *Toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van ziekenhuiskwaliteit.*

M3* *Burgers (patiënten) vervullen een controlerende rol bij de eigen zorg.*

DEEL III

Historie en analyse landelijke kwaliteitsactiviteiten

Hoofdstuk 7	Richtlijnontwikkeling	109
Hoofdstuk 8	Kwaliteitsvisitatie	125
Hoofdstuk 9	Ziekenhuisaccreditatie	139
Hoofdstuk 10	Patiëntenenquête	157
Hoofdstuk 11	Indicatorontwikkeling	173

7

Richtlijnontwikkeling

7.1 Inleiding

Van oudsher zijn richtlijnen er voor bedoeld om medische kennis over te dragen. De afgelopen decennia zijn veranderingen ontstaan met consequenties voor de functie en het gebruik van richtlijnen. Dit hoofdstuk beschrijft deze veranderingen en maakt de koppeling met de regulerende patronen die de ziekenhuis kwaliteit vormgeven.

Na het beschrijven van de historie van de richtlijnontwikkeling (7.2) vindt de analyse plaats van de veranderingen binnen de groep van medisch specialisten, het sociale veld en de maatschappij en wordt de relatie van de regulerende patronen met de richtlijnontwikkeling in kaart gebracht (7.3). Vervolgens wordt onderzocht of naar aanleiding van deze kwaliteitsactiviteit specifieke patronen zijn ontstaan (7.4) en wat de rol is geweest van de gelijkvormigheidsprocessen bij de implementatie (7.5). Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (7.6).

7.2 Historie richtlijnontwikkeling

7.2.1 Van intercollegiale toetsing naar consensusrichtlijnen

In de jaren zeventig van de 20^e eeuw ontstaat binnen de medische professie - mede onder druk van de overheid (politiek) en de maatschappij (media) - een toenemende behoefte aan instrumenten om de zorgverlening te verbeteren. De wetenschappelijke ontwikkelingen gaan zo snel dat een constante bijscholing in nieuwe wetenschappelijke inzichten en medische handelingen nodig is om 'up to date' te blijven. Alleen 'het diploma' geeft niet meer voldoende garantie dat een arts de juiste kennis bezit. De wetenschappelijke productie is een dusdanige vorm gaan aannemen dat het voor individuele beroepsbeoefenaren niet meer mogelijk is om alles bij te houden. Een toenemende behoefte ontstaat aan instrumenten die richting en ondersteuning geven aan het verbeteren van de kwaliteit van het medisch handelen en waarmee de kloof tussen de (nieuwe) wetenschappelijke kennis en de praktijk gedicht kan worden. Intercollegiale toetsing lijkt hiervoor in eerste instantie het geëigende instrument (Klazinga 1996, van Herk 1997). In de jaren tachtig van de 20^e eeuw organiseert het

CBO consensusbijeenvakomsten - opgezet naar het voorbeeld van de Amerikaanse National Institutes of Health - ter bevordering van de intercollegiale toetsing. Met behulp van de methode van 'de consensusmeeting' worden consensusrichtlijnen ontwikkeld en vindt een koppeling plaats van de intercollegiale toetsing met de richtlijnontwikkeling (van Everdingen 1988, van Herk 1997)⁴⁸. Om weerstand te voorkomen en een zo groot mogelijk draagvlak te verkrijgen bij diegenen die met de richtlijnen moeten werken worden de richtlijnen zodanig geformuleerd dat er veel ruimte overblijft voor variaties in de behandelingen en de afstemming op de individuele kenmerken van de patiënt. "Vanwege de 'consensus' zijn de richtlijnen in algemene termen gedefinieerd, zodat ruimte voor variatie in de behandeling aanwezig blijft, terwijl iedere arts beargumenteerd van de richtlijn mag afwijken". (Casparie 1983) Richtlijnen vormen vanaf dat moment de basis voor het bevorderen van de intercollegiale toetsingsactiviteiten. De wetenschappelijke verenigingen gaan naast het CBO een belangrijke rol spelen bij de richtlijnontwikkeling.

Door de verdwijning van de intercollegiale toetsingscommissies in de ziekenhuizen en de toenemende gerichtheid op de ontwikkeling van landelijke richtlijnen verschuift de verantwoordelijkheid van de medische staf en de individuele specialist in het ziekenhuis naar een landelijke verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten.

7.2.2 Uitbreiding van de rol van richtlijnen

Door de ontwikkeling van consensusrichtlijnen ontstaan richtlijnen die niet alleen gericht zijn op het overdragen van kennis, maar ook bedoeld zijn om tot verbeteringen te komen van het methodisch technisch handelen. Op die manier vormen ze een brug tussen de wetenschappelijke kennis en de praktijk (Bal 2006). Het ontwikkelen en opstellen van een richtlijn wordt een verbeterinstrument en een beoordelingsinstrument voor kwaliteit. De consequentie hiervan is dat dit 'instrument' ook gebruikt kan worden door externe partijen. "Practice guidelines provide consumers with an instrument for monitoring whether the trust they place in medicine is justified, but also an opportunity to discuss the 'fitness for use' of the medical service" (Klazinga 1994, 53). Rondom de standaardisering van de zorg - het gebruik van dezelfde richtlijn - en het gebruik van richtlijnen als beoordelingsinstrument door derden, ontstaan binnen de medische professie vele discussies. Discussies over de risico's dat (1) de standaardisatie van het gemiddelde lang niet altijd leidt tot de juiste keuze en (2) dat kookboekgeneeskunde - het werken volgens een voorgeschreven richtlijnen - het belang ontnemt van intuïtie (Giard 1994). Beide discussiepunten zijn een pleidooi voor vrijheid in het individueel handelen en laten de weerstand zien van de medisch specialisten tegen het gebruik van richtlijnen als extern beoordelingsinstrument of 'goede' zorg is verleend.

Wanneer in 1991 uit een rapport van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong' (Gezondheidsraad 1991) blijkt dat in Nederland een grote 'interdoktervariantie' bestaat neemt de discussie over het aan banden leggen van de vrijheid in het individueel handelen toe. In de veronderstelling dat artsen die gebruik maken van richtlijnen zich minder

48 Zie hiervoor ook 5.2.1

snel te buiten gaan aan overbodige diagnostiek waardoor richtlijnen ook een kostendempend effect hebben, ziet de Gezondheidsraad de ontwikkeling van richtlijnen als een belangrijk middel om de interdoktervariantie terug te dringen. De Gezondheidsraad (1991, 13) stelt dat “Toetsing van elkaars handelen en afspraken maken over het gezamenlijk te voeren beleid centraal zouden moeten staan”. De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en invoering van richtlijnen wordt neergelegd bij de medische professie. Met de dreiging dat indien de artsen richtlijnen niet als intern beoordelingsinstrument gaan gebruiken, de kans groot wordt dat ze dan als een extern beoordelingsinstrument ingezet gaan worden.

7.2.3 Wetenschappelijke onderbouwing en juridische status

De snelle groei van richtlijnen in de jaren negentig leidt tot een toenemende kritiek van de medisch specialisten. Een kritiek gericht op de kwaliteit van de richtlijnen maar ook op de toename van het aantal richtlijnen gericht op eenzelfde onderwerp. De LSV geeft opdracht tot een inventarisatie naar richtlijnen die onder verantwoordelijkheid van de medisch specialistische wetenschappelijke verenigingen tot stand zijn gekomen. Deze inventarisatie leidt tot de conclusie dat grote verschillen bestaan in de definiëring, methodieken en kwaliteit van richtlijnen. In 1996 wordt het rapport ‘Consensus over medisch specialistische richtlijnen 1996’ uitgebracht (Lombarts en Everdingen 1996). Dit rapport formuleert criteria voor transparante richtlijnen en presenteert een checklist voor de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen. Hiermee is ‘een richtlijn voor richtlijnen’ ontwikkeld. Naar aanleiding van dit rapport besluit de overheid een structurele financiering aan de OMS toe te kennen voor het opzetten van een richtlijnprogramma. Volgens van Everdingen (2004) heeft de hierbij afgesproken vacatiegeldregeling van de overheid er voor gezorgd dat de ontwikkeling van richtlijnen niet langer vrijblijvend was. Dit vormde een belangrijke stimulans voor de richtlijnontwikkeling door de medische wetenschappelijke verenigingen. In het kader van de ‘meerjarenafspraken curatieve zorg’ stelt VWS in 1999 aan de OMS geld ter beschikking voor de ontwikkeling en implementatie van ‘evidence based’ richtlijnen⁴⁹ (EBRO) per wetenschappelijke vereniging van een erkend specialisme. Deze richtlijnen moeten naast het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening, ook ondersteuning geven bij de klinische besluitvorming, een bijdrage leveren aan het standaardiseren van de professionele handelingen en op lokaal niveau vertaald worden in protocollen.

49 “Evidence based richtlijnen zijn medisch-specialistische richtlijnen die gebaseerd zijn op de beschikbare ‘evidence’ die systematisch is onderzocht en gewaardeerd volgens de principes van ‘evidence-based medicine’. Dit worden EBRO (Evidence Based RichtlijnOntwikkeling) richtlijnen genoemd” (website Orde). De Haamstede-definitie van richtlijnen, opgesteld te Haamstede door de redacteurs van het boek ‘Evidence based richtlijn ontwikkeling’, luidt: “Een ‘richtlijn’ is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen”. (van Everdingen 2004)

Naast een wetenschappelijke onderbouwing, krijgen richtlijnen in toenemende mate een juridische status. In de tweede helft van de jaren negentig komen drie wetten tot stand die direct of indirect een relatie hebben met richtlijnen. In 1995 de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), richtlijnen kunnen in relatie tot deze klachtwet een rol spelen bij het wel of niet ontvankelijk verklaren van een klacht. In het zelfde jaar wordt ook de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) ingevoerd, een wet die zorgt voor een grote toename van schriftelijke informatie over ziekten en behandelingen; informatie deels gebaseerd op richtlijnen. En in 1997 de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Aspecten van deze wet, zoals de vastlegging van voorbehouden handelingen en de tuchtrechtspraak hebben een directe relatie met de richtlijnen.

7.2.4 Toename kloof tussen theorie en praktijk

In de tweede helft van de jaren negentig blijkt steeds vaker een kloof te bestaan tussen het vastleggen van medische evidentie in richtlijnen en het gebruik van de richtlijnen door de zorgprofessionals in de dagelijkse praktijk (Bal 2006). Klazinga (1994) waarschuwt hiervoor in 1994: "It is necessary to be more explicit about the reasons why practice guidelines are formulated to be able to answer the question whether they work. The question 'Do guidelines guide practice? should always be followed by the question 'Who wants to know?'". Volgens Klazinga hebben richtlijnen die geïnitieerd zijn door de overheid en de zorgverzekeraars in de ogen van de gebruikers een ander imago dan een richtlijn die door een wetenschappelijk instituut of door de professie zelf is ontwikkeld. Richtlijnen die vanuit een professionele behoefte en volgens de EBRO methode tot stand zijn gekomen worden als 'echte' richtlijnen gezien voor het professionele handelen. Maar ook bij de EBRO richtlijnen blijkt een kloof te bestaan tussen de theorie en de praktijk. In 1999 vraagt de minister aan de Gezondheidsraad advies uit te brengen over het dichten van deze kloof. In haar advies 'Van implementeren naar leren' bevestigt de Gezondheidsraad dat richtlijnen voornamelijk als een instrumentarium worden gezien om nieuwe kennis te verspreiden en dat ze maar beperkt van invloed zijn op de dagelijkse praktijk (Gezondheidsraad 2000). De Gezondheidsraad adviseert om het implementatievraagstuk te verbreden door onderscheid te maken tussen het wetenschappelijke aspect, professionele kennis en kunde en maatschappelijke ontwikkelingen. Dit in de verwachting dat de context van het handelen in de dagelijkse praktijk beter in beeld komt. Zij signaleert tevens twee belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen die de medisch-wetenschappelijke inzichten in een ander licht brengen; (1) de ontwikkeling naar grotere organisatorische zorgverbanden en (2) het mondiger en beter geïnformeerd raken van patiënten (Gezondheidsraad 2000). Door de eerste maatschappelijke ontwikkeling heeft het steeds minder zin om alleen voor de medisch specialisten richtlijnen te formuleren, de zorgverlening vindt immers steeds meer door multidisciplinaire teams plaats of in zorgketens waardoor behoefte is ontstaan aan gemeenschappelijke gedragen richtlijnen. De tweede maatschappelijke ontwikkeling betekent dat een behandeling steeds vaker met de patiënt wordt overlegd en dat de patiënt ook welbewuste keuzen maakt in het wel of niet willen

volgen van een richtlijn. Een keuze met een wettelijke ondersteuning in de WGBO; een behandeling mag alleen plaatsvinden met toestemming van de patiënt.

7.2.5 Koppeling nieuwe thema's aan richtlijnen

Eind jaren negentig gaan verschillende nieuwe thema's zoals kosteneffectiviteit, multidisciplinariteit en patiëntenparticipatie steeds vaker deel uitmaken van de richtlijnen. Richtlijnen gaan ook steeds vaker gebruikt worden als basis voor bepaalde ontwikkelingen en een rol spelen bij internationale afstemming.

Kosteneffectiviteit

Eind jaren negentig verstrekt VWS subsidie aan het CBO, de OMS, het instituut voor Medical Technology Assessment (iMTA) uit Rotterdam, de Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit (WOK) uit Nijmegen/Maastricht en Dutch Cochrane Centre (DCC), om voor een groot aantal onderdelen van richtlijnen kosten-effectiviteits analyses uit te voeren die bij de vaststelling van de richtlijnen worden betrokken (van Everdingen 2004). Achterliggende reden is de toenemende belangstelling voor het effectiever en efficiënter maken van het medische handelen; de kosten van de gezondheidszorg blijven steeds maar stijgen. Een kosteneffectiviteitanalyse vindt vooral plaats bij richtlijnen waarbij keuzes in behandelmethodes mogelijk zijn en waarbij sprake is van grote financiële consequenties.

Multidisciplinariteit en patiëntenparticipatie

Door de toenemende horizontale- en verticale arbeidsdeling krijgen multidisciplinaire richtlijnen waarbij meerdere beroepsgroepen zijn betrokken en transmurale richtlijnen waarbij meerdere organisaties zijn betrokken, steeds meer aandacht. Met 'integrale' zorg en de logistieke verbeteringen worden getracht meerdere doelen te behalen; de implementatie van de richtlijn, het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en kostenbesparing.

Naast de multidisciplinariteit neemt het belang van de patiëntenparticipatie bij de richtlijnontwikkeling toe. De 'patiënt centraal' en 'vraaggestuurde' zorg zijn hieraan gerelateerd. Patiëntenorganisaties krijgen steeds vaker het verzoek om te participeren in de ontwikkeling van een richtlijn (Trappenburg 2008).

In 2006 start ZonMw het KKCZ (Kennisleid Kwaliteit Curatieve Zorg) programma, met als doel het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen waarbij vanaf het begin alle professionals en ook patiënten worden betrokken. Vele organisaties kunnen aanvragen doen voor de ontwikkeling van een richtlijn; NHG, Orde, CBO, Trimbos, VIKC, TNO, Universiteiten, maar ook patiëntenorganisaties.

Basis voor andere ontwikkelingen en toepassingen

Richtlijnen worden gebruikt bij de totstandkoming van DBC's, indicatorontwikkeling en complicatieregistraties. Richtlijnontwikkeling vormt de basis voor een breed scala van kwaliteitsbewakende, -bevorderende en -borgende activiteiten, zoals onderwijs, opleiding, nascholing en kwaliteitsvisite (OMS 2010). De inspectie gebruikt de richtlijnen ten

behoefte van zijn toezicht, de zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg en de patiënten bij hun beoordeling van de zorg.

Internationale afstemming

In 2003 wordt het GIN (Guidelines International Network) opgericht met als doel om tot een meer internationale afstemming van richtlijnen te komen. Specifieke doelstellingen zijn het faciliteren van informatie-uitwisseling, kennisoverdracht en samenwerking tussen de richtlijnprogramma's en het afstemmen en verbeteren van de methodologie van de richtlijnontwikkeling. Dit vormt een volgende stap in de professionalisering van de ontwikkeling van richtlijnen en het ontstaan van een professie van richtlijnontwikkelaars. Binnen Nederland wordt het EBRO-platform opgericht met vrijwel dezelfde doelstellingen als het GIN.

7.2.6 Controle op de toepassing van richtlijnen

Voor wetenschappelijke verenigingen is het vaak moeilijker om inzicht te krijgen in het gebruik van richtlijnen dan voor externe partijen. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld overzichten maken hoe vaak een bepaalde operatie is uitgevoerd of hoe vaak bepaalde medicijnen zijn voorgeschreven bij een bepaalde diagnose. De inspectie krijgt door de registratie van de prestatie-indicatoren een beeld hoe vaak delen van een bepaalde richtlijn in een ziekenhuis zijn gevolgd en bij hoeveel patiënten dit niet heeft plaatsgevonden. Externe controle op de implementatie van richtlijnen is daardoor veelal makkelijker dan de interne controle. Light bevestigt dit: "A fundamental change in the balance of power has come from the ability now of employers or government to analyze the practice patterns of providers more systematically than they can themselves." (Light 2000b, 204) Dit laat onverlet dat externe partijen ook maar een beperkt inzicht verkrijgen in de toepassing van een richtlijn en dat de interpretatie van de resultaten lang niet altijd eenduidig is.

Een aantal wetenschappelijke verenigingen is eigen registratiesystemen gaan organiseren om informatie te verzamelen over de toepassing van een richtlijn. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie heeft bijvoorbeeld de National Cardiovascular Data Registration ontwikkeld, een landelijke registratie van vasculaire data. Deelnemende maatschappen ontvangen informatie over hun eigen score ten opzichte van andere centra (Berg, et al. 2009). Ook chirurgen hebben een eigen registratiesysteem ontwikkeld 'clinical auditing', een online systeem waarmee een gedetailleerde meting van bepaalde behandelingen wordt uitgevoerd en een continue terugkoppeling plaatsvindt van de gegevens naar de maatschappen. Dit registratiesysteem is ondergebracht in de stichting DICA (Dutch Instituut for Clinical Auditing) (DICA 2012). De bedoeling is steeds meer behandelregistraties hierin onder te brengen. Essentieel is dat de maatschappen zelf verantwoordelijk zijn om actie te ondernemen naar aanleiding van de resultaten, niet de wetenschappelijke vereniging of de stichting DICA. De interne controle is dus wel ontwikkeld op het niveau van de wetenschappelijke vereniging, maar deze onderneemt zelf geen actie naar aanleiding van de resultaten.

7.2.7 Toenemende standaardisatie in richtlijnen

Discussies over rol en doel van richtlijnen blijven toenemen, daarnaast is een onderscheid ontstaan in verschillende soorten richtlijnen. “Sommige richtlijnen hebben het karakter van kennisdocumentatie en zoeken aansluiting bij bestaande praktijken, andere richtlijnen zijn meer defensief geformuleerd als een vorm van verantwoording, terwijl in een derde groep richtlijnen veel meer de nadruk ligt op het bewerkstellingen van (gedrag)veranderingen” (Zuiderent-Jerak, et al. 2011). Ook blijkt de ene richtlijn de ondergrens aan te geven van het handelen en hanteert een andere richtlijn een streefniveau. Verwarringen ontstaan doordat betrokkenen het niet altijd over hetzelfde blijken te hebben. Al deze discussies zijn om een overkoepelende structuur gaan vragen die helderheid geeft in de ontwikkeling en de implementatie van de richtlijnen.

In 2009 adviseert de RVZ (Raad voor Volksgezondheid & Zorg) in haar rapport ‘Governance en kwaliteit van zorg’ (RVZ 2009) de OMS om te vormen tot een publiek-rechtelijke beroepsorganisatie die richtlijnen voor medisch handelen opstelt en desnoods oplegt aan medisch specialisten. De minister ziet deze aanbeveling niet als oplossing voor de geconstateerde problemen (VWS 2009) en neemt dit advies niet over. De minister intalleert een Regieraad Kwaliteit van Zorg die als taak krijgt te inventariseren wat er is aan richtlijnen en te prioriteren welke richtlijnen tot stand moeten komen. De Regieraad wordt samengesteld uit zogenaamde onafhankelijke gezaghebbende deskundigen. Lang niet iedereen is het eens met ‘de deskundigen’ en met het instellen van een Regieraad. Huijsman en Lüschen (2009) bespreken in een artikel in Medisch Contact dat zij een regieraad niet zien als oplossing, ook omdat onduidelijk is wie de regie over de regieraad gaat voeren. Zij zijn van mening dat de oprichting van de Regieraad indruist tegen de huidige financiering, waarin wetenschappelijke beroepsverenigingen ‘kwaliteitsgelden’ voor richtlijnontwikkeling ontvangen en verwachten ook dat dubbelures gaan ontstaan met bestaande organen zoals de NHG, de OMS, het CBO en ZonMw. Ze veronderstellen dat de NHG en de OMS ook een stem zullen willen hebben bij de prioriteitsstelling, mede doordat ze beschikken over eigen kwaliteitsgelden. Huijsman en Lüschen zien niet hoe het centrale regieorgaan kan prioriteren zonder middelenbeheer en trekken de conclusie: “De regieraad krijgt van de minister wel een stuur, maar geen gaspedaal”.

In een brief van 26 januari 2011 constateert de minister dat de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen en de implementatie hiervan achterblijft. De Regieraad Kwaliteit van Zorg stimuleert weliswaar de ontwikkeling, maar het veld blijft verantwoordelijk voor het opstellen hiervan. Wanneer het veld in gebreke blijft dan kan de Regieraad geen richtlijnen of protocollen opstellen. De minister zoekt de oplossing in het bundelen van de afzonderlijke overheidsverantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit, veiligheid en transparantie in één veiligheidsinstituut (VWS 2011) waar ook de taak om richtlijnen in de zorg (mede) op te stellen wordt neergelegd.

In juni 2011 richt de OMS, in een samenwerkingsverband van 29 wetenschappelijke verenigingen, de Kwaliteitskoepel op met als doel de kwaliteit van de medisch specialistische

zorg in Nederland te bevorderen. Een van de kerntaken van deze Kwaliteitskoepel is “het ontwikkelen en ontsluiten van evidence based richtlijnen en normen en het leveren van de daarbij behorende hulpmiddelen voor implementatie” (Kwaliteitskoepel 2012). Hoe de samenwerking tussen het Kwaliteitsinstituut en de Kwaliteitskoepel zijn vorm krijgt ligt in nog de toekomst.

7.3 Analyse veranderingen en regulerende patronen

7.3.1 Veranderingen binnen de groep van medisch specialisten

De toenemende behoefte aan interne controle op het medisch handelen binnen de medische professie (**P5**) is beïnvloed door de richtlijnontwikkeling. Dit is een instrument geworden om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen te behouden (**P3**).

Vanaf de jaren tachtig van de 20^e eeuw spelen de wetenschappelijke verenigingen een belangrijke rol bij de richtlijnontwikkeling. Dit geeft een nadere uitwerking aan het doel van deze verenigingen ‘het ontwikkelen van wetenschappelijke kennis per vakspecialisme en het verdedigen van de beroepsbelangen’. Richtlijnen zijn van oudsher immers direct gekoppeld aan wetenschappelijke kennis. “Medisch specialistische beroepen worden gestuurd door veranderingen in wetenschappelijke inzichten en de technologieën die mogelijk zijn, dat bepaalt hoe een beroep zich positioneert” (Bron: Klazinga interview 31 maart 2011). Wetenschappelijke kennis draagt bij aan het ‘cultureel kapitaal’ van de medische professie. Een bijdrage die van belang is voor de positionering van het specialisme en van de individuele medisch specialist. Richtlijnen zorgen ook voor consensus in het medische handelen binnen de beroepsgroep. “Richtlijnen zijn oorspronkelijk er voor bedoeld dat artsen op de hoogte waren van de nieuwste wetenschappelijke kennis en om ongewenste variatie in het medisch handelen tegen te gaan.” (Bron: Casparie interview 2 februari 2011).

Richtlijnen zijn daarnaast voor de medische professie belangrijk voor het afschermen van de buitenwereld en het ‘conserveren’ van het cultureel kapitaal. Door het ontwikkelen van richtlijnen laten (de collectieven van) artsen zien dat ze heel goed in staat zijn de kwaliteit van de zorg zelf ter hand te nemen (**P1**). “Intercollegiale toetsing, zelf protocollen en richtlijnen maken, visitatie, dit zijn allemaal kwaliteitsborginginstrumenten die binnen het eigen beroep zijn opgepakt. Datgene dat van buiten komt heeft alleen maar invloed via het collectief naar de individuele praktijken.” (Bron: Klazinga interview 31 maart 2011)

Het oprichten door de OMS in 2011 van een Kwaliteitskoepel waar de krachten van de 29 wetenschappelijke verenigingen worden samengevoegd, kan gezien worden als het oprichten van een nieuw collectief (**P2**). Een collectief waarin een samenvoeging plaatsvindt van het sociaal en cultureel kapitaal vanuit de wetenschappelijke verenigingen ten behoeve van het behoud van het zelf richting geven aan de richtlijnontwikkeling en de implementatie van richtlijnen.

Dat de ontwikkeling van richtlijnen leidt tot een toenemende interne controle vanuit de medische professie op het professioneel handelen **P5** komt o.a. tot uiting in de registratiesystemen die door de wetenschappelijke verenigingen van de Cardiologie en de Chirurgie worden ontwikkeld.

Het landelijk en internationaal ontwikkelen van richtlijnen heeft in de loop van de tijd bij de medische professie een breed draagvlak gekregen. Dit betekent nog niet dat een richtlijn in de dagelijkse praktijk altijd wordt toegepast. Het op het juiste moment in bepaalde situaties niet volgen van een richtlijn kan in sommige situaties belangrijker zijn dan het wel volgen van een richtlijn. Onderzoek van Oertle en Bal (2010) laat zien dat de resultaten van een kwantitatieve gegevensanalyse zonder nadere toelichting van de arts onvoldoende zijn om een uitspraak te kunnen doen over het wel of niet volgen van een richtlijn. Inzicht in het besluitvormingsproces van de arts blijkt cruciaal te zijn om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van de zorg. Dit besluitvormingsproces vormt een belangrijk onderdeel van het cultureel kapitaal van de arts. Light (2000b) noemt dit een argument dat de medische professie lang heeft kunnen gebruiken als een van de belangrijkste tegenkrachten, niemand had inzicht in de *blackbox* van het medisch handelen en men moest er wel op vertrouwen dat de medische professie gericht zou zijn op het maximale welzijn van de patiënt. Volgens Light (idem) is het juist ook weer deze autonomie die tot de interdoktervariantie heeft geleid en de kracht van de medische professie van binnenuit heeft verzwakt. Het aanspreken van de beroepsgroep door de overheid om de interdoktervariantie terug te dringen door middel van richtlijnen, inclusief procedures en het behalen van betere resultaten wordt door Light juist gezien als een poging van de overheid om 'de medische professie' als beroepsgroep te versterken. Aan een sterke partij zijn immers meer verantwoordelijkheden toe te bedelen, dan aan een zwakke partij. De consequentie daarvan is dat de autonomie van de arts verplaatst wordt naar het collectieve niveau van de professie.

7.3.2 Veranderingen binnen het sociale veld

De overheid heeft steeds een belangrijke activerende en ondersteunende rol gespeeld bij de richtlijnontwikkeling en implementatie. Verschillende methoden zijn hiervoor ingezet zoals de financiering van het CBO vanuit de verpleeggeld en de afspraak over 'de kwaliteitsgeld medisch specialisten', waardoor de wetenschappelijke verenigingen geld krijgen voor richtlijnontwikkeling. Om de interdoktervariantie terug te dringen oefent de overheid steeds meer druk uit op het gebruik van de richtlijnen (**V3**). De invoering van de klachtwet, de WGBO, de wet BIG (**VI**) en de mogelijke juridische consequenties van het niet volgen van een richtlijn hebben gezorgd voor een bewustwording bij de medisch specialisten van het belang van een goede onderbouwing indien een richtlijn niet wordt gevolgd.

Weliswaar is het aantal formeel vastgestelde richtlijnen⁵⁰ nog steeds beperkt en speelt de juridische status alleen een rol bij calamiteiten die in de openbaarheid komen door meldingen bij de inspectie, de tuchtraad of als een claim bij een verzekeraar, maar de bewustwording van de risico's beïnvloedt het gedrag. "Bij de EBRO cursus wordt geleerd dat je ook veroordeeld kan worden voor het toepassen van een richtlijn. Als je het toepast waar het niet had gemoeten, dan heb je ook een probleem. Daarnaast moet je ook goed vastleggen waarom je het niet hebt gedaan." (Bron: Van de Klundert interview 27 januari 2011).

In de tweede helft van de jaren negentig blijkt steeds vaker dat een richtlijn niet meer kan worden afgebakend tot het richting geven aan het handelen van één medisch specialist. De medische behandeling vindt steeds vaker plaats door multidisciplinaire teams of in zorgketens. Steeds meer richtlijnen komen in samenwerking met anderen tot stand en de vrijheid van de individuele arts om te besluiten een richtlijn wel of niet toe te passen neemt af. De ontwikkeling van richtlijnen in samenwerking met anderen hangt samen met de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit (V2).

Vanaf eind jaren negentig worden, onder druk van de overheid, steeds meer thema's toegevoegd aan de richtlijnen zoals kosteneffectiviteitsoverwegingen, multidisciplinariteit en patiëntenparticipatie. De overheid oefent hierdoor in toenemende mate invloed uit op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in het veld (V6). Het instellen van de Regieraad Kwaliteit van Zorg is hiervan een voorbeeld evenals de subsidies die ZonMw verstrekt voor de ontwikkeling van richtlijnen en waarop diverse organisaties kunnen intekenen. "Velen kunnen uitvoerder zijn (NHG, Orde, CBO, Trimbos, VIKC, TNO, Universiteiten). Ook patiëntenorganisaties kunnen een aanvraag doen. Getracht is een samenwerkingsverband te maken van de uitvoerders, maar dat is niet goed gelukt." (Bron: Casparie interview 2 februari 2011).

Het groeiend aantal richtlijnen zegt nog niets over het gebruik van richtlijnen. Dit laatste was juist een belangrijke reden voor de subsidieverstrekking door de overheid. Dit in de veronderstelling dat hoe consequenter de richtlijnen worden gebruikt, des te minder sprake is van interdoktervariantie, met kostenbesparing als gevolg. Een bewijsbare wetenschappelijke basis voor de richtlijn (EBRO) en de juridische status van de richtlijnen is belangrijk voor de dokter, maar niet bepalend voor het gebruik van richtlijnen. Ook het uitvoeren van een externe controle op het toepassen van de richtlijnen is maar beperkt van invloed op de daadwerkelijke implementatie. Zelfs wanneer het lukt om harde kwantitatieve cijfers te verzamelen over het wel of niet volgen van een richtlijn, dan blijft de diagnosestelling, de vaststelling en de uitvoering van de behandeling in belangrijke mate een exclusieve functie en invulling van de medisch specialist.

50 Autorisatieprocedure EBRO richtlijn (CBO 2006): De definitieve versie van de richtlijn wordt, indien dit in de procedure tevoren is vastgesteld, ter procedurele toetsing en formele vaststelling voorgelegd aan de besturen van de betrokken verenigingen. Na bestuurlijke goedkeuring wordt de richtlijn geldend als leidraad voor de beroepsgroep.

Wanneer richtlijnen in het begin van de 21^e eeuw een rol gaan spelen bij de ontwikkeling van indicatoren ontstaat op landelijk niveau strijd tussen partijen. Met indicatoren kan worden gemeten of richtlijnen zijn toegepast. Besturen van de collectieven, de OMS en de wetenschappelijke verenigingen, komen in een positie terecht waarin ze steeds bezig zijn met de strategie voor 'de strijd in het veld'. "Veel van het landelijke kwaliteitsbeleid is een continue dialoog over de positie en heronderhandeling van het medisch beroep." (Bron: Klazinga interview 31 maart 2011) Gezocht wordt naar een evenwicht waarin aan de ene kant voldoende wordt meebewogen met de andere partijen in het veld die controle-instrumenten willen ontwikkelen op basis van de richtlijnen en aan de andere kant het draagvlak van de achterban, de individuele medisch specialisten, wordt behouden. Een achterban die zo min mogelijk geconfronteerd wil worden met de invloed van externen op de dagelijkse praktijk en bij het bereiken van de eigen doelstelling van kennisoverdracht en verbetering door middel van richtlijnontwikkeling.

7.3.3 Veranderingen binnen de maatschappij

De toenemende vraag om transparantie vanuit de maatschappij heeft geleid tot openbaarmaking van de richtlijnen. De technologische mogelijkheden hebben gezorgd voor de beschikbaarheid via internet. De burger (de patiënt) krijgt hierdoor ondersteuning in het spelen van een controlerende rol bij de eigen zorg (M3).

7.4 Specifiek regulerende patronen

De manier waarop richtlijnen tot stand komen verschuift in de loop van de tijd. Lag in het verleden de ervaringskennis en vervolgens de consensus van beroepsgeenoten ten grondslag aan een richtlijn, in de loop van de tijd wordt de wetenschappelijke onderbouwing steeds belangrijker voor de richtlijnontwikkeling. De resultaten van de klinische epidemiologie, oftewel de gerandomiseerde trials, bepalen in toenemende mate hoe een richtlijn eruit gaat zien. Kennisinstituten en universiteiten vervullen steeds vaker een ondersteunende rol bij de wetenschappelijke onderbouwing en de 'evidence based' richtlijnen (EBRO) worden geïntegreerd in de medische opleiding. Door de ontwikkeling van dergelijke richtlijnen is een specifiek regulerend patroon ontstaan.

Specifiek regulerend patroon

SI *Sterkere wetenschappelijke onderbouwing van het professioneel handelen van de medisch specialist.*

Dit patroon voldoet aan de vijf basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. De toename van de wetenschappelijke onderbouwing is een patroon dat niet geëlimineerd of gecreëerd kan worden door een individu.
2. Het belang van de wetenschappelijke onderbouwing wordt door de medische professie, de overheid en de andere partijen uit het veld erkend.

3. Het belang van de wetenschappelijke onderbouwing wordt binnen de medische professie tijdens de opleiding en door het socialisatieproces overgebracht. De juridisering van de richtlijnen geeft hieraan ook een wettelijke lading.
4. Methodisch technisch handelen waarbij, zonder dit te onderbouwen, voorhanden zijnde wetenschappelijke kennis niet wordt gebruikt, wordt als immoreel gezien.
5. Steeds meer richtlijnen hebben in de loop van de tijd een wetenschappelijke onderbouwing gekregen waardoor het methodisch technisch handelen ook steeds meer bewijsbaar op wetenschappelijke kennis rust. Dit proces heeft een historische groei ondergaan.

Naarmate meer partijen een rol spelen bij de totstandkoming van de EBRO richtlijnen, richtlijnen steeds meer multidisciplinair tot stand komen en steeds vaker gebruik wordt gemaakt van de 'ervaringskennis van patiënten, zijn richtlijnen een kapstok gaan vormen voor andere kwaliteitsactiviteiten. Hierdoor is een specifiek regulerend patroon ontstaan.

Specifiek regulerend patroon

S2 *Richtlijnen als kapstok voor andere kwaliteitsactiviteiten in het veld.*

Dit patroon voldoet aan de vijf basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. Het steeds weer koppelen van andere kwaliteitsactiviteiten aan de richtlijnen kan niet door een individu gecreëerd of geëlimineerd worden.
2. Vrijwel iedereen is het er mee eens dat richtlijnen als kapstok worden gebruikt.
3. De koppeling van richtlijnen aan andere kwaliteitsactiviteiten wordt zowel door het socialisatieproces als ook door wetgeving overgedragen.
4. Het gebruik van de richtlijnen bij andere kwaliteitsactiviteiten is vanzelfsprekend geworden.
5. De koppeling van andere kwaliteitsactiviteiten aan de richtlijnen heeft een historische groei ondergaan.

7.5 Gelijkvormigheidsprocessen

Deze paragraaf onderzoekt de invloed van de drie soorten van gelijkvormigheid (Powell en DiMaggio 1991) op het ontstaan van het geloof in de juistheid van de ontwikkeling.

Nabootsende gelijkvormigheid

De medische professie gebruikt de richtlijnen voor kennisoverdracht en om tot verbeteringen te komen in de zorg, maar ook andere partijen en organisaties maken gebruik van de richtlijnen; de inspectie ten behoeve van zijn toezicht, de zorgverzekeraars bij de inkoop en onderhandelingen en de patiënten bij de beoordeling van de zorg. Daarnaast spelen richtlijnen niet alleen op lokaal en nationaal niveau, maar ook op internationaal niveau een belangrijke rol. Richtlijnen zijn voor alle partijen een belangrijk instrument voor de kwaliteit van zorg. Het belang en de noodzaak van de richtlijnontwikkeling heeft een breed draagvlak.

Nabootsende gelijkvormigheid speelt hierbij een rol. Ook is een relatie te constateren met de kapstokfunctie (**S2**)

Normatieve gelijkvormigheid

Richtlijnen spelen een rol bij de opleiding, de bij- en nascholing en zijn direct gekoppeld aan de professionalisering. Opleidingsinstanties en beroepsorganisaties zorgen met behulp van richtlijnen voor de harmonisering van professionele normen en waarden.

De steeds verfijndere eisen waaraan richtlijnen dienen te voldoen, zoals de EBRO maken dit ook zichtbaar. “De Orde richt zich op de evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) waarin ook de wetenschappelijke verenigingen les hebben gekregen. Inmiddels hebben we de EBRO richtlijnen die door een ieder worden geaccepteerd. Het wordt gezien als de gouden standaard”. (Bron: Van de Klundert interview 27 januari 2011) Er is dus duidelijk sprake van normatieve gelijkvormigheid, daarnaast bestaat een duidelijke relatie met de sterkere wetenschappelijke onderbouwing (**S1**).

Afgedwongen gelijkvormigheid

De overheid oefent op allerlei manieren druk uit op de richtlijnontwikkeling zoals: het verstrekken van subsidie, het versterken van de rol van de andere partijen in het veld en de instelling van een regieraad. De juridische status van de richtlijnen versterkt dit extra. Afgedwongen gelijkvormigheid speelt duidelijk een rol bij de ontwikkeling van richtlijnen.

Geconcludeerd kan worden dat sprake is van alle drie de vormen van gelijkvormigheid. Dit ondersteunt het beeld dat in de loop van de tijd een toenemend geloof is ontstaan in het belang van het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen, zowel bij de medisch specialisten als ook bij de andere partijen in het veld. Wel heeft het ‘geloof’ van de medische professie en het ‘geloof’ van de andere partijen in het veld een verschillende gerichtheid. De medische professie is in belangrijke mate gericht op het methodisch technisch handelen binnen de richtlijn, datgene dat ze kunnen gebruiken om tot verbeteringen te komen van hun eigen professionele handelen. De andere partijen zijn meer gericht op de toepassing van de richtlijnen in het vertrouwen dat dit leidt tot de juiste uitkomst.

7.6 Samenvatting

Historie

In de jaren tachtig krijgen richtlijnen naast een functie als het overdragen van kennis ook een rol om het medisch handelen in de praktijk te verbeteren. Ze gaan een brug vormen tussen de wetenschappelijke kennis en de praktijk (Bal, 2006). Het opstellen van een richtlijn wordt naast kennisoverdracht een kwaliteitsverbeterinstrument. In de jaren negentig zet de overheid richtlijnen in als instrument voor het terugdringen van de interdoktervariantie en stelt hiervoor subsidie ter beschikking. De snelle groei van het aantal richtlijnen leidt bij de

medisch specialisten tot een toenemende kritiek op (1) de kwaliteit van de richtlijnen, (2) de standaardisering en (3) het gebruik van richtlijnen als een extern beoordelingsinstrument. De overheid stelt subsidie ter beschikking voor de ontwikkeling van een richtlijnprogramma en het opstellen van kwaliteitseisen waaraan richtlijnen moeten voldoen. In de 2^e helft van de jaren negentig krijgen richtlijnen een juridische status. Drie wetten worden ingevoerd die direct of indirect een relatie hebben met richtlijnen. Tussen het vastleggen van de praktijk in richtlijnen en het gebruik van richtlijnen in de praktijk blijkt een kloof te bestaan. De Gezondheidsraad concludeert dat de medisch professie de richtlijnen nog voornamelijk ziet als instrument voor het verspreiden van nieuwe kennis en richtlijnen maar beperkt in de praktijk worden toegepast. In de 21^e eeuw worden allerlei thema's gekoppeld aan richtlijnen: kosteneffectiviteit, multidisciplinariteit, patiëntenparticipatie, DBC's en indicatoren. Door subsidieverstrekking gaan richtlijnen in de 21^e eeuw een belangrijkere rol spelen voor de andere partijen: toezicht door de inspectie, inkoop door zorgverzekeraars en beoordeling door patiënten. Richtlijnen worden belangrijk voor de marktwerking in de zorg. Door de wetenschappelijke onderbouwing krijgt de exclusieve kennis - het cultureel kapitaal - van de individuele medisch specialist een andere inhoud. Het gaat steeds meer om de toepassing en het verdedigen en minder om de exclusieve medische kennis. Aan het einde van het eerste decennium van de 21^e eeuw ontstaan twee parallelle ontwikkelingen:

A. Binnen de medische professie

Wetenschappelijke verenigingen gaan hun eigen registratiesystemen organiseren ten behoeve van het verkrijgen van informatie over het toepassen van een richtlijn. Door deze informatie zelf te verzamelen en (intern) actie te ondernemen neemt de kans op externe controle af en wordt de exclusieve kennis beschermd. In juni 2011 richt de OMS, in een samenwerkingsverband van 29 wetenschappelijke verenigingen, een kwaliteitskoepel op met als een van de kerntaken het ontwikkelen van richtlijnen. Interne controle, kennisoverdracht en bescherming van het medisch beroep komt hierdoor veel meer centraal te staan.

B. Binnen de overheid.

In 2009 besluit de minister tot het instellen van een Regieraad die als taak krijgt te inventariseren welke richtlijnen tot stand moeten komen. Knelpunt is dat het veld zelf verantwoordelijk blijft voor het opstellen. De minister zoekt de oplossing in het oprichten van een Kwaliteitsinstituut onder verantwoordelijkheid van VWS. Dit plan uit 2011 wordt per 1 januari 2013 tot uitvoering gebracht door de oprichting van het Zorginstituut Nederland. Dit instituut krijgt de verantwoordelijkheid voor de prioritering van richtlijnen en moet voldoende 'macht' krijgen om dit af te dwingen. Hierdoor ontstaat een instituut ten behoeve van controle en disciplineren en ondersteunend voor de rol en invloed van de overheid.

Regulerende patronen

Vanuit de medisch specialisten zijn twee regulerende patronen van invloed geweest op de ontwikkeling van de richtlijnen: de verantwoordelijkheid van de medische professie voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen (**P1**) en de toenemende interne controle vanuit de medische professie (**P5**). Daarnaast heeft het overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders (**V3**) een rol gespeeld.

De implementatie van de richtlijnontwikkeling heeft een duidelijke relatie met het steeds weer ontwikkelen van nieuwe instrumenten door de medische professie (**P3**) en het oprichten van nieuw collectief om een nieuw belang te verdedigen (**P2**). In het sociale veld is een samenhang te constateren met de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid (**V2**), de toename van het overheidstoezicht op de zelfregulering (**V3**) en de invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (**V6**). Daarnaast ondersteunt de richtlijnontwikkeling de uitvoering van de controlerende rol van de burgers (patiënten) bij de eigen zorg (**M3**).

Door de richtlijnontwikkeling zijn twee specifiek regulerende patronen ontstaan: een sterkere wetenschappelijke onderbouwing van het professioneel handelen (**S1**) en richtlijnen als kapstok voor andere kwaliteitsactiviteiten in het veld (**S2**).

Bij de ontwikkeling van richtlijnen hebben alle drie de processen van gelijkvormigheid een rol gespeeld.

8

Kwaliteitsvisitatie

8.1 Inleiding

De basis voor de ontwikkeling van de kwaliteitsvisitatie ligt in de opleidingsvisitatie⁵¹, de intercollegiale toetsing en de discussies rondom de certificering van instellingen. Dit hoofdstuk onderzoekt de ontwikkeling van de kwaliteitsvisitatie en maakt de koppeling met de regulerende patronen die de ziekenhuiskwaliteit vormgeven.

Na het beschrijven van de historie van de kwaliteitsvisitatie (8.2) vindt de analyse plaats van de veranderingen binnen de groep van medisch specialisten, het sociale veld en de maatschappij en wordt de relatie van de regulerende patronen met de ontwikkeling van de visitatie in kaart gebracht (8.3). Vervolgens wordt onderzocht of naar aanleiding van deze kwaliteitsactiviteit specifieke patronen zijn ontstaan (8.4) en wat de rol is geweest van de gelijkvormigheidsprocessen bij de implementatie (8.5). Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (8.6).

8.2 Historie kwaliteitsvisitatie

8.2.1 Invoering van het systeem voor kwaliteitsvisitatie

In 1986 installeert de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) een commissie met de opdracht te onderzoeken of het mogelijk is om ook bij medische praktijken die geen opleidingen verzorgen visitaties te laten plaatsvinden. In augustus 1987 wordt in de nieuwsbrief van deze wetenschappelijke vereniging, naast de aankondiging van deze visitaties, aangegeven dat “kwaliteitscontrole een facet is dat tot elke prijs in handen van de beroepsgroep moet blijven om ambtelijke c.q. overheidscontrole welke gespeend is van inzicht in deze materie te voorkomen” (Lombarts 2005, 2). In 1989 vinden bij zo’n 100 chirurgische maatschappen kwaliteitsvisitaties plaats (Lombarts en Klazinga 2001). De bereidheid

⁵¹ De opleidingsvisitatie is gestart in 1966. Eenmaal per vijf jaar worden de specialisten die als opleiders zijn geregistreerd en de opleidingsziekenhuizen gevisiteerd.

en interesse bij de maatschappen om te participeren in het nieuwe visitatieprogramma blijkt groot te zijn.

Het initiatief van de NVVH wordt op de voet gevolgd door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologen en de verenigingen van orthopedisch chirurgen, internisten, KNO-artsen, neurologen en urologen (Lombarts 2005). Halverwege de jaren negentig heeft elke wetenschappelijke vereniging zijn eigen visitatiesysteem ontwikkeld. De uitvoering van kwaliteitsvisitation bij maatschappen vindt een breed draagvlak. Volgens Lombarts en Klazinga (2001) wordt dit brede draagvlak mede veroorzaakt doordat de meeste specialisten zich in maatschappen hebben georganiseerd en de maatschap het uitgangspunt vormt bij de kwaliteitsvisitation. Het is de maatschap die beoordeeld wordt en niet de individuele medisch specialist.

De LSV en het CBO spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling en invoering van de kwaliteitsvisitation. De rol van de LSV is met name stimulerend en coördinerend, het CBO speelt een belangrijke rol bij de praktische vormgeving (Lombarts en Klazinga 2001). Lombarts (2001) merkt op dat de diverse publicaties over visitatie door de medewerkers van het CBO⁵² gezorgd hebben voor inzicht in de verschillen tussen de visitatieprogramma's en voor discussies over actuele thema's.

Naast de invoering van de kwaliteitsvisitation voor maatschappen probeert de LSV ook tot de ontwikkeling en implementatie te komen van een visitatiesysteem voor de medische staf van een ziekenhuis. De LSV pleit hiervoor in haar rapport 'De specialist van morgen' (LSV 1988). De bedoeling is om met behulp van een dergelijk visitatiesysteem de kwaliteitsactiviteiten van een medische staf onder leiding van de LSV te evalueren (Lombarts 2005, 2). Diverse pilots en ondersteunende instrumenten worden ontwikkeld en een eerste ontwerp van kwaliteitsnormen voor medische staven komt tot stand. Zeventien proefvisitationen vinden in 1989-1990 plaats, maar deze krijgen geen vervolg. Het lukt de LSV niet om haar leden te overtuigen van de toegevoegde waarde en het nut van het visiteren van de totale medische staf van een ziekenhuis: een 'integrale' visitatie wordt afgewezen (Lombarts en Klazinga 2001). Lombarts en Klazinga (idem) geven diverse verklaringen waarom het niet gelukt is om een breed draagvlak te vinden voor de integrale visitatie; de methode is vreemd, specialisten zijn niet gewend aan een multidisciplinaire benadering en ze zijn niet gewend aan het algemene karakter van de integrale visitatie. Daarnaast speelt ook mee dat de LSV in deze periode bezig is haar dominante positie als 'de stem van de medisch specialistische beroepsgroep' te verliezen⁵³. Tussen de LSV en de wetenschappelijke verenigingen ontstaat in toenemende mate een kloof (Lombarts 2005).

52 Het kwaliteitsinstituut CBO heeft in de jaren negentig veel ondersteuning gegeven aan de ontwikkeling en de implementatie van de visitatieprogramma's.

53 Zie ook hoofdstuk 6 waarin het uiteenvallen van de LSV is beschreven.

8.2.2 Wettelijke verankering kwaliteitsvisitatie

In de 2^e helft van de jaren negentig worden twee kwaliteitswetten van kracht die van invloed zijn op de kwaliteitsvisitatie. De Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) en de wet BIG (1997) eisen dat instellingen, respectievelijk beroepsbeoefenaren, 'verantwoorde zorg' leveren. De invulling van de normen voor verantwoorde zorg wordt aan de ziekenhuizen en de beroepsbeoefenaren zelf overgelaten. Door de kwaliteitsvisitatie bij alle specialismen in te voeren laten de medisch specialisten zien dat ze deze verantwoordelijkheid ook nemen. De verplichtstelling van participatie aan kwaliteitsvisitatie om voor herregistratie in aanmerking te komen en doordat herregistratie onderdeel wordt van de wet BIG, geeft de kwaliteitsvisitatie een wettelijke basis. De verplichte herregistratie dient elke vijf jaar plaats te vinden. Alleen wanneer voldaan wordt aan bepaalde eisen mag een arts geregistreerd blijven in het BIG-register. De participatie aan de kwaliteitsvisitatie betreft een verplichte deelname en doet geen uitspraak over de kwaliteit van de praktijkuitvoering van de individuele arts. Dit betekent dat de uitkomsten van de participatie aan de visitatie niet van belang zijn.

8.2.3 Vernieuwing visitatiemodel begin 21^e eeuw

Toenemende kritiek van een aantal wetenschappelijke verenigingen over de toegevoegde waarde van de visitatie, met name bij de tweede en volgende visitatieronden, gecombineerd met de discussies in het maatschappelijk debat over de veiligheid en de steeds sterkere roep om inzage in de resultaten van het professionele handelen, zorgen er voor dat de OMS (de opvolger van de LSV) begin 21^e eeuw een project initieert om tot vernieuwing te komen van het visitatiemodel (Lombarts 2005, Fossen 2005).

Lombarts en Klazinga (2003a) hebben een analyse uitgevoerd van 464 aanbevelingen die in de eerdere jaren zijn geformuleerd voor vijftig maatschappen van chirurgen, kinderartsen en gynaecologen. Van deze aanbevelingen blijkt 33% te gaan over het functioneren van de maatschap, 30% over het (dagelijks) management van de zorg, 25% over ziekenhuiszaken en 8% over specifieke kwaliteitsonderwerpen zoals het afhandelen van patiëntenklachten.

Naast deze analyse hebben Lombarts en Klazinga een onderzoek uitgevoerd onder tweehonderd chirurgen, gynaecologen en kinderartsen die geparticipeerd hebben in een visitatie in de jaren 1998-1999. Uit dat onderzoek blijkt dat specialisten weliswaar over het algemeen zeer positief zijn over de visitatie als professioneel kwaliteitsinstrument, maar veel kritischer zijn over de waarde van de visitatie voor de eigen maatschap. De visitatie zou als zinvoller worden ervaren wanneer meer aandacht besteed zou worden aan de feitelijke patiëntenzorg, complicaties en recidieven (Lombarts en Klazinga 2003b).

In de jaren negentig blijken de adviezen van de visitatiecommissies met name gericht te zijn op de vraag *hoe* een praktijk uit te voeren. Dit correspondeert met de onderwerpen die in de jaren tachtig waren aangeleverd ten behoeve van de intercollegiale toetsing. Uit het onderzoek eind jaren negentig - nadat veel maatschappen inmiddels meerdere visitatieronden hadden meegemaakt - blijkt dat een toenemende behoefte was ontstaan aan toetsing en verbeteradviezen specifiek gericht op het methodisch technisch handelen.

Vervolgens ontwikkelen drie wetenschappelijke verenigingen⁵⁴ in samenwerking met de OMS en het CBO een nieuw visitatiemodel met bijbehorende toetsingsinstrumenten. Na de presentatie in september 2004 vertalen vijf andere wetenschappelijke verenigingen⁵⁵ dit instrument voor hun eigen specialisme en vinden proefvisitaties plaats. Vanaf januari 2005 is deelname aan de visitatie 'nieuwe stijl' voor alle specialisten verplicht (Lombarts 2005, Fossen 2005) en vindt de koppeling aan de herregistratie plaats. Het nieuwe model is meer dan het oude gericht op de evaluatie van de inhoud van de zorg en het professioneel functioneren en maakt een onderscheid in vier kwaliteitsdomeinen: (1) evaluatie van zorg, (2) patiëntenperspectief, (3) het functioneren van de maatschap en (4) de professionele ontwikkeling. Gekozen is voor deze kwaliteitsdomeinen omdat specialisten er zelf de verantwoordelijkheid voor (kunnen) dragen. De visitatie blijft maatschappagericht, de specialisten worden als groep (maatschap) aangesproken op het leveren van verantwoorde kwaliteit van zorg en niet als individu (Fossen 2005). "Hoewel de inhoud van de visitatie drastisch is veranderd, blijven de contouren vrijwel onaangestast. De visitatie blijft gericht op de maatschap, het doel blijft kwaliteitsbevordering, het karakter blijft 'peer review' en de resultaten blijven vertrouwelijk" (Lombarts 2005, 9).

8.2.4 Proces van interne controle en verbetering

Het opstellen van visitatienormen per specialisme is een taak van de betreffende wetenschappelijke vereniging. Iedere wetenschappelijke vereniging heeft een eigen visitatiecommissie opgericht ten behoeve van de normstelling, het faciliteren van de visitaties, het bespreken van de bevindingen met de gevisiteerde maatschap en het uitbrengen van een visitatierapport waarin de conclusies en aanbevelingen voor kwaliteitsverbetering zijn vermeld. De invulling van de normen geschiedt aan de hand van vele bronnen. "De richtlijnen, standaarden en standpunten van wetenschappelijke verenigingen hebben in dit geheel een belangrijke rol. Ze zullen vaak direct of indirect maatgevend zijn bij het ontwikkelen van toetsingsnormen ten behoeve van een visitatie" (Legemaate 2005, 13). Belangrijk hierbij is het onderscheid tussen minimumnormen en streefnormen en algemene en specifieke toetsingsnormen. Minimumnormen geven de kwaliteitsbodem van (de voorwaarden voor) goede zorg aan, streefnormen zijn er op gericht om datgene wat al goed gaat te verbeteren. Algemene normen gelden voor alle specialisten in vergelijkbare situaties en specifieke normen zijn typerend voor één specialisme (Legemaate 2005).

Wetenschappelijke verenigingen stellen zich terughoudend op ten aanzien van het doen van uitspraken over de *kwaliteit van zorg*. Over de *zorg voor kwaliteit* van maatschappen spreken zij wel een oordeel uit (Lombarts 2005). De visitatiecommissie van de wetenschappelijke vereniging legt de adviezen voor verbetering neer bij de maatschap. Uit onderzoek blijkt dat in de praktijk circa 50% van de visitatieaanbevelingen wordt opgevolgd door maatschappen (Lombarts 2005). Doordat de reguliere visitatiecyclus eenmaal per vijf

54 chirurgen, kinderartsen en gynaecologen

55 internisten, orthopeden, longartsen, dermatologen en pathologen

jaar plaats vindt, vindt de controle door de visitatiecommissie of verbetering heeft plaats-gevonden ook pas na vijf jaar plaats. Dit laat onverlet dat indien de visitatiecommissie zeer ernstige zaken constateert, deze wel gemeld worden bij het bestuur van de medische staf, de raad van bestuur of bij de inspectie van de gezondheidszorg. In de loop van de tijd komt dit steeds vaker voor, mede doordat naar aanleiding van diverse calamiteiten een toenemend bewustzijn is ontstaan dat de gevolgen van het niet aanpakken van de 'bad apples' groot kunnen zijn voor de hele beroepsgroep (Dixon-Woods, Young en Bosk 2011).

In de loop van de tijd wordt het onderscheid tussen de individuele verantwoordelijkheid en de groepsverantwoordelijkheid binnen een maatschap minder scherp. Het slecht functioneren van één van de leden van de maatschap (de 'bad apple') is immers direct van invloed op de resultaten van de maatschapvisitatie. Legemate (2005) geeft aan dat deze groepsverantwoordelijkheid nog eens extra is benadrukt door de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg op 27 januari 2004 dat indien patiënten zorg ontvangen van verscheidene leden van de maatschap waar de specialist, tot wie de patiënt zich primair wendde, deel van uitmaakt, in zo'n geval elk van de maatschapsleden tuchtrechtelijk aanspreekbaar is op het handelen of nalaten van zijn collega's. De maatschap is er zelf voor verantwoordelijk dat ieder individueel lid goed functioneert.

Het individueel functioneren van de medisch specialist wordt in toenemende mate van belang gezien voor de beroepsgroep. Dit leidt er toe dat in het eindrapport van de commissie Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) in 2008, de invoering wordt bepleit van een systeem voor verantwoorde evaluatie van het individueel professioneel functioneren van medisch specialisten. Het IFMS kan gezien worden als een vanzelfsprekende vervolgstap op de kwaliteitsvisitatie en vormt daarmee dan ook een duidelijke samenhang. Voor de IFMS zijn twee methoden ontwikkeld: Appraisal & Assessment (A&A) en Multi Source Feedback (MSF). Beide methoden zijn gebaseerd op het principe van 360-graden feedback en bij beide wordt het oordeel van patiënten en a(n)ios essentieel gezien voor een goede feedback (OMS 2012).

In 2009 wordt het IFMS opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ (OMS 2012) waardoor ze deel gaat uitmaken van 'de spelregels' in het veld en jaarlijks een externe controle wordt uitgevoerd op het plaatsvinden van het IFMS in een ziekenhuis.

8.2.5 Functie van kwaliteitsvisitatie voor externe partijen

Inspectie van de Gezondheidszorg

Informatie over resultaten van visitaties en de daaraan gekoppelde aanwijzingen tot verbetering kunnen voor de IGZ van groot belang zijn. Als toezichthouder heeft de inspectie een aantal bevoegdheden op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB) (de Die, Klazinga en Swinkels 2005) waardoor een visitatierapport opgevraagd kan worden zodra er aanwijzingen zijn dat de zorg of de organisatie van de zorg onder een bepaald minimum komt. Bijkomende complicatie is dat dit rapport ten gevolge van de WOB (Wet Openbaar-

heid van Bestuur) dan in principe openbaar wordt. Stukken die zich fysiek bij de inspectie bevinden kunnen op grond van de WOB worden opgevraagd. Openbaarmaking kan dan alleen geweigerd worden indien het aannemelijk is dat dit leidt tot onevenredige negatieve consequenties voor betrokkenen (de Die, Klazinga en Swinkels 2005).

Raad van bestuur van een ziekenhuis

Door de KWZ is de raad van bestuur van het ziekenhuis verantwoordelijk voor de medisch-specialistische zorg die namens het ziekenhuis wordt gegeven. Voor het bestuur van het ziekenhuis is het daarom belangrijk op de hoogte te zijn van de resultaten- en verbeteradviezen van opleidings- en kwaliteitsvisitaties. “Het lijkt onredelijk een raad van bestuur geen inzage te geven in uitkomsten van kwaliteitsbeoordelingen, terwijl die wel de eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg draagt” (van de Klundert, Kuipers en Verrips 2005, 58-59). Maatschappen willen het visitatierapport veelal niet verstrekken aan de raad van bestuur omdat ze het risico niet willen lopen dat de rapporten ook voor andere doeleinden dan intercollegiale toetsing gebruikt gaan worden. Discussies hierover hebben er voor gezorgd dat in 2010 in het kwaliteitskader van de Orde van Medisch Specialist is vastgelegd dat medisch specialisten ziekenhuisdirecties dienen te informeren over de conclusies en aanbevelingen van kwaliteits- en opleidingsvisitaties (OMS 2010).

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kunnen in hun onderhandelingen met de zorgaanbieders eisen dat zij inzicht krijgen in de resultaten van visitaties en/of op de hoogte worden gesteld van hetgeen als ‘follow up’ na een visitatie is gedaan (Lombarts 2005, 33). De kwaliteit van de zorg is een thema dat de zorgverzekeraar bij de onderhandelingen kan agenderen. Hoe vaak visitatie daadwerkelijk wordt geagendeerd is niet bekend.

Patiënten(organisaties)

In het nieuwe visitatiemodel vormt het patiëntenperspectief één van de vier componenten. Om dit perspectief binnen de visitatie een rol te kunnen laten spelen is het de bedoeling dat elke wetenschappelijke vereniging voorafgaand aan de visitatie een patiëntenenquête, uitzet. Terugkoppeling van de resultaten van de kwaliteitsvisitatie door de maatschappen naar patiëntenorganisaties vindt niet plaats. De informatie die beschikbaar komt beperkt zich hooguit tot een globale vermelding in het jaarverslag. Patiënten en patiëntenorganisaties hebben geen invloed op de enquêtevragen en worden niet betrokken bij verbeteracties naar aanleiding van de visitatie (Wijmen, Bennekom en Friele 2005).

8.2.6 Relatie kwaliteitsvisitatie met ziekenhuisaccreditatie

Vanaf eind jaren tachtig vinden discussies plaats over een mogelijke koppeling van de kwaliteitsvisitatie met de ziekenhuisaccreditatie. Dit is in lijn met de uitgesproken intentie tijdens de Leidschendamconferentie van 1989 om samenhang aan te brengen in het kwaliteitsbeleid (van der Grinten en Kasdorp 1999). In datzelfde jaar is door de Stichting

Proef Accreditatie (PACE), de LSV en de NVVH (de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde) een vergelijking uitgevoerd van de PACE normen met de normen van de kwaliteitsvisitatie met als belangrijk doel doublures tussen de verschillende systemen zoveel mogelijk te voorkomen. Ondanks dat uit de vergelijking blijkt dat het systeem van visitatie en het systeem van accreditatie grotendeels complementair zijn, wordt dit niet als reden gezien om tot integratie te komen. “Een zekere overlap is geen probleem als het voor beide trajecten van belang is om het specifieke doel, inzicht in de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg versus de kwaliteit van de ziekenhuisorganisatie, te bereiken” (van de Klundert, Kuipers en Verrips 2005, 61).

Bij de invoering van het visitatiemodel ‘nieuwe stijl’ in 2005 wordt besloten algemene ziekenhuiszaken geen expliciete aandacht te geven binnen de visitatie. “Hoewel de scheiding van de professional en diens werkomgeving kunstmatig is, kunnen organisatorische zaken beter worden meegenomen in ziekenhuisbrede toetsingen, bijvoorbeeld door het NIAZ” (Fossen 2005). De verantwoordelijkheid voor deze toetsing wordt bij het ziekenhuis gelegd. Wederom ontstaat een discussie over een koppeling tussen visitatie en accreditatie en wordt geopperd de resultaten van de visitatie voorwaardelijk te laten zijn voor het behalen van een accreditatie. “Het is de bedoeling dat een ziekenhuis, zij het over enige tijd, pas kan worden geaccrediteerd indien alle maatschappen in het ziekenhuis (met goed gevolg) zijn gevisiteerd” (van de Klundert, Kuipers en Verrips 2005). In 2008 vindt een pilot plaats in Ziekenhuis Bronovo waarbij de NIAZ accreditatie en kwaliteitsvisitatie van drie wetenschappelijke verenigingen worden gecombineerd. Doel van deze pilot is het verkennen van de afstemmingsmogelijkheden tussen de toetsingssystemen. In 2009 wordt de verdere uitwerking van de mogelijke koppeling neergelegd bij een landelijke visitatiecommissie, ingesteld door de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (WOK) van de OMS en gevormd uit vertegenwoordigers van verschillende wetenschappelijke verenigingen. Deze commissie houdt zich bezig met de openbaarheid, de uniformering en de consequenties van de conclusies en aanbevelingen van de kwaliteitsvisitaties, maar krijgt ook als opdracht de mogelijkheden van de koppeling aan de NIAZ accreditatie van de ziekenhuizen te onderzoeken (OMS 2011). Informatie over vervolgstappen is niet gevonden. Op de website van de OMS in 2013 (OMS 2013) is geen informatie meer te vinden over een landelijke visitatiecommissie en activiteiten om tot koppeling te komen aan de NIAZ accreditatie.

8.3 Analyse veranderingen en regulerende patronen

8.3.1 Veranderingen binnen de groep van medisch specialisten

Bij de ontwikkeling en implementatie van de kwaliteitsvisitatie zijn diverse collectieven betrokken, elk met hun eigen rol: (1) de wetenschappelijke vereniging van het betreffende specialisme, (2) de maatschap van het specialisme, (3) de medische staf van het ziekenhuis en (4) de LSV/OMS.

Voor elk collectief apart worden de veranderingen beschreven.

Wetenschappelijke vereniging

Een belangrijke doelstelling van een wetenschappelijke vereniging is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van het medisch handelen (**P1**). Visitatie is een instrument van de vereniging om het beoogde doel van de vereniging te realiseren (Breuker 2005) (**P3**).

Elke wetenschappelijke vereniging heeft een visitatiecommissie in het leven geroepen om de visitatienormen op te stellen, de visitaties te faciliteren en een visitatierapport met conclusies en aanbevelingen uit te brengen. De verantwoordelijkheid voor de verbeteringen ligt niet bij de wetenschappelijke vereniging. De wetenschappelijke vereniging is een collectief met als taak de belangen van de groep te verdedigen tegenover 'de buitenwereld' en heeft geen formele taak de individuele leden te controleren. In een groter verband heeft de vereniging wel een verantwoordelijkheid om het functioneren van de leden te controleren (**P5**). De implicaties van het niet aanpakken van 'bad apples' kunnen immers grote gevolgen hebben voor de hele beroepsgroep (Dixon-Woods, Young en Bosk 2011). Op het moment dat de wetenschappelijke vereniging constateert dat sprake is van een voor kwaliteit van zorg ernstig bedreigende situatie en/of dat verbeteringen onvoldoende plaatsvinden, kan besloten worden het disfunctioneren te melden aan het bestuur van de medische staf, de raad van bestuur van het ziekenhuis of bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (**V2**). De bewustwording van de risico's die gelopen worden met slecht functionerende collega's is in de loop van de tijd toegenomen. De wetenschappelijke commissie is daarom ook eerder geneigd tot melding over te gaan. Ervaringen uit het verleden, zoals bijvoorbeeld het rapport van de commissie Lemstra (Lemstra 2009) over de neurologiepraktijk van dr. Jansen in het Medisch Spectrum Twente, zijn hierop van invloed.

Maatschap

Doordat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij de maatschap ligt, worden individuele specialisten niet rechtstreeks aangesproken door de visitatiecommissie of het bestuur van de wetenschappelijke vereniging. De visitatie richt zich op de kwaliteit van de maatschap. De verantwoordelijkheid voor de controle op het individueel functioneren ligt in eerste instantie bij de leden van de maatschap (**P5**). Kwaliteitsvisitatie vindt plaats binnen de eigen groep en doet geen uitspraken over individuen. Het is de maatschap, de kleinste collectieve vorm, die in eerste instantie de verantwoordelijkheid heeft om tot correctie (verbetering) te komen, van de groep (de maatschap) en van het individu (de individuele specialist). Intercollegiale toetsing door middel van visitatie vormt hierbij een ondersteuningsinstrument. Juist het niet naar buiten komen van de resultaten zorgt voor bereidheid om open te zijn binnen de visitatie. "Cruciaal is dat visitatie en kwaliteitsverbetering bij voorkeur en zo lang als mogelijk, intercollegiale activiteiten dienen te blijven" (Breuker 2005).

In de loop van de tijd neemt het onderscheid tussen individuele verantwoordelijkheid en groepsverantwoordelijkheid af. Men is zich steeds bewuster van het belang dat ieder individu goed functioneert (Legemaate 2005). Ook hier zijn rapportages, zoals het rapport

Lemstra (Lemstra 2009) van invloed. De verschuiving van de persoonlijke verantwoordelijkheid naar de gezamenlijke verantwoordelijkheid van artsen voor de kwaliteit van zorg is volgens Breuker (2005) een verschuiving die in de hele westerse wereld plaatsvindt.

Een andere belangrijke verandering is de wens van de maatschappen om de visitatie meer te gaan richten op de inhoud van de zorg in plaats op organisatorische aspecten.

Medische staf

De medische staf heeft een discipline overstijgende verantwoordelijkheid om te zorgen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering van de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis.

De medische staf is het vertegenwoordigend orgaan van de medisch specialisten in het ziekenhuis en het lidmaatschap is onderdeel van de toelatingsprocedure van de vrijgevestigde specialisten. Visitaties kunnen een rol spelen in het vorm even van deze collectieve verantwoordelijkheid, maar de maatschappen zijn niet verplicht om het visitatierapport of de aanbevelingen aan het medisch stafbestuur te verstrekken. Afspraken om dit wel te doen kunnen worden vastgelegd in de stafreglementen, de toelatingsovereenkomst of in het Document Medische Staf. Dit vindt inmiddels steeds vaker plaats (**V2**). Van de Klundert merkt op “in het ‘document medische staf’⁵⁶ staan anno 2011 vrijwel altijd afspraken vermeld op welke manier de raad van bestuur geïnformeerd wordt over de resultaten van de visitaties. Wel wisselen de afspraken per ziekenhuis; soms krijgt de raad van bestuur het totale rapport, in andere gevallen slechts een samenvatting.” (Bron: interview 27 januari 2011).

LSV/OMS

De LSV/OMS vervult de rol van gesprekspartner in het landelijk veld en promoot, met name bij de overheid, de kwaliteitsvisitatie als een belangrijk instrument om de medisch specialistische kwaliteit te borgen (**P3**). Een belangrijk achterliggend doel is het voorkomen van externe controle door de overheid.

De LSV/OMS heeft, zowel bij de opzet van de kwaliteitsvisitatie als ook bij de vernieuwing van het visitatiemodel, steeds een activerende rol gespeeld. Daarnaast vervult de OMS een rol in de afstemming van de visitatiemodellen binnen de vereniging, het oppakken van overkoepelende vraagstukken en om de ‘tevredenheid’ van ‘de achterban’ in de gaten te houden over het gebruik en de toepassing van het model (**P11**). In 2009 heeft de commissie WOK van de OMS een landelijke visitatiecommissie ingesteld (**P2**). Een van de taken van deze commissie is het promoten van de kwaliteitsvisitatie naar de buitenwereld en om tot afstemming te komen met andere partijen in het veld.

56 In het Document Medische Staf worden regelingen vastgelegd met betrekking tot individuele en/of collectieve afspraken aangaande collectieve verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden voor de leden van de medische staf van het betreffende ziekenhuis.

Samenvattend:

- toenemend bewustzijn bij maatschappen en wetenschappelijke verenigingen van de gevolgen van 'bad apples' en dat daar binnen de eigen beroepsgroep iets aangedaan moet worden omdat het anders negatief afstraalt op de gehele beroepsgroep;
- toenemend bewustzijn bij de maatschappen van een collectieve verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de, door de maatschap, verleende zorg;
- toenemend bewustzijn bij de medische staf van een collectieve verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis;
- toenemend bewustzijn bij de OMS dat wanneer ze zelf niet de collectieve verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in Nederland, dit leidt tot verlies van cultureel kapitaal en daardoor een afname van de macht. Met het verlies van de specifieke positie van de medische professie als gevolg.

De brede invoering van kwaliteitsvisitatie gekoppeld aan de normen die door de wetenschappelijke verenigingen zijn geformuleerd heeft gezorgd voor een toenemende standaardisatie van de medische praktijken en daardoor geleid tot een toenemende disciplinerende van de medisch specialist.

8.3.2 Veranderingen binnen het sociale veld

De dreiging van de overheid met externe controle en de discussies rondom certificering hebben de ontwikkeling van de visitatie en de brede en snelle verspreiding beïnvloed (**V3**).

De kwaliteitswet zorginstellingen en de wet BIG hebben in de 2^e helft van de jaren negentig gezorgd voor een juridische verankering en de koppeling van de visitatie aan de herregistratie heeft geleid tot een 100% participatie aan kwaliteitsvisitatie (**V1**).

In de loop van de tijd zijn de andere partijen in het veld de kwaliteitsvisitatie steeds meer gaan zien als een inzichtgevende bron in de kwaliteit van de zorgverlening van de medisch specialisten (**V4**). Voor de inspectie is dit van belang voor zijn toezichthoudende rol, voor de raden van bestuur (vanaf 1996) voor hun integrale kwaliteitsverantwoordelijkheid, voor de zorgverzekeraars (vanaf 2006) in het kader van de marktwerking en voor de patiënten en patiëntenorganisaties sinds de invoering van het nieuwe visitatiemodel in 2005. Binnen het sociale veld is een steeds grotere roep ontstaan om transparantie van de resultaten en de verbeteracties (**V4**).

8.3.3 Veranderingen binnen de maatschappij

Kwaliteitsvisitaties hebben niet geleid tot veranderingen binnen de maatschappij. Wel wordt door de aandacht in de media voor disfunctionerende specialisten steeds meer gevraagd om transparantie van de visitatieresultaten. Hierdoor ontstaat een koppeling tussen kwaliteitsvisitatie en het regulerende patroon **M2** dat zich richt op de Toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van ziekenhuis kwaliteit.

8.4 Specifiek regulerende patronen

De ontwikkeling van kwaliteitsvisitatie is vanuit de groep van medisch specialisten ontstaan als gevolg van diverse regulerende patronen. Het wordt als een belangrijk instrument gezien voor het behoud van het professioneel handelen en heeft een breed draagvlak binnen de medische professie. Door participatie aan kwaliteitsvisitatie te koppelen aan de herregistratie is deelname aan kwaliteitsvisitatie vanzelfsprekend geworden voor alle medisch specialisten.

Specifiek regulerend patroon

S3 *Participatie aan kwaliteitsvisitatie door medisch specialisten.*

Dit patroon voldoet aan de basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. Een individuele specialist kan zich onttrekken aan de deelname aan kwaliteitsvisitatie, maar dit heeft consequenties voor zijn herregistratie en daardoor voor de uitoefening van zijn beroep. Een individu kan de deelname van de medisch specialisten niet elimineren, maar als individu ook niet creëren.
2. Zowel de maatschappen, de medische stafbesturen, de wetenschappelijke verenigingen en de OMS vinden deelname aan kwaliteitsvisitatie belangrijk en accepteren de regels. Dit geldt ook voor de andere partijen in het veld.
3. Deelname aan kwaliteitsvisitatie is binnen de medische professie vanzelfsprekend. Tijdens de opleiding wordt geleerd dat dit 'erbij' hoort. De herregistratie in het kader van de wet BIG zorgt voor een wettelijke basis.
4. Niet participeren in een kwaliteitsvisitatie wordt door collega's in een maatschap en door de leden van de wetenschappelijke vereniging niet geaccepteerd. Dit heeft ook consequenties voor de groep en wordt daarom als immoreel gezien.
5. De ontwikkeling van visitatie heeft een historische groei ondergaan. Eerst is een omgeving ontstaan die hier rijp voor was (opleidingsvisitatie, intercollegiale toetsing) en vervolgens hebben bijstelling en veranderingen plaatsgevonden in de vormgeving en inhoud van de visitatie.

Geconstateerd is dat zowel de maatschap, de wetenschappelijke vereniging, de medische staf als de OMS in toenemende mate zich bewust zijn geworden dat het individuele methodisch technisch handelen van een specialist consequenties kan hebben voor de leden van het collectief. Indien ze hiervoor niet de collectieve verantwoordelijkheid nemen en zorgen dat of verbetering plaatsvindt, of dat 'the bad apple' wordt verwijderd, verzwakt dit de positie van de andere specialisten. De kwaliteitsvisitatie leidt hierdoor tot een toename van de interne controle op het individueel functioneren van de medisch specialist.

Specifiek regulerend patroon

S4 *Toenemende interne controle op het individueel functioneren van de medisch specialist.*

Dit patroon voldoet aan de basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. Een toename van de interne controle op het individueel functioneren kan door een individu niet geëlimineerd of gecreëerd worden.
2. Op alle niveaus binnen de medische professie is het bewustzijn toegenomen van het belang van de collectieve verantwoordelijkheid om het individueel functioneren te controleren en actie te ondernemen indien nodig.
3. Het belang van de interne controle op het individueel functioneren wordt overgedragen tijdens het socialisatieproces dat plaatsvindt in de opleiding. Er is geen wettelijke sanctie, maar wel wordt het risico gevoeld van beschadiging van de beroepsgroep.
4. Een maatschap die onvoldoende heeft geacteerd op het niet goed functioneren van de maten, of een visitatiecommissie die niet op het juiste moment aan de bel heeft getrokken zal negatief worden beoordeeld door de andere leden van de beroepsgroep.
5. Het bewustzijn van het belang van interne controle op het functioneren is historisch gegroeid.

Dit patroon leidt samen met het regulerende patroon **P3** tot de ontwikkeling van een nieuw instrument: het IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialist).

8.5 Gelijkvormigheidsprocessen

Deze paragraaf onderzoekt de invloed van de drie soorten van gelijkvormigheid (Powell en DiMaggio 1991) op het ontstaan van het geloof in de juistheid van de ontwikkeling.

Nabootsende gelijkvormigheid

De eerste wetenschappelijke verenigingen beginnen eind jaren tachtig met de visitatie van niet opleidingspraktijken. Een paar jaar later (begin jaren negentig) vindt bij 20 van de 29 wetenschappelijke verenigingen kwaliteitsvisitation plaats. Er is duidelijk sprake van mimetische gelijkvormigheid.

Normatieve gelijkvormigheid

De wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen de visitatie voor het eigen specialisme. Standaarden en standpunten van wetenschappelijke verenigingen spelen een belangrijke rol en zijn vaak direct of indirect maatgevend bij het ontwikkelen van toetsingsnormen. De nieuwe invulling van het visitatiemodel maakt het ook relevant voor de opleidingspraktijken. Doordat de visitatienormen onderdeel worden van de opleiding en het normenkader, is sprake van normatieve gelijkvormigheid.

Afgedwongen gelijkvormigheid

In 2005 stelt de MSRC, als commissie van de KNMG, deelname aan kwaliteitsvisitation verplicht voor de herregistratie. De koppeling van de visitatie aan de herregistratie zorgt voor

dwang door een belangrijke instantie, waardoor sprake is van afgedwongen gelijkvormigheid. Een gedwongen gelijkvormigheid die is ontstaan vanuit het collectief van de professie zelf.

Alle drie de processen spelen een belangrijke rol bij het draagvlak voor de kwaliteitsvisitatie en zijn van invloed op het 'geloof' in de toegevoegde waarde van de visitatie. Dit wordt bevestigd door Van Everdingen: "Visitatie heeft duidelijk gezorgd voor een cultuurverandering. Visitatie is omarmd en kan gezien worden als één van de meest succesvolle programma's. Het is heel leerzaam voor zowel de visiteur als de gevisiteerde om bij elkaar in de keuken te kijken en daarom leeft het ook." (Bron: interview 7 februari 2011)

8.6 Samenvatting

Historie

In de *jaren tachtig* onderzoekt een commissie van de NVVH de mogelijkheid van visitatie bij niet-opleidingspraktijken. Vervolgens vinden bij zo'n 100 chirurgische maatschappen visitaties plaats. In de *jaren negentig* ontwikkelt iedere wetenschappelijke vereniging zijn eigen visitatiesysteem. De LSV en het CBO geven hierbij ondersteuning. De poging van de LSV tot ontwikkeling van een visitatiesysteem voor de medische staf in het ziekenhuis vindt onvoldoende draagvlak. In het *1^e decennium 21^e eeuw* ontstaat een toenemende kritiek, dit leidt tot vernieuwing van het visitatiemodel. Het nieuwe model richt zich meer op de evaluatie van de inhoud van de zorg en het professioneel functioneren. De visitatie blijft gericht op de maatschap en niet op de individuele specialist. De resultaten blijven vertrouwelijk. Er wordt geen uitspraak gedaan over de kwaliteit van de zorg, maar over de zorg voor kwaliteit. Door de verplichtstelling van visitatie aan de herregistratie als onderdeel van de BIG wet ontstaat ook een wettelijke dwang voor participatie in visitatie. De verantwoordelijkheid voor de toetsing van algemene ziekenhuiszaken wordt neergelegd bij het ziekenhuis. Een pilot vindt plaats in een ziekenhuis, drie visitaties worden gecombineerd met de NIAZ accreditatie. Deze pilot krijgt geen vervolg. In het *2^e decennium 21^e eeuw* wordt in het kwaliteitskader van de OMS vastgelegd dat medisch specialisten ziekenhuisdirecties dienen te informeren over conclusies en aanbevelingen van visitaties.

Regulerende patronen

Bij de medisch specialisten zijn drie regulerende patronen van invloed geweest op de ontwikkeling van de kwaliteitsvisitatie: De verantwoordelijkheid van de medische professie voor de kwaliteit van het medisch handelen (**P1**), het steeds weer ontwikkelen van nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid te behouden (**P3**) en de toenemende interne controle (**P5**). Vanuit het veld hebben de toename in wetten (**V1**) en het toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering een rol gespeeld (**V3**).

De implementatie van de kwaliteitsvisitatie heeft een relatie met het steeds weer ontwikkelen van nieuwe instrumenten door de medische professie (**P3**), de toenemende

interne controle (**P5**), maar ook met de noodzaak tot afstemming tussen bestuur en achterban (**P11**). In het sociale veld is een samenhang te constateren met de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid (**V2**) en de toenemende aandacht voor kwaliteit (**V4**). Daarnaast heeft de kwaliteitsvisitatie een samenhang met de toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van ziekenhuiskwaliteit (**M2**).

Door de kwaliteitsvisitatie zijn twee specifiek regulerende patronen ontstaan: participatie in kwaliteitsvisitatie door medisch specialisten (**S3**) en een toenemende interne controle op het individueel functioneren van de medisch specialist (**S4**).

Bij de kwaliteitsvisitatie hebben alle drie de processen van gelijkvormigheid een rol gespeeld bij het draagvlak voor de kwaliteitsvisitatie en het geloof in de toegevoegde waarde.

9

Ziekenhuisaccreditatie

9.1 Inleiding

De basis voor de ontwikkeling van een systeem van ziekenhuisaccreditatie ligt in de tweede helft van de jaren tachtig wanneer naar aanleiding van het rapport van de commissie Dekker een discussie ontstaat over certificering van instellingen in de gezondheidszorg. Certificatie en accreditatie leiden beide tot een keurmerk dat aangeeft of aan bepaalde maatstaven is voldaan. Bij certificatie vindt de toetsing plaats door een onafhankelijke instelling waardoor sprake is van een extern controlesysteem, bij accreditatie vindt de toetsing plaats door een auditorenteam dat is samengesteld uit de eigen geledingen waardoor sprake van een intern controlesysteem. Ziekenhuizen hebben voor accreditatie gekozen. Dit hoofdstuk onderzoekt de ontwikkeling van de ziekenhuisaccreditatie en maakt de koppeling met de regulerende patronen die de ziekenhuiskwaliteit vormgeven.

Na de beschrijving van de historie van de ziekenhuisaccreditatie (9.2) vindt de analyse plaats van de veranderingen binnen de ziekenhuizen, het sociale veld en de maatschappij en wordt de relatie van de regulerende patronen met de ontwikkeling van de ziekenhuisaccreditatie in kaart gebracht (9.3). Vervolgens wordt onderzocht of naar aanleiding van deze kwaliteitsactiviteit specifieke patronen zijn ontstaan (9.4) en wat de rol is geweest van de gelijkvormigheidsprocessen bij de implementatie (9.5). Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (9.6).

9.2 Historie ziekenhuisaccreditatie

9.2.1 Oprichting van de stichting PACE in 1989

De aanleiding voor het ontstaan van een accreditatiesysteem voor ziekenhuizen kan terug gevonden worden in het rapport 'Bereidheid tot Verandering' dat in 1987 wordt uitgebracht door de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie Dekker). Deze commissie stelt in zijn rapport dat de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van de zorg primair bij de partijen zelf ligt. "Zijzelf dienen mechanismen in het leven te roepen die het een en ander waarborgen. De commissie geeft in overweging te bevorderen

dat een privaatrechtelijk certificatie-instituut tot stand komt. In dit verband kan een vergelijking worden gemaakt met andere kwaliteitswaarborgen, zoals KEMA-keur. Het instituut kan primair aanbieders en verzekeraars, en onder omstandigheden ook anderen, waaronder de overheid, terzijde staan.” (Commissie Dekker 1987, 86)

In 1988 start het IHDF⁵⁷ (International Health Development Foundation) een onderzoek naar de mogelijkheden voor de ontwikkeling van een intern controlesysteem voor ziekenhuizen. Dit onderzoek leidt tot de conclusie dat het Canadese systeem het beste aansluit bij de situatie in ons land (Sillevis Smitt 2004, 10). Dit is een systeem dat specifiek voor de eigen sector wordt ontwikkeld en waarbij geen beoordeling door een externe partij plaatsvindt.

Het IHDF richt op 3 maart 1989 de stichting PACE op met als doel tot een ziekenhuis-accreditatie te komen naar Canadees model. Om het project overzichtelijk te houden kunnen maximaal 8 ziekenhuizen, vier academische en vier algemene ziekenhuizen⁵⁸ lid worden. Ondersteuning vindt plaats door TNO⁵⁹, daar is kennis aanwezig over certificeren. Financiering van de ontwikkelfase van de ziekenhuisaccreditatie vindt plaats door de Ziekenfondsraad⁶⁰.

9.2.2 Discussie in zorgsector: accreditatie of certificatie

In april 1989 vindt de 1^e Leidschendamconferentie plaats, één maand na de oprichting van PACE. Tijdens deze conferentie wordt afgesproken dat instellingen en beroepsbeoefenaren in de zorg interne kwaliteitssystemen ontwikkelen die zo worden opgezet dat externe kwaliteitsbeoordeling mogelijk is. Certificatie wordt als een belangrijk instrument genoemd. Naar aanleiding van deze conferentie vraagt de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Nationale Raad van de Volksgezondheid een advies uit te brengen over certificatie van instellingen (NRV 1990). In juli 1993 wordt het rapport ‘Certificatie van kwaliteitssystemen - advies over de harmonisatie op het gebied van certificatie in de zorg-

57 “IHDF is opgericht in mei 1983. Een netwerk van organisaties en instellingen, die betrokken zijn bij de gezondheidszorg in de ruimste zin van het woord. Een enthousiast gezelschap ontstaan vanuit het AMC, dat in zijn begintijd wordt geconfronteerd met alle mogelijke vragen rond de export van medische expertise en de behandeling van patiënten uit het buitenland. Ziekenhuizen, bouwmaatschappijen, verzekeraars maar ook TNO Medisch-Technologische Dienst, Twijnstra Gudde en andere organisatieadviesbureaus, die zich bewegen op het gebied van de gezondheidszorg participeren in dit netwerk” (Sillevis Smitt 2004).

58 De acht ziekenhuizen waarmee PACE start zijn: Het Academisch Ziekenhuis bij de Rijks Universiteit Leiden, het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, het Academisch Ziekenhuis bij de Vrije Universiteit, het Academisch Ziekenhuis bij de Erasmus Universiteit Rotterdam, het Merwede Ziekenhuis te Dordrecht, het Westeinde Ziekenhuis te Den Haag, het Medisch Centrum Leeuwarden en de Wever en Gregorius Ziekenhuis te Heerlen.

59 TNO is een onafhankelijke kennisorganisatie die een schakel vormt in de kennisketen tussen de wetenschap enerzijds en bedrijven en organisaties anderzijds

60 De Ziekenfondsraad is een zelfstandig bestuurs- en adviesorgaan op het terrein van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Vanaf 1999 is de Ziekenfondsraad veranderd in College voor Zorgverzekeringen CVZ en vanaf 2013 maakt het CVZ onderdeel uit van het Zorginstituut Nederland (ZiN).

sector' uitgebracht. Dit advies benadrukt dat certificatie niet alleen positieve kanten heeft, maar ook valkuilen kent (NRV 1993):

- instellingen kunnen certificatie gaan nastreven om hun concurrentiepositie te verbeteren waardoor certificatie tot doel verwordt;
- certificatie kan leiden tot bureaucratie;
- de eisen aan kwaliteitssystemen kunnen zo algemeen worden geformuleerd dat het certificaat niets zegt over de kwaliteit van de zorgverlening.

De staatssecretaris besluit op basis van het advies van de NRV subsidie te verstrekken voor een coördinatiecommissie certificatie in de zorg. Dit ondanks zijn mening dat het initiatief tot oprichting van een dergelijke commissie eigenlijk bij het veld dient te liggen. Belangen die bij de overheid spelen halen hem over de streep; (1) een coördinatiecommissie kan de zelfregulering op het gebied van kwaliteit sturen en begeleiden en (2) een goede functionerend certificatiestelsel kan de taak van het Staatstoezicht verlichten (Simons 1994).

De commissie krijgt de opdracht zich bezig te houden met de harmonisatie van certificatie, het ondersteunen van zelfregulering en het volgen van ontwikkelingen in Europees verband. De staatsecretaris besluit voor drie jaar subsidiëring toe te kennen onder voorwaarde dat de coördinatiecommissie breed wordt samengesteld, gedragen wordt door alle betrokken partijen en dat het subsidiegeld uitsluitend gebruikt gaat worden voor de oprichting van de commissie en de aanvangsfase van de werkzaamheden. Van een structurele financiering van de zijde van WVC mag geen sprake zijn. De staatsecretaris is van mening dat certificatie primair behoort tot het terrein van de zelfregulering en dat structurele financiering een zaak dient te zijn van het veld (Simons 1994).

In 1994 wordt de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) opgericht met als doel tot harmonisatie te komen van kwaliteitsbeoordeling in zorg en welzijn. Het HKZ is een gezamenlijk initiatief van koepels van patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en ontwikkelt samen met belanghebbende partijen normen voor certificatie. Deze normen voldoen aan de internationale standaard voor kwaliteitsmanagementsystemen, de ISO 9001, en leiden tot het HKZ Keurmerk

De ontwikkelingen van PACE en HKZ lopen vervolgens parallel, waarbij PACE zich specifiek richt op de normontwikkeling en accreditatie van ziekenhuizen en HKZ openstaat voor alle partijen die normen willen ontwikkelen voor certificatie in de zorg, ook voor de ziekenhuizen, maar de HKZ krijgt binnen de ziekenhuiswereld geen voet aan de grond. De discussie HKZ of PACE gaat over de keuze tussen certificatie of accreditatie, of te wel de keuze tussen externe- of interne controle. De ziekenhuizen kiezen voor interne controle en daarom voor accreditatie⁶¹.

61 Na de ontwikkelfase PACE is het Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ) opgericht. 'NIAZ' is in de ziekenhuiswereld veelal synoniem geworden voor accreditatie.

9.2.3 Ontwikkelingen binnen PACE I en II

PACE I

In de periode 1990-1993 ontwikkelt PACE, met behulp van pilots, in de participerende ziekenhuizen normen voor 21 onderdelen van het ziekenhuis:

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Bureau opname | 12. Neonatologie |
| 2. Centraal medisch archief | 13. Nucleaire geneeskunde |
| 3. Diëtetiek | 14. Raad van bestuur/ directie |
| 4. Ergotherapie | 15. Radiodiagnostiek |
| 5. Fysiotherapie | 16. Technische dienst |
| 6. Instrumentele dienst | 17. Poliklinieken |
| 7. Intensive care | 18. (afdeling) Spoedeisende hulp |
| 8. Klinische afdeling: behandel- en verpleegafdeling | 19. Verpleegdienst/ stafbureau |
| 9. Laboratoria | 20. Voedingsdienst |
| 10. (medisch) Maatschappelijk werk | 21. Ziekenhuisapotheek |
| 11. Medische staf | |

PACE noemt de verschillende onderdelen 'normgebieden' en ziet het normgebied van de Medische staf als een cruciaal element. "De rol van de Medische Staf is van doorslaggevend belang voor de besluitvorming en de bestuurbaarheid van het ziekenhuis." (Sillevis Smitt 2004, 16) Doordat het niet lukt in een van de deelnemende ziekenhuizen op korte termijn een pilot voor de ontwikkeling van de norm Medische Staf uit te voeren wordt deze norm door de LSV ontwikkeld.

In 1992 vindt het congres 'Kwaliteitsborging in Ziekenhuizen. Het Pace-project en certificatie' plaats met meer dan 500 aanmeldingen. Het onderwerp accreditatie blijkt in de ziekenhuiswereld op veel belangstelling te kunnen rekenen.

In juni 1993 wordt het eindverslag van PACE I aan de Ziekenfondsraad aangeboden. Alle 21 PACE normen zijn dan gevalideerd en geverifieerd. Dit blijkt nog niet voldoende om PACE volledig dekkend voor het ziekenhuis te maken. Naast de eerder opgestelde 21 normen moeten nog 14 normen worden opgesteld. De ziekenfondsraad wil deze laatste 14 normen alleen financieren indien garanties worden gegeven dat (1) sprake is van een daadwerkelijke waarde voor de praktijk, (2) meer ziekenhuizen bij de normstellingen worden betrokken en (3) een duidelijke beeld wordt verkregen van het draagvlak in het veld. Ook wordt als voorwaarde gesteld dat de wijze waarop men de PACE normen in de praktijk gaat toepassen en de verhouding van de PACE-toetsing tot de beroepsinhoudelijke toetsing c.q. visitatie, geregeld worden (Sillevis Smitt 2004). Dit leidt tot PACE II.

PACE II

In 1994 organiseert PACE een 'invitational conference' voor de bestuurders van de verschillende beroepsverenigingen over de betekenis van accreditatie in de Nederlandse situatie en

op welke wijze de PACE-normen hierbij een rol kunnen spelen. De bijeenkomst staat onder leiding van de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg. Deze spreekt vanuit zijn filosofie van 'toezicht op toezicht'. Dit betekent dat de inspectie van plan is zich primair te gaan richten op de accrediterende instelling en er op toe te zien dat zij een goed kader hanteert waarop de Inspectie kan vertrouwen (Sillevis Smitt 2004).

In 1995 start PACE II, 9 ziekenhuizen gaan de acht eerdere PACE ziekenhuizen versterken en de laatste 14 normgebieden worden ontwikkeld:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 22. Arbo en milieu | 29. Hygiëne en infectiepreventie |
| 23. Bloeduitgifte | 30. Informatisering en automatisering |
| 24. Centrale Sterilisatie | 31. Inkoop en Logistiek |
| 25. Civiele Dienst | 32. Onderzoeksafdeling: Functie en |
| 26. Dagbehandeling | Behandeling |
| 27. Economische en Administratieve Dienst | 33. Operatiekamers |
| 28. Geestelijke verzorging | 34. Patiëntenvoorlichting |
| | 35. Personeel en organisatie |

Vervolgens komt een concept intentieverklaring met de NVZ en een samenwerkings-overeenkomst met de LSV tot stand. In deze samenwerkingsovereenkomst wordt afgesproken elkaars toetsingssystemen te erkennen en te eerbiedigen (idem).

Van zelfevaluaties naar proefaccreditaties

Naast de financiering door de Ziekenfondsraad hebben de 17 ziekenhuizen die in PACE I en II participeren veel menskracht ingezet voor de totstandkoming van de normen. Voor elk van in totaal 35 normgebieden is een evaluatiehandleiding opgesteld in de vorm van een vragenlijst, de zogenaamde accreditatiegids. De accreditatiegidsen worden als instrument ter beschikking gesteld aan alle ziekenhuizen in Nederland zodat deze de kwaliteit van hun eigen zorgverlening kunnen controleren. De accreditatiegidsen vormen op die manier een controle-instrument binnen het ziekenhuis en kunnen gebruikt worden voor interne zelf-evaluaties van afdelingen of diensten.

In 1996 en 1997 vinden in de 17 'PACE'ziekenhuizen proefaccreditaties plaats op de normgebieden. Elk van de 17 ziekenhuizen kan aangeven op welke onderdelen men geaccrediteerd wil worden en wie vanuit het ziekenhuis als auditor wil functioneren. "Onder de 'PACE' ziekenhuizen wordt een enquête gehouden welke normgebieden/afdelingen men in het ziekenhuis wil laten meedoen en wie uit het ziekenhuis tot auditor opgeleid wil worden" (Sillevis Smitt 2004, 24). Het Academisch Ziekenhuis Maastricht kiest voor een proef-accreditering van het gehele ziekenhuis. De uitvoering van de proefaccreditaties vindt plaats door een auditorenteam samengesteld uit vertegenwoordigers van andere deelnemende ziekenhuizen, begeleid door PACE. Vanaf dit moment zijn de accreditatiegidsen niet alleen meer een instrument om binnen een ziekenhuis de kwaliteit van de eigen zorgverlening te controleren, maar vormen ook een instrument om 'de kwaliteit van ziekenhuizen' te controleren; een onderlinge interne controle.

9.2.4 Oprichting Stichting NIAZ in 1998

Naast de LSV (vanaf 1997 de Orde van Medisch Specialisten) sluiten in 1996 de NVZ en de Vereniging Algemene Ziekenhuizen (VAZ) zich aan bij PACE en wordt besloten gezamenlijk een accreditatie-instituut op te richten. Knelpunt is dat de NVZ, naar aanleiding van opmerkingen uit haar achterban, kritiek heeft op PACE; (1) elementen van een integraal kwaliteitssysteem ontbreken, (2) de normen zijn organisatie- en niet patiëntgericht en (3) de normen hebben primair borging als doel en niet de verbetering van de dienstverlening. Om tegemoet te komen aan deze kritiek formuleert PACE een overkoepelende (concept) norm kwaliteitssysteem. De NVZ kan zich hierin vinden en op 22 december 1998 vindt de formele oprichting plaats van de Stichting NIAZ (Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen). Vanaf dat moment zijn de PACE normen ondergeschikt aan de norm Kwaliteitssysteem en krijgen officieel de status van streefnormen (Sillevis Smitt 2004). Dit betekent dat het NIAZ zich gaat richten op een ziekenhuisbrede ziekenhuisaccreditatie en niet op deelaccreditaties op normgebieden.

De oprichting van het NIAZ sluit de projectfase van de accreditatieontwikkeling af. NIAZ is een aparte zelfstandige organisatie met medewerkers die als taak krijgen ondersteuning te geven aan de ziekenhuizen die in voorbereiding zijn op een accreditatie en om tijdens het accreditatietraject de auditoren en de instellingen te begeleiden. Daarnaast zorgen deze medewerkers voor de opleiding van aspirant-auditoren, de ontwikkeling van het normenmateriaal en het uitvoeren van projecten ten behoeve van de afstemming met andere toetsingssystemen (NIAZ 2010). De ondersteuning die het bureau aan de ziekenhuizen geeft richt zich op 'het helpen begrijpen' van de eisen die gesteld worden en niet om praktisch vorm te geven aan de eisen.

Een College van Kwaliteitverklaringen wordt opgericht, samengesteld uit medisch specialisten en leden van raden van bestuur van ziekenhuizen, met als taak ondersteuning te geven aan het bestuur van het NIAZ. In de Raad van Commissarissen zit een vertegenwoordiger van de medisch specialisten, de academische ziekenhuizen, de algemene ziekenhuizen, de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars (NIAZ 2010). Dit betekent dat alle partijen uit het veld van de ziekenhuiszorg vertegenwoordigd zijn.

Het accreditatierapport dat het NIAZ maakt is van de zorginstelling. Zwakke punten en aanbevelingen mogen alleen door de zorginstelling naar buiten worden gebracht. Dit betekent dat wanneer een ziekenhuis een keurmerk niet ontvangt, geen informatie naar buiten komt waarom dit keurmerk niet is ontvangen.

In de beginfase krijgt het NIAZ een aanzienlijke startsubsidie van de NVZ, VAZ en OMS. In een latere fase moeten de ziekenhuizen de kosten van de uitvoering van de audit en de bekostiging van het NIAZ bureau volledig zelf gaan betalen.

Zowel het NIAZ als het HKZ zorgen voor de normontwikkeling en het vaststellen van de noodzakelijke voorwaarden. Het verschil bevindt zich in het traject daarna. Het NIAZ onderzoekt, met behulp van opgeleide auditoren afkomstig uit andere ziekenhuizen, of voldaan wordt aan de normen en kent zelf het accreditatie keurmerk toe. Het HKZ voert

zelf geen onderzoek uit. Externe onafhankelijke certificatiebureaus onderzoeken of voldaan wordt aan de door het HKZ vastgestelde normen. Deze externe bureaus reiken de keurmerken uit, niet het HKZ.

9.2.5 Positioneringsactiviteiten

Om de accreditatie van het NIAZ te positioneren als het toetsingssysteem voor alle ziekenhuizen in Nederland en het voor alle ziekenhuizen aantrekkelijk te maken om te participeren, zijn diverse acties ondernomen:

- op 1 september 2001 besluit de algemene vergadering van de NVZ, bij de vaststelling van het zorghandvest, dat alle ziekenhuizen met ingang van 1 januari 2005 tenminste een initiële accreditatie⁶² moeten bezitten. Vier jaar later blijkt dat zeker de helft van de ziekenhuizen nog niet in het bezit is van deze accreditatie;
- in 2003 geeft de Inspectie in een brief aan dat NIAZ accreditatie wordt beschouwd als een indicator dat het geaccrediteerde ziekenhuis voldoet aan de regels van 'good practice'. Om dit te benadrukken wordt bij de uitvraag van de basisset prestatie-indicatoren door de IGZ gevraagd naar participatie in de NIAZ accreditatie. Wanneer in een latere fase calamiteiten in ziekenhuizen⁶³ laten zien dat een accreditatie van een kwaliteitssysteem van een ziekenhuis nog niet garandeert dat op afdelingsniveau ook overal sprake is van 'good practice' verandert de indicatorrol van de accreditatie;
- in 2005 wordt de norm kwaliteitssysteem ingedeeld in de aandachtsgebieden van het INK model (Instituut Nederlandse Kwaliteit)⁶⁴. Dit is van invloed op de keuze van ziekenhuizen voor NIAZ participatie. Jarenlang hadden diverse raden van bestuur en kwaliteitsmanagers in ziekenhuizen de voorkeur gegeven aan het INK-model als ondersteuning voor de ontwikkeling van hun kwaliteitssysteem. Dit model werd door zijn verdeling in organisatie en resultaatgebieden als veel gebruiksvriendelijker ervaren. Door de norm kwaliteitssysteem van het NIAZ ook te verdelen in deze gebieden en met het NIAZ ook een keurmerk kon worden verkregen - dit was met het INK model niet mogelijk - maken steeds meer ziekenhuizen de keuze voor het NIAZ;

62 Een initiële accreditatie is een accreditatie alleen gericht op hoog risico afdelingen

63 Radboud ziekenhuis Nijmegen: 2005 abnormaal hoge cijfers hartchirurgie
Twenteborg ziekenhuis Almelo: 2006 brand in operatiekamer

64 Het INK-model is afgeleid van een internationaal kwaliteitssysteem (TQM) voor het bedrijfsleven en is in Nederland vertaald voor de gezondheidszorg. Het INK model onderscheidt 5 organisatiegebieden (leiderschap, strategie en beleid, management van medewerkers, management van middelen en management van zorgprocessen) en 4 resultaatgebieden (waardering door medewerkers, waardering door patiënten/cliënten en ketenpartners, waardering door maatschappij en eindresultaten/transparantie). Door middel van zelfevaluatie kan worden vastgesteld in welke fase een bepaald resultaatgebied zich bevindt. Per resultaatgebied kan dit anders zijn. De resultaten van de zelfevaluatie geven richting voor het ondernemen van verbeteracties.

- in 2006 vinden besprekingen plaats tussen het NIAZ en de HKZ om door middel van een fusie te komen tot één keuringsinstituut voor de hele gezondheidszorg. De HKZ heeft vanaf 1994 certificatieschema's ontwikkeld voor diverse sectoren van de zorg- en welzijn, maar niet voor de ziekenhuizen. Bij de besprekingen over de oprichting van dit nieuwe instituut wordt, vanwege de kwaliteitsvisitaties door wetenschappelijke verenigingen, ook de OMS betrokken. De fusie gaat uiteindelijk niet door. Het is niet gelukt de reden hiervoor te achterhalen;
- in november 2008 wordt een samenwerkingsafpraak gemaakt met MediRisk, de grootste onderlinge waarborgverzekeraar voor de ziekenhuizen. De door MediRisk verplichte vangnetten voor ziekenhuizen worden door het NIAZ verwerkt in de vernieuwde NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling. De toetsing hiervan wordt geïntegreerd in de NIAZ accreditatie;
- in 2008 vindt een pilot plaats in Ziekenhuis Bronovo waarbij de NIAZ accreditatie gecombineerd wordt met de kwaliteitsvisite van drie wetenschappelijke verenigingen. Doel van deze pilot is het verkennen van de afstemmingsmogelijkheden tussen de beide toetsingssystemen. Ondanks positieve reacties krijgt dit geen vervolg;
- in januari 2009 worden tussen de IGZ en het NIAZ afspraken vastgelegd over de toetsing van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De NEN-norm de NTA 8009:2007 van het VMS wordt geïntegreerd in de vernieuwde NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling. Het voldoen aan de NTA norm is een verplichting van de ziekenhuizen in het kader van het Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' dat op 1 januari 2008 op initiatief van de overheid start. Alle ziekenhuizen zijn verplicht om per 31 december 2012 te voldoen aan deze NTA norm. De afspraak is dat de IGZ geen toets zal uitvoeren indien ziekenhuizen geaccrediteerd zijn op de NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.0 of 2.1;
- in januari 2010 wordt met de NVKF (Nederlandse Vereniging Klinische Fysica), de VZI (Vereniging van Ziekenhuis Instrumententechnici) en de WIBAZ (Werkgroep Instrumenten Beheer Academische Ziekenhuizen) de afspraak gemaakt dat de medische technologie een nadrukkelijke plaats krijgt in de NIAZ accreditatie;
- in mei 2010 sluit het NIAZ een samenwerkingsovereenkomst af met CentraMed, de andere onderlinge waarborgverzekeraar. Afgesproken wordt dat NIAZ met het accreditatieprogramma de risicofactoren uit de Centramonitor borgt.

Door steeds alert te zijn op wensen en verwachtingen van 'de klant' en door zoveel mogelijk samenwerkingsafspraken te maken tracht het NIAZ zijn positie in het veld sterker te verankeren en het voor ziekenhuizen - door de toenemende integrale toetsing - aantrekkelijker te maken een NIAZ keurmerk te behalen.

9.2.6 Geaccrediteerde ziekenhuizen

In 2000 onderzoekt Sluijs en Wagner (2000) de vooruitgang in het werken met een kwaliteitssysteem vanaf 1995. De helft van de ziekenhuizen geeft in dit onderzoek aan te werken aan een accreditatie van het NIAZ. Uit een vervolgonderzoek door het NIVEL in 2005 (Keijser, Sluijs en Wagner 2005) blijkt 19% van de ziekenhuizen in het bezit te zijn van een NIAZ accreditatie. Het achterhalen bij hoeveel ziekenhuizen dit in 2010 het geval is blijkt niet eenvoudig te zijn. Deze informatie blijkt niet te achterhalen via de NVZ. Op de website van de NVZ staan geen gegevens hoeveel ziekenhuizen twaalf jaar na de oprichting van het NIAZ in het bezit zijn van een NIAZ accreditatie. Bij navraag waarom deze gegevens vermeld worden werd geantwoord: *“dat heeft vooral politieke redenen. NVZ is medeoprichter van het NIAZ en jarenlang was de boodschap dat alle ziekenhuizen in 2005 minstens een initiële accreditatie moesten hebben. Inmiddels heeft de NVZ daar wat afstand van genomen.”* (Bron: mail Boshuizen 5 april 2011)

Ook het NIAZ blijkt deze informatie niet zomaar prijs te geven. Weliswaar staat op haar website de lijst van organisaties die geaccrediteerd zijn, maar daaronder bevinden zich ook delen van ziekenhuizen of organisaties die geen ziekenhuis zijn.

Door de gegevens van Dutch Hospital data naast de gegevens van de website van het NIAZ te leggen is het hieronder staande overzicht van ziekenhuizen die in 2010 participeerden in het NIAZ voor een totale ziekenhuisaccreditering tot stand gekomen.

	Totaal aantal ziekenhuizen*	geaccrediteerd**	lopend traject/ prereservering**	geen accreditatie en ook geen lopend traject
Algemene ziekenhuizen	85	47 (55%)	22(26%)	16 (19%)
Academische ziekenhuizen	8	4 (50%)	1 (13%)	3 (38%)
Totaal	93	51 (55%)	23 (25%)	19 (20%)

* Bron kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2009. Dutch Hospitality Data (DHD), november 2010.

** Bron website NIAZ, bijwerking datum 19 oktober 2010.

Dit overzicht laat zien dat in 2010 80% van de ziekenhuizen een accreditatiebewijs heeft of zich in een lopend accreditatietraject bevindt en 55% van het totaal aantal ziekenhuizen in het bezit is van een accreditatiebewijs. Door het ontbreken van gegevens is het niet mogelijk het verloop over de jaren heen⁶⁵ in kaart te brengen.

⁶⁵ Op 19 februari 2013 heeft volgens de IGZ 55% van de ziekenhuizen een accreditatiebewijs van het NIAZ, 27% is hiermee bezig en 16% van de ziekenhuizen onderneemt hiervoor geen actie. (Bron: mail Lighart 19 februari 2013).

9.2.7 Concurrerende organisaties en internationalisering

In de 21^e eeuw worden de HKZ en het NIAZ in toenemende mate concurrenten van elkaar. In 2006 wordt nog een poging gedaan om door middel van een fusie tot één keuringsinstituut te komen voor de hele gezondheidszorg, maar dit mislukt. De HKZ gaat voor steeds meer branches normen opstellen - ook voor specifieke afdelingen binnen ziekenhuizen - en wordt daardoor een concurrent voor het NIAZ.

Op 1 april 2009 verandert het NIAZ zijn naam van Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen in Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg en laat daardoor zijn specifieke gerichtheid op de ziekenhuizen los. Dit betekent dat ook andere instellingen in de zorg het NIAZ kunnen inschakelen voor een accreditatie. “Het is de ambitie van het instituut om niet alleen te focussen op ziekenhuiszorg maar ook een rol te spelen bij het opstellen en toetsen van kwaliteitsnormen voor verpleeg- en verzorgingshuis, GGZ en thuiszorg.” (NIAZ 2011) Het NIAZ wordt hierdoor dus ook een concurrent voor de HKZ.

In mei 2009 ontvangt het NIAZ zijn accreditatie van het International Society for Quality in Health Care (ISQUa) en krijgt hierdoor een internationale erkenning. De normen van de HKZ zijn vanaf het begin reeds afgestemd op de ISO 9001 en dus ook internationaal erkend. Een aantal ziekenhuizen, met name academische ziekenhuizen, maakt de keuze voor het accreditatietraject van de JCI (Joint Commission International). Het JCI is in 1994 opgericht in de Verenigde Staten en maakt gebruik van internationale standaarden en de internationale Patiënt Safety Goal. Het JCI is ontwikkeld om internationale vergelijking mogelijk te maken tussen gezondheidszorginstellingen. Dit kan vooral voor academische ziekenhuizen een toegevoegde waarde hebben.

9.3 Analyse veranderingen en regulerende patronen

9.3.1 Veranderingen binnen ziekenhuizen

Door de druk die eind jaren tachtig wordt uitgeoefend op de instellingen in de zorg om te bewijzen dat ze beschikken over een goedwerkend intern kwaliteitssysteem (**V3**) richt een aantal ziekenhuizen de stichting PACE op ten behoeve van het ontwikkelen van een systeem van ziekenhuisaccreditatie. Dit gebeurt één maand voor de eerste Leidschendamconferentie waar wordt afgesproken dat instellingen en beroepsbeoefenaren interne kwaliteitssystemen gaan ontwikkelen. De ontwikkeling van de accreditatienormen door, eerst acht en later zeventien, participerende ziekenhuizen, laat een bereidheid zien van een toenemende disciplinerende en een bewustwording bij de ziekenhuizen van de noodzaak van bewijsbare kwalificaties. Dit krijgt vorm in de ontwikkeling van een instrument waarmee de ziekenhuizen zelf de verantwoordelijkheid behouden voor de interne controle van hun kwaliteit. Dit is vergelijkbaar met de regulerende patronen **P3** en **P5** van de medische professie. Door vanaf het begin de LSV bij PACE te betrekken en de norm Medische Staf als een cruciaal

element te benoemen tracht PACE een integraal kwaliteitsinstrument te ontwikkelen voor interne beoordeling in het ziekenhuis.

Het PACE congres in 1992 en de ‘invitational conference’ in 1994 zorgen voor een brede positionering van PACE in de ziekenhuiswereld. De grote opkomst toont dat er veel belangstelling is vanuit de ziekenhuizen. De HKZ, opgericht in 1994 met als doel om binnen de zorg normen te ontwikkelen voor certificatie, vindt dan geen draagvlak meer binnen de ziekenhuiswereld. De intentieverklaring die de NVZ in 1995 afsluit met PACE en niet met de HKZ geeft een formele bevestiging van de gerichtheid van de ziekenhuizen op PACE. De NVZ laat daarmee, als vertegenwoordiger van alle algemene ziekenhuizen in Nederland, duidelijk zien dat de keuze is gemaakt voor accreditatie en niet voor certificatie.

De ontwikkelde accreditatiegidsen met de afdelingsnormen die medio jaren negentig aan alle ziekenhuizen in Nederland ter beschikking worden gesteld zorgen voor een landelijke verspreiding van de PACE normen. Alle ziekenhuizen kunnen deze normen als een zelf-evaluatieinstrument gebruiken om binnen het eigen ziekenhuis de kwaliteit van de eigen zorgverlening te toetsen. Dit heeft een directe relatie met de toename van afspraken en regels binnen de ziekenhuizen gericht op kwaliteit (**P8**) en het aanstellen van ondersteunende functionarissen om de verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg na te komen (**P10**).

Het besluit van de NVZ tijdens de algemene vergadering in 2001 dat met ingang van 1 januari 2005 alle ziekenhuizen ten minste een initiële accreditatie moeten bezitten bevestigt het beeld van een breed draagvlak voor NIAZ. Vervolgens blijken ziekenhuizen individuele keuzen te maken in hun prioriteitstelling. In 2005 blijkt nog maar 19% van de ziekenhuizen een NIAZ accreditatie te hebben (Keijser, Sluijs en Wagner 2005). In 2010, 12 jaar na de start van het NIAZ, is 55% van de ziekenhuizen in het bezit van dit keurmerk. De keuze voor wel of geen NIAZ accreditatie is in de loop van de tijd steeds meer een individuele ziekenhuiskeuze geworden waarbij de NVZ als koepelorganisatie en als collectief geen druk meer uitoefent. De waarde die gehecht wordt aan de ziekenhuisaccreditatie als kwaliteitsinstrument en als methode om als ziekenhuizen zelf de verantwoordelijkheid te behouden voor de interne toetsing is in de 21^e eeuw veranderd.

Uit de inventariserende interviews die in 2011 in het kader van dit proefschrift zijn gehouden blijkt dat de meningen bij de respondenten over de toegevoegde waarde van een NIAZ accreditatie of de keuze voor wel of niet een NIAZ keurmerk niet altijd eenduidig zijn. Een van de respondenten geeft aan dat in de beginfase er nogal wat discussie was over PACE, maar dat ondanks de activiteiten voor de ontwikkeling van een eigen ziekenhuisbreed kwaliteitssysteem, de Raad van Bestuur eind jaren negentig opeens besloot tot participatie aan PACE/NIAZ. Een andere respondent merkt op dat NIAZ veel te weinig gericht is op wat je werkelijk levert aan meetbare kwaliteit of outcome en dat er eerst voor gezorgd moet worden dat basale dingen goed geregeld zijn. Dit wordt weer tegengesproken door een respondent die aangeeft zelf in het begin weliswaar niet enthousiast te zijn geweest over het

NIAZ, maar dat de afdelingen in het ziekenhuis het juist een mooie manier vonden om tot verbeteringen te komen. De opmerking van een andere correspondent dat het NIAZ niet voldoende medisch inhoudelijk gericht is waardoor het de medisch specialisten niet echt aanspreekt laat zien dat de keuze voor NIAZ accreditatie niet eenduidig is. De verzuchting van een respondent “Eigenlijk zou je willen dat een ziekenhuis dat NIAZ geaccrediteerd is beter werkt dan andere ziekenhuizen. Daar is geen bewijs voor.” (Bron: interview van Everdingen 7 februari 2011) Dit kan als kenmerkend worden gezien voor de mening over de toegevoegde waarde en de twijfel over de juiste keuze.

Om een beter beeld te krijgen van de motivatie voor de keuze wel of geen NIAZ accreditatie is in maart 2011 via LinkedIn een vraag uitgezet onder drieënveertig contacten die op verschillende posities direct of indirect betrokken zijn, of zijn geweest, bij een accreditatie. Gekozen is voor deze vorm van inventarisatie omdat dit een eenvoudige manier is om snel antwoorden te krijgen op één vraag: ‘waarom besluit een ziekenhuis wel of niet tot een NIAZ accreditatie?’ Van de drieënveertig benaderde contacten hebben twintig gereageerd. Acht waren van mening onvoldoende inzicht te hebben in de beweegredenen.

Samengevat komt de mening van de overige twaalf er op neer dat een NIAZ accreditatie een nuttige functie kan vervullen als bewijs van kwaliteit voor externen, een rol speelt als een PR en marketinginstrument voor verschillende doelgroepen en dat accreditatie laat zien dat je niet bang bent voor een onafhankelijke toetsing. Daarnaast wordt voor NIAZ gekozen om de eigen processen tegen het licht te houden en als leidraad voor het eigen kwaliteits-systeem. Sommige ziekenhuizen participeren in het NIAZ om ‘niet achter te blijven bij andere ziekenhuizen’ en omdat ze een gevoel hebben ‘dat het moet’. Respondenten uit ziekenhuizen die besloten om niet te kiezen voor NIAZ accreditatie geven aan dat de verbetercyclus zelf intern al voldoende is geïmplementeerd waardoor accreditatie niet veel meer toevoegt, een accreditatie niet ervaren wordt als een garantie voor kwalitatief hoogwaardige zorg en het niet als noodzakelijk zien om als een ‘goed’ ziekenhuis te boek te staan. Ook geeft een aantal respondenten aan de NIAZ als een papieren tijger te ervaren die de administratieve lasten en kosten verhoogt.

De twijfels en de verschillende meningen die bestaan over de toegevoegde waarde van de NIAZ accreditatie laten zien dat de eerdere veronderstelling van het ontstaan van een regulerend patroon van de ziekenhuizen om zelf instrumenten te ontwikkelen en zelf de interne controle ter hand te nemen, niet bevestigd kan worden.

9.3.2 Veranderingen binnen het veld

De veronderstelling van de overheid dat een goed functionerend certificatiestelsel de taak van het Staatstoezicht kan verlichten heeft geleid tot druk om tot de ontwikkeling van accreditatie en certificatie te komen (V3). In 2003 geeft de inspectie aan NIAZ accreditatie te beschouwen als een indicator dat het geaccrediteerde ziekenhuis voldoet aan de regels van ‘good practice’. Een aantal jaren later blijkt uit diverse gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld het hoge sterfte cijfer bij de hartchirurgie in het Radboud in Nijmegen en de brand op de

OK in Almelo, dat een accreditatie van een kwaliteitssysteem geen garantie hoeft te zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening. Een accreditatiebewijs krijgt hierdoor voor de inspectie een andere waarde. Schellekens merkt op: “Voor de inspectie is het interessant te weten bij welke ziekenhuizen het NIAZ accreditatiebewijs niet is toegekend en bij welke ziekenhuizen het accreditatiebewijs weer is ingenomen. Deze ziekenhuizen worden dan extra in de gaten gehouden in het kader van risicogestuurd toezicht.” (Bron: interview 23 februari 2011)

De OMS, de NVZ en de VAZ hebben in 1998 gezamenlijk het NIAZ opgericht. Een zelfstandige organisatie met de verantwoordelijkheid voor de implementatie en de uitvoering van de accreditatie van ziekenhuizen. De gezamenlijke oprichting van het NIAZ geeft een beeld van de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid (V2) voor kwaliteit en lijkt een koppeling te maken tussen de organisatorische en de professionele kwaliteit. Uit het interview met Schellekens komt een wat ander beeld naar voren; het OMS bleek alleen te willen participeren in de oprichting van het accreditatie instituut wanneer “het NIAZ zich zou richten op de organisatorische voorwaarden en niet op de professionele kwaliteit, dat moest een taak van de beroepsgroep zelf blijven”. (Bron: interview 23 februari 2011)

Ondanks dat de verschillende partijen in het sociale veld een rol spelen bij het NIAZ door hun lidmaatschap van het College van Kwaliteitsverklaringen en hun vertegenwoordiging in de Raad van Commissarissen, heeft de ‘waarde’ van het systeem van accreditatie voor de partijen in het veld geen duidelijk vorm gekregen: (1) de IGZ ziet de accreditatie maar beperkt als een indicator, (2) een structurele koppeling van de NIAZ accreditatie en de kwaliteitsvisite heeft nog niet plaatsgevonden (3) wel of niet een keurmerk is geen doorslaggevend item in de onderhandelingen van de zorgverzekeraars met de ziekenhuizen en (4) het wel of niet geaccrediteerd zijn van een ziekenhuis vormt geen keuzecriterium voor patiënten.

9.3.3 Veranderingen in de maatschappij

Binnen de maatschappij speelt een accreditatie of een certificatie geen rol bij een oordeel over een ziekenhuis. Informatie of een ziekenhuis wel of niet geaccrediteerd is niet te vinden op de website kiesbeter.nl.

9.4 Specifiek regulerende patronen

Vergelijkbaar met de kwaliteitsvisite en de herregistratie had verwacht kunnen worden dat door de ontwikkeling van de PACE normen en later de oprichting van het NIAZ een situatie zou ontstaan waarin alle ziekenhuizen eenmaal per vier jaar worden geaccrediteerd en dat het keurmerk verplicht wordt gesteld om als ziekenhuis te mogen functioneren. ‘Participatie in ziekenhuisaccreditering door ziekenhuizen’ zou dan een specifiek regulerend patroon zijn geworden. Uit de analyse blijkt dat weliswaar een groot aantal ziekenhuizen participeert in de NIAZ accreditatie, maar dat diverse ziekenhuizen andere keuzen maken en daarin vrij

zijn. Participatie in ziekenhuisaccreditatie door de ziekenhuizen' voldoet maar aan één van de vijf basiskennmerken van een regulerend patroon:

- De ziekenhuisaccreditatie heeft een historische groei doorgemaakt, de vorm, en het gebruik hebben zich in de loop van de tijd ontwikkeld.

Aan vier van de vijf basiskennmerken wordt niet voldaan:

- Een individueel ziekenhuis kan zich onttrekken aan een ziekenhuisaccreditatie.
- Er is geen maatschappelijke meerderheid die overtuigd is van de noodzaak van accreditatie. Zowel niet binnen de ziekenhuiswereld, niet binnen het veld en ook niet binnen de maatschappij.
- Participatie in accreditatie wordt niet overgedragen door het socialisatieproces en ook wetgeving speelt hierbij geen rol. Er is dus geen sprake van een dwingend patroon.
- Het niet bezitten van een accreditatiebewijs is niet strafbaar en wordt ook niet als immoreel gezien.

Uit de analyse kan niet geconcludeerd worden dat het functioneren van het ene ziekenhuis consequenties heeft voor andere ziekenhuizen, of dat in de loop van de tijd hiervoor een toenemend bewustzijn is ontstaan. De behoefte van de NVZ om als partij een collectieve verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit en te zorgen voor een interne controle is wel geconstateerd, maar lang niet elk ziekenhuis blijkt deze noodzaak te voelen. Een slecht functionerend ziekenhuis is niet van invloed op de positie van de andere ziekenhuizen. Dit heeft consequenties voor de rol van de NVZ en de verdediging van de collectieve belangen. De NVZ heeft met de eis tot initiële accreditatie een poging gedaan, uiteindelijk bleek in de praktijk hiervoor onvoldoende draagvlak te bestaan. Ook de andere partijen in het veld dwingen dit niet af. De ontwikkeling van de ziekenhuisbrede accreditatie heeft niet geleid tot een specifiek regulerend patroon van 'toename van de interne controle op het ziekenhuisbreed functioneren van een ziekenhuisorganisatie'. Dit patroon voldoet maar aan twee van de vijf basiskennmerken van een regulerend patroon:

- Een toename van de controle op het functioneren van een ziekenhuis kan door een individu niet geëlimineerd of gecreëerd worden.
- Een maatschappelijke meerderheid is het eens met een toenemende interne controle op het ziekenhuisbreed functioneren van een ziekenhuisorganisatie.

Aan drie van de vijf basiskennmerken wordt niet voldaan:

- Er is geen sprake van dwang door middel van een socialisatieproces of wetgeving. Niet participeren wordt niet afgestraft.
- De ziekenhuisbrede interne controle heeft geen moreel gezag. Het wordt niet als immoreel gezien indien hieraan niet wordt gewerkt.
- Op het moment dat binnen NVZ verband werd besloten tot initiële accreditatie leek een toename te zijn ontstaan op de interne controle. Vervolgens is dit weer losgelaten. Dit betekent dat er geen sprake is van een historische groei.

Conclusie: door de ziekenhuisaccreditatie zijn geen specifiek regulerende patronen ontstaan.

9.5 Gelijkvormigheidsprocessen

Deze paragraaf onderzoekt de invloed van de drie soorten van gelijkvormigheid (Powell en DiMaggio 1991) op het ontstaan van het geloof in de juistheid van de ontwikkeling.

Nabootsende gelijkvormigheid

Het streven naar een keurmerk heeft in de 20^e eeuw in het bedrijfsleven een grote vlucht genomen en is ook in de gezondheidszorg steeds meer vanzelfsprekend geworden. Dekkers verwijst in zijn rapport ook al naar een KEMA-keur. Andere landen zoals Amerika en Canada zijn al eerder begonnen met de ontwikkeling van certificatie- en accreditatiesystemen in de zorg. De Joint Commission, een internationaal accreditatiesysteem, is hiervan een voorbeeld. Ziekenhuizen zijn de enige zorginstellingen in Nederland die de keuze hebben gemaakt voor keurmerk door accreditatie in plaats van certificatie. In 2010 zijn 51 ziekenhuizen geaccrediteerd, 23 bevinden zich in een lopend traject, maar 19 ziekenhuizen participeren niet in de NIAZ accreditatie. Er is sprake van mimetische gelijkvormigheid, maar niet ziekenhuisbreed.

Normatieve gelijkvormigheid

Diverse activiteiten hebben plaatsgevonden om tot een harmonisatie van de normstelling voor de ziekenhuizen te komen; de integratie van het INK-model, de koppeling aan de NTA norm van het VMS veiligheidsprogramma, de vangnetten van MediRisk en de risicofactoren uit de Centramonitor. Ook de integratie van de NTA norm in weer een nieuwe bijgestelde Kwaliteitsnorm is een duidelijk voorbeeld van 'harmonisatie van eisen'. Al deze harmonisaties zijn op initiatief vanuit de NIAZ organisatie tot stand gekomen en niet vanuit de ziekenhuizen zelf. Het versterkt de kracht van de NIAZ organisatie en niet de kracht van de beroepsgroep of de ziekenhuizen. Het zijn de NIAZ auditoren die hiervoor tijdens de opleiding worden gemotiveerd, voor hun is het een onderdeel van het socialisatieproces, maar dit geldt niet voor andere beroepsgroepen. De toegevoegde waarde voor de ziekenhuizen is dat alle toetsingen in één keer gedaan kunnen worden, maar de NIAZ norm maakt geen deel uit van de beroepsopleidingen in de zorg en wordt niet gepropageerd door beroepsorganisaties. Van normatieve gelijkvormigheid is alleen binnen de auditorenopleiding sprake.

Afgedwongen gelijkvormigheid

Door in 2003 de participatie aan de NIAZ accreditatie als een IGZ prestatie-indicator te benoemen heeft de inspectie een duidelijk signaal gegeven naar het veld. Het vertrouwen van de inspectie in de waarde van de ziekenhuisaccreditatie daalde toen bleek dat ziekenhuizen met een NIAZ accreditatie niet altijd voldeden aan de regels van 'good practice'. Dit impliceerde dat de inspectie de NIAZ niet meer als uitgangspunt kon hanteren. De participa-

tie aan de NIAZ accreditatie wordt inmiddels niet meer genoemd als IGZ indicator, wel de accreditatie op de veiligheidsnorm, maar deze accreditatie kan ook op een andere manier plaatsvinden dan gekoppeld aan de NIAZ accreditatie. Van afgedwongen gelijkvormigheid is dus geen sprake.

Conclusie

Nabootsende gelijkvormigheid speelt een rol in het streven naar een algemeen keurmerk voor het ziekenhuis, maar dit geldt niet voor alle ziekenhuizen. Normatieve gelijkvormigheid speelt geen rol. De opleidingsinstanties en de beroepsorganisaties vervullen geen functie bij de harmonisering van de professionele NIAZ normen, dit speelt alleen bij de opleiding voor NIAZ auditoren. Er is geen sprake van afgedwongen gelijkvormigheid aangezien er geen concrete dwang is van machtige externe instanties voor een NIAZ accreditatie. Dit betekent dat de voorwaarden voor een toenemend geloof in de toegevoegde waarde van een accreditatie maar deels aanwezig zijn. Accreditatie is een instrument waarvoor een individueel ziekenhuis zelf de afweging maakt of het wel of niet het meest geëigende instrument is om binnen de eigen organisatie tot kwaliteitscontrole en -verbetering te komen.

9.6 Samenvatting

Historie

In 1989 wordt de stichting PACE opgericht en tijdens de Leidenschendamconferentie in datzelfde jaar wordt de afspraak gemaakt dat instellingen in de zorg interne kwaliteitssystemen gaan ontwikkelen om externe kwaliteitsbeoordeling mogelijk te maken. Het eindverslag van PACE I wordt in juni 1993 aan de Ziekenfondsraad aangeboden en in juli van datzelfde jaar brengt de NRV het rapport 'Certificatie van kwaliteitssystemen' uit. In 1994 wordt het HKZ opgericht. De ziekenhuizen kiezen voor accreditatie, de overige sectoren van de zorg voor certificatie. In 1995 start PACE II. In totaal zeventien ziekenhuizen houden zich met de normontwikkeling bezig. De LSV, NVZ en VAZ sluiten zich aan bij PACE. Na uitvoering van de proefaccreditaties in zeventien ziekenhuizen en de formulering van een overkoepelende norm vindt op 22 december 1998 de formele oprichting plaats van het NIAZ.

In het eerste decennium van de 21^e eeuw vinden de volgende activiteiten plaats:

- 2001: NVZ besluit tot initiële ziekenhuisaccreditatie voor alle ziekenhuizen per 1-1-2005
- 2003: IGZ besluit de NIAZ accreditatie op te nemen als prestatie-indicator
- 2005: de norm kwaliteitssysteem van de NIAZ wordt afgestemd op het INK model
- 2006: poging tot fusie NIAZ met HKZ mislukt
- 2008: pilot Bronovo: poging tot koppeling NIAZ met kwaliteitsvisitatie
- 2008: vangnetten MediRisk worden verwerkt in NIAZ norm en getoetst door NIAZ
- 2009: NIAZ breidt werkveld uit en verandert naam in Nederlands Instituut voor
Accreditatie in Zorg

2010: medische technologie krijgt plaats in de NIAZ accreditatie
2010: NIAZ sluit samenwerkingsovereenkomst af met Centramed

Regulerende patronen

Het ontwikkelen van de ziekenhuisaccreditatie is niet beïnvloed door regulerende patronen van de ziekenhuizen als sociale groep, deze bestonden niet. Het is het toenemende overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders (**V3**) dat het ondernemen van deze kwaliteitsactiviteit heeft geactiveerd.

Bij de implementatie van de ziekenhuisaccreditatie is een relatie geconstateerd met de toename van afspraken en regels binnen de ziekenhuizen specifiek gericht op kwaliteit (**P8**), het aanstellen van kwaliteitsfunctionarissen (**P10**) de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid in het veld voor kwaliteit (**V2**) en de invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (**V6**).

Door de ziekenhuisaccreditatie zijn geen specifiek regulerende patronen ontstaan.

Van de gelijkvormigheidsprocessen is alleen de nabootsende gelijkvormigheid van invloed geweest bij de implementatie. Normatieve en gedwongen gelijkvormigheid hebben niet tot nauwelijks een rol gespeeld.

10

Patiëntenenquête

10.1 Inleiding

Wereldwijd en in allerlei sectoren is de mening van de klant over een product en de inventarisatie van zijn ervaring met de dienstverlening een belangrijke graadmeter geworden voor de geleverde kwaliteit. Klantbeleving kan op verschillende manieren worden onderzocht, de meest gebruikte methode is de schriftelijke enquête. Vergeleken met andere methoden zoals het werken met panels, shadowing of kringgesprekken geeft een schriftelijke enquête kwantitatief de meeste opbrengst. Door de inzet van een beperkte hoeveelheid menskracht kan een grote groep 'klanten' worden onderzocht. Ook binnen de zorgverlening is de mening van 'de klant' in de afgelopen decennia een belangrijk aandachtsgebied geworden. De uitkomsten van een patiëntenenquête zijn voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten interessant. De resultaten kunnen zowel als controle- en als signaleringsinstrument voor verbeteringen gebruikt worden. Dit hoofdstuk onderzoekt de ontwikkeling van de landelijke patiëntenenquête voor ziekenhuizen en maakt de koppeling met de regulerende patronen die de ziekenhuiskwaliteit vormgeven.

Na de historische beschrijving van de ontwikkeling van de patiëntenenquête (10.2) vindt de analyse plaats van de veranderingen binnen partijen, het sociale veld en de maatschappij en wordt de relatie van de regulerende patronen met de ontwikkeling van de enquête in kaart gebracht (10.3). Vervolgens wordt onderzocht of naar aanleiding van deze kwaliteitsactiviteit specifieke patronen zijn ontstaan (10.4) en wat de rol is geweest van de gelijkvormigheidsprocessen bij de implementatie (10.5). Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (10.6).

10.2 Historie landelijke enquête voor ziekenhuispatiënten

Vragenlijst Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen

De eerste poging een patiëntenenquête te ontwikkelen om ziekenhuizen te vergelijken wordt in 1991 getraceerd met de pilot van het project Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen (PAZ). Voor het verhaal dat de consumentenbond reeds in de jaren tachtig geprobeerd heeft de patiëntvriendelijkheid van de poliklinieken op landelijk niveau in kaart te

brengen is geen schriftelijk bewijs gevonden, ook de consumentenbond bleek hierover geen informatie te kunnen vinden. Het startpunt wordt daarom gelegd in 1991 met het project PAZ. Dit project, geïnitieerd door het NPCF, ondersteund door Bakkenist Management Consultants en gefinancierd door VWS⁶⁶, heeft als doel een instrumentarium te ontwikkelen waarmee de patiëntvriendelijkheid van een algemeen ziekenhuis in kaart kan worden gebracht (Bon 1992). Eén van de instrumenten is een vragenlijst voor patiënten die in overleg met patiënten tot stand komt. Naast de vragenlijst wordt ook een observatie-instrument en een instrument voor een beleidsanalyse ontwikkeld.

Het begrip patiëntvriendelijkheid onderscheidt zeven aspecten: accommodatie, organisatie, informatie, steun, bejegening, zelfstandigheid en evaluatie. In de vragenlijsten wordt niet alleen naar ervaringen gevraagd, maar ook naar verbetermogelijkheden. Daarnaast wordt het enquête instrument niet alleen onder patiënten uitgezet, ook aan de medewerkers wordt de mening gevraagd over de patiëntvriendelijkheid van hun eigen afdeling.

In 1992 wordt bij 10 ziekenhuizen een vervolgproject geïnitieerd. Ieder participerend ziekenhuis vormt hierbij een samenwerkingsverband met een regionaal Patiënten en Consumentenplatform. Het is de bedoeling dat de regionale platforms als gelijkwaardige partij deelnemen aan het project. Naast het NPCF en Bakkenist speelt de NVZ een rol bij dit initiatief, zij hebben met name een evaluerende rol. Doordat platforms een heel andere cultuur en machtspositie hebben dan de ziekenhuizen ontstaan in de loop van het project knelpunten op het gebied van communicatie en samenwerking (Degenaar 1995, de Vos 1994). Door de weerstand van sommige specialisten tegen bepaalde vragen en de discussies over het openbaar maken van de enquêteresultaten - zelfs intern binnen het ziekenhuis - vallen in de loop van het project steeds meer afdelingen en ziekenhuizen af. Uiteindelijk blijven maar een paar ziekenhuizen over met een beperkt aantal participerende afdelingen en specialismen. Vergelijking van de resultaten is daardoor niet tot nauwelijks meer mogelijk (de Vos 2008). Het plan om de instrumenten landelijk te gaan toepassen wordt niet meer uitgevoerd. Wel wordt de ontwikkelde vragenlijst intern binnen ziekenhuizen, maar ook door externe partijen, bij vervolgactiviteiten gebruikt.

Ziekenhuisvergelijkingsstelsel (ZVS)

In 1999 zet de consumentenbond - met ondersteuning van het Nivel en gefinancierd door VWS - een stelsel op om ziekenhuizen te kunnen vergelijken.

In een pilot, het Ziekenhuis Vergelijkingsstelsel I (ZVS I) wordt met behulp van een vragenlijst de dienstverlening van negen Utrechtse ziekenhuizen onderzocht en vergeleken. Voor de opzet en vormgeving van de vragenlijst worden drie eerder ontwikkelde vragenlijsten gebruikt: de eerder genoemde NPCF/Bakkenist vragenlijst, de vragenlijst

66 De financiering door VWS vindt plaats als onderdeel van het programma met het oog op kwaliteit 1991-1996 van de NPCF

Publiek vertrouwen in de zorg en de QUOTE⁶⁷ vragenlijsten (Brouwer en Delnoij 2004). De ziekenhuizen krijgen geen ruimte meer voor discussie over de inhoud van de vragenlijsten zoals bij de NPCF vragenlijst nog wel mogelijk was.

Om een 'onafhankelijke' uitreiking van de enquêteformulieren te kunnen waarborgen wordt - met toestemming van het betreffende ziekenhuis - de enquête door medewerkers van de consumentenbond uitgereikt in de wachtkamers van de specialisten. Ziekenhuizen zijn gebonden aan privacyregels en mogen geen informatie over patiënten verstrekken aan derden. Andere mogelijkheden om aan gegevens te komen welke 'burger' bij welk ziekenhuis en bij welk specialisme als patiënt komt heeft de consumentenbond niet. Het uitzetten van een enquête per post onder patiënten is daarom niet mogelijk. Doordat het aantal gesprekken per specialisme en per ziekenhuis varieert over de dagen van de week vergt deze methode van persoonlijke uitreiking veel logistieke planning en menskracht van de consumentenbond.

Op basis van de resultaten van ZVS I verbetert het Nivel het onderzoeksinstrument en in 2002 vindt ZVS II plaats. De Consumentenbond voert dit onderzoek uit in 37 algemene en academische ziekenhuizen, verspreid over Nederland. Naast de klantvriendelijkheid van de dienstverlening en de aanwezigheid en kwaliteit van de voorzieningen vindt in acht ziekenhuizen een specifiek onderzoek plaats naar de kwaliteit van het medische handelen van het specialisme gynaecologie/obstetrie. De resultaten worden openbaar gemaakt in de consumentengids, discussie over de openbaarmaking is dus niet aan de orde.

ZVS II heeft twee doelstellingen (Brouwer en Delnoij 2004, 27), de eerste is gericht op externe controle, en tweede op interne controle:

1. Het project dient voldoende informatie op te leveren voor patiënten om bewuste keuzes in de zorg te kunnen maken doordat ze meer inzicht krijgen in wat men van een bepaald specialisme binnen een bepaald ziekenhuis kan verwachten (transparantie). Ook kunnen de resultaten laten zien op welke aspecten van de zorgverlening men alert dient te zijn.
2. Het project heeft een signaleringsfunctie; op basis van de gegevens krijgen individuele ziekenhuizen inzicht in de meningen en ervaringen van hun patiënten. Daarmee wordt duidelijk wat er, volgens patiënten, wel en minder goed gaat in het ziekenhuis.

Naar aanleiding van de resultaten wordt het onderzoeksinstrument opnieuw door het Nivel bijgesteld (ZVS III). Het landelijk uitzetten van het instrument onder alle ziekenhuizen in Nederland heeft niet meer plaatsgevonden. De resultaten van ZVS III - de bijstelling van de vragenlijst - worden geïntegreerd in de ontwikkeling van de CQ Index (zie verderop in dit hoofdstuk).

67 QUOTE = Quality Of care Through the patient Eyes. De eerste QUOTE-vragenlijsten zijn door het NIVEL ontwikkeld binnen het Onderzoeksprogramma Kwaliteit van ZORG (KWAZO) ten behoeve van een betrouwbaar meetinstrument voor de kwaliteit van thuiszorg vanuit patiëntenperspectief (Brouwer en Delnoij 2004, 21).

Kernvragenlijst Patiënttevredenheid (KPAZ)

De academische ziekenhuizen, verenigd in de VAZ (thans NFU), worden naar aanleiding van het consumentenbondonderzoek zelf actief in de ontwikkeling van een patiëntenenquête. Zij willen de meting van de tevredenheid van hun patiënten en de presentatie van de resultaten niet overlaten aan externe partijen zoals de consumentenbond. Ze willen dit in eigen hand houden, met een eigen wetenschappelijke verantwoorde manier en methode, maar wel uitgevoerd door een externe neutrale organisatie (Kleefstra, et al. 2010). Dit leidt er toe dat in 2002 de Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen (KPAZ) wordt ontwikkeld in samenwerking met de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ). De KPAZ richt zich specifiek op de patiënttevredenheid en niet op de concrete ervaringen van patiënten. In 2003 wordt de vragenlijst voor het eerst gebruikt in alle academische ziekenhuizen in Nederland (8 UMC's). In 2004 sluit de NVZ zich hierbij aan en de algemene ziekenhuizen verklaren de KPAZ als de gouden standaard⁶⁸. In tegenstelling tot de Academische Ziekenhuizen blijken lang niet alle algemene ziekenhuizen te participeren in de benchmark van de KPAZ. Een groot deel maakt de keuze het formuleren van de vragenlijst en het enquêteren van patiënten in eigen hand te houden. Vaak wordt hierbij wel gebruik gemaakt van de items en vragen van de KPAZ vragenlijst. "In de periode 2004 - 2010 gebruiken vrijwel alle ziekenhuizen de KPAZ vragenlijst voor hun patiënttevredenheid onderzoek. Zo'n 40 algemene ziekenhuizen participeren in deze periode in de benchmark" (Bron: Kleefstra, interview 2011). Het meten van patiënttevredenheid met behulp van de KPAZ vragenlijst wordt in 2006 als een NVZ indicator⁶⁹ toegevoegd aan de uitvraag van de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ. Bij de indicator 'het doen van een patiëntenenquête' wordt specifiek gevraagd of daarvoor de KPAZ vragenlijst is gebruikt. In 2008 wordt deze vraag niet meer gesteld.

In 2009 wordt een trendanalyse uitgebracht van de KPAZ metingen in de UMC's van 2003, 2005, 2007 en 2009. Na casemix correctie blijken de gemiddelde scores van de UMC's dicht bij elkaar te liggen. De 'best practices' komen pas bij uitsplitsing per specialisme naar voren. In de loop van de jaren blijkt het aantal 'best practices' in vergelijking van de vorige metingen te zijn afgenomen. (Kiwa Prismant 2010, 23).

Vergelijkingsonderzoek op diagnosecategorieën

In 2005 start de consumentenbond, gefinancierd door ZonMw, met een vergelijkingsonderzoek gericht op bepaalde diagnosecategorieën. Een onderzoek dat zich specifiek richt op de professioneel inhoudelijke kwaliteit van de zorg en niet op de dienstverlening, de voorzieningen en de organisatie. In 2005 vindt een onderzoek plaats gericht op mamacare, in

68 In de wereld van de algemene ziekenhuizen wordt de KPAZ vragenlijst later ook wel de 'NVZ vragenlijst' genoemd.

69 Naast de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ hanteert de NVZ ook een eigen lijst met indicatoren. Beide lijsten worden vanaf 2003 gelijktijdig uitgezet onder ziekenhuizen.

2006 een onderzoek naar hartfalen, diabetes, knie en heup, incontinentie, spataderen en amandelen en in 2007 naar staar. De onderzoeken worden uitgevoerd door de enquête binnen de ziekenhuizen bij het betreffende specialisme uit te zetten en niet onder patiënten. Alhoewel bij dit onderzoek sprake is van een 'indicator' uitvraag en niet van een patiënten-enquête heeft het onderzoek toch een duidelijke relatie met de ontwikkeling van de enquête. Niet alleen oefent het onderzoek een duidelijke invloed uit op de bereidheid om mee te werken aan een extern onderzoek, maar het laat ook zien hoe de aandacht voor de attitude en organisatorische aspecten verschuift naar zorginhoudelijke aspecten.

In eerste instantie adviseren de NVZ en de NFU de ziekenhuizen om niet aan dit consumentenbondonderzoek mee te werken. Als bezwaarpunt wordt de administratieve lastendruk genoemd (Consumentenbond 2006). Vervolgens blijkt dat gezamenlijke afspraken in NVZ verband ondergeschikt zijn aan de individuele keuzen die ziekenhuizen maken; een deel van de ziekenhuizen volgt het advies, een ander deel niet. De ziekenhuizen die het advies van de NVZ en de NFU opvolgen - en dus niet meewerken aan het onderzoek - komen onderaan te staan op de door de Consumentenbond gepubliceerde ranglijst. Door de negatieve publiciteit die dit genereert besluiten steeds meer ziekenhuizen toch meewerken. In februari 2006 trekt de NVZ zijn negatieve advies in (Consumentenbond 2006). Het besef is doorgedrongen dat niet meewerken aan een extern onderzoek te veel negatieve consequenties heeft voor de beeldvorming van een ziekenhuis.

CAHPS vragenlijst

Zorgverzekeraar Agis neemt het initiatief om de Amerikaanse CAHPS⁷⁰ - een vragenlijst over de prestaties van de zorgverzekeraar - te laten vertalen en aan te passen voor gebruik in de Nederlandse context (Delnoij 2005). Het instrument wordt uitgetest onder een steekproef van cliënten die verzekerd zijn bij deze zorgverzekeraar. De analyse toont aan dat het instrument geschikt is om gegevens van zorgverzekeraars over de eigen prestaties en van aanbieders met wie zorgverzekeraars contracten afsluiten, transparant te maken (CKZ 2011). Agis verstrekt de rapportages anoniem aan de ziekenhuizen, elk ziekenhuis krijgt een vertaalsleutel voor zijn eigen resultaten. Ziekenhuizen kunnen hiermee zien hoe ze scoren in verhouding tot collega ziekenhuizen en op welke punten verbeteracties nodig zijn, maar ze weten niet wie slechter of beter scoren. Voor de verzekeraars heeft de verspreiding van deze resultaten het effect dat ze aan ziekenhuizen en artsen laten zien 'naar binnen te kunnen kijken' en informatie te kunnen genereren die de ziekenhuizen zelf niet hebben. De verzekeraars hebben hiermee controle instrument ontwikkeld waarvoor medewerking van de ziekenhuizen niet nodig is.

70 CAHPS = Consumer Assessment of Health Plan Survey. Doelstellingen: het ontwikkelen en testen van vragenlijsten die zorginkoop en service van zorgverzekeraars evalueren, het maken van eenvoudig te begrijpen rapportages om resultaten te communiceren aan consumenten en het evalueren van het nut van deze rapportages voor consumenten bij het kiezen van zorgverzekeraars (Brouwer en Delnoij 2004: 33).

CQ-Index en het CKZ

In 2005 ontwikkelt het Nivel, de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC en de stichting Miletus⁷¹, de CQ Index (Consumer Quality Index). Financiering vindt plaats door ZonMw. De CQ-index is bedoeld als een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg en wordt samengesteld uit drie bestaande vragenlijsten (Sixma, et al. 2009):

- de CAHPS vragenlijst, oorspronkelijk in de Verenigde Staten ontwikkeld en bijgesteld op de Nederlandse situatie;
- de ZVS vragenlijst van de consumentenbond;
- de KPAZ (Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen).

Op 7 juni 2006 wordt - op een evenement georganiseerd door ZonMw - de CQ-Index gelanceerd als de standaard voor het meten van klantervaringen in de Nederlandse gezondheidszorg. Tegelijkertijd wordt een onderzoeksprogramma gepresenteerd voor de CQ-Index met drie onderzoekslijnen: (1) het ontwikkelen van nieuwe vragenlijsten, (2) het ontwikkelen van richtlijnen en werkinstructies voor het toepassen van deze vragenlijsten en (3) een verdiepend wetenschappelijk onderzoek rond het meten van klantervaringen in de zorg (CKZ 2011).

In december 2006 wordt met behulp van overheidssubsidie het CKZ⁷² opgericht met als doel er voor te zorgen dat op basis van meetresultaten vergelijkende informatie wordt gegenereerd die geschikt is voor (CKZ 2011):

- het opstellen van keuze ondersteunende informatie voor zorgconsumenten;
- het ondersteunen van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars;
- het signaleren van verbetermogelijkheden bij zorgaanbieders;
- het leveren van (beleids-)informatie aan cliëntenorganisaties, overheid en toezicht-houders.

De CQ-Index wordt een landelijke meetstandaard voor alle sectoren van de zorg, zowel op instellingsniveau als aandoeningspecifiek (CKZ 2011). Het CKZ heeft als taak te toetsen of de toepassing van de meetinstrumenten, het meetproces, de bewerking van de data en de openbaarmaking van de resultaten voldoen aan de standaard: de CQ-Index. Indien voldaan wordt aan de juiste voorwaarde verstrekt het CKZ het keurmerk CQI, een accreditatie voor meetbureaus.

De financiering van het CKZ vindt plaats door het ministerie van VWS en het Fonds PGO. De financiering van het ontwikkelen van de meetinstrumenten vindt plaats door

71 Stichting Miletus is opgericht door een aantal zorgverzekeraars op initiatief van Agis.

72 Het Centrum Klantervaring Zorg is een stichting. Het is onafhankelijk en heeft geen winstoogmerk.. Het bestuur wordt geadviseerd door de Commissie Klantenperspectief en de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) (CKZ 2011).

ZonMw, zorgverzekeraars en collectebusgelden. De uitvoering van de metingen komt voor rekening van de partij die hiertoe opdracht geeft.

In 2009 besluiten 6 ziekenhuizen - de Santeon-groep⁷³ - samen met zorgverzekeraars en ondersteund door de NPCF, tot uitvoering van de CQ Index in ziekenhuizen, zowel klinisch als poliklinisch. Op initiatief van Santeon en Stichting Miletus wordt de CQI-Z ontwikkeld. Een online vragenlijst speciaal voor de ziekenhuizen. Door de digitale uitvoering kan eenvoudig een uitsplitsing worden gemaakt op specialisme-, diagnose- en DBC-niveau en kunnen rapportages snel beschikbaar worden gesteld. In de pilot worden 60.000 patiënten uitgenodigd, ruim 20% vult de vragenlijst in (Santeon 2011). Voor ziekenhuisopname en poliklinische zorg worden verschillende thema's onderscheiden, waarop punten kunnen worden gescoord.

Tijdens een symposium in oktober 2011, georganiseerd door de Santeonziekenhuizen en de Stichting Miletus blijkt uit de grote opkomst dat er veel belangstelling is bij ziekenhuizen, maar ook bij onderzoeksbureaus. Tijdens dit symposium worden de wensen en verwachtingen besproken van ziekenhuizen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars van de effecten van de verzamelde data. De bestuursvoorzitter van de Santeon ziekenhuizen zegt hierover: "Deze resultaten zijn belangrijk voor ons. We zien nu heel gericht waar we verbeteringen moeten aanbrengen en hiervoor onderling onze kennis en ervaring delen. Zo blijven we als Santeon ziekenhuizen continu werken aan de kwaliteit van onze zorg". Aan het einde van de dag ontvangen de bezoekers van het symposium de resultaten van het onderzoek dat in de periode juni-juli 2011 heeft plaatsgevonden; een vergelijking van de gemiddelde scores van de CQ-Index van de Santeonziekenhuizen met de andere ziekenhuizen in Nederland. Uit de resultaten het CQI-Z onderzoek (Santeon 2011) blijkt dat de gemiddelde scores van de ziekenhuizen niet ver uiteenlopen. Dit laat zien dat - vergelijkbaar met de trendanalyse van de KPAZ metingen - het transparant maken van algemene gemiddelde cijfers vrijwel geen toegevoegde waarde heeft. De verschillen zijn zo klein dat ziekenhuizen hierdoor niet geprikkeld worden om tot verbeteringen te komen, patiënten op basis van deze informatie geen keuzen kunnen maken en de verzekeraars de gegevens niet kunnen gebruiken voor onderhandelingen.

Nadat in 2009 de Santeonziekenhuizen de keuze hebben gemaakt voor de CQ-Index besluit in juni 2011 de NFU om de verkorte klinische vragenlijst van de CQ-Index bij alle academische ziekenhuizen te laten uitvoeren. In 2012 wordt bekend gemaakt dat het CKZ onderdeel gaat uitmaken van het Kwaliteitsinstituut en daardoor geïntegreerd wordt in het Zorginstituut Nederland. Gestandaardiseerde landelijke patiëntenenquête's zoals de eerder genoemde CQI-Z vormen een logische samenhang met het doel van het Kwaliteitsinstituut om de ontwikkeling van professionele standaarden, richtlijnen en indicatoren te stimuleren.

73 Santeon ziekenhuizen: Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Martini Ziekenhuis, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Catharina ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente en St. Antonius ziekenhuis.

10.3 Analyse veranderingen en regulerende patronen

10.3.1 Veranderingen binnen partijen

Deze paragraaf beschrijft de veranderingen binnen de ziekenhuizen, de medisch specialisten, de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars in relatie tot de ontwikkeling van de landelijke patiëntenenquête voor ziekenhuispatiënten.

Ziekenhuizen

In de eerste helft van de jaren negentig staan de ziekenhuizen nog open voor de ontwikkeling van een patiëntenenquête samen met andere partijen. Een omslag ontstaat wanneer de consumentenbond een enquête gaat uitvoeren waarbij de ziekenhuizen geen medezeggenschap krijgen. Als reactie hierop ontwikkelt de NFU een eigen enquête, de NVZ sluit zich hier al snel bij aan en noemt in 2004 deze enquête de gouden standaard. In 2006 wordt het gebruik van deze vragenlijst geïntegreerd in de NVZ prestatie-indicatoren van de ziekenhuizen⁷⁴. Twee regulerende patronen beïnvloeden de ontwikkeling van deze enquête; de toenemende aandacht voor kwaliteit (**V4**) en de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid in het sociale veld (**V2**). Het besluit van de ziekenhuizen om zelf een instrument te ontwikkelen voor interne controle is vergelijkbaar met het regulerende patroon **P3** van de medische professie; het ontwikkelen van een nieuw instrument ten behoeve van het behoud van de eigen verantwoordelijkheid.

Een groot deel van de ziekenhuizen blijkt nog niet zo ver te zijn. Ondanks dat inmiddels in de meeste ziekenhuizen door kwaliteitsfunctionarissen enquêtes worden uitgezet (**P10**) participeert maar 40% van de algemene ziekenhuizen in de KPAZ benchmark. Een 'eigen' gestandaardiseerde enquête voor alle ziekenhuizen waarmee ook de onderlinge resultaten vergeleken kunnen worden blijkt in de praktijk bij een groot deel van de algemene ziekenhuizen in het eerste decennia van de 21^e eeuw nog geen gezamenlijk doel te zijn.

In de 2^e helft van het eerste decennium van de 21^e eeuw positioneert de CQI-Z zich als het landelijke meetinstrument voor de ziekenhuizen. In 2009 maakt de Santeongroep hiervoor de keuze, ook veel andere algemene ziekenhuizen zijn hierin geïnteresseerd. In 2011 besluit de NFU om naast de KPAZ ook de verkorte klinische vragenlijst van de CQ-Index te laten uitvoeren.

Medisch specialisten

In de jaren negentig verzetten de medisch specialisten zich sterk tegen de openbaarheid van de resultaten. Van de Klundert geeft een verklaring voor deze weerstand: "De patiënt wordt niet gezien als bepalend voor de uitkomst. De geneeskunst richt zich op de patiënt, maar de patiënt heeft geen kennis van de geneeskunst." (Bron: interview 27 januari 2011) De ervaring in het begin van de 21^e eeuw dat niet meedoen en niet transparant zijn tot negatieve

⁷⁴ Naast de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ hanteert de NVZ ook een eigen lijst met indicatoren. Beide lijsten worden vanaf 2003 gelijktijdig uitgezet onder ziekenhuizen.

publiciteit leidt, heeft een toenemende bereidheid gegenereerd tot participatie en openbaarheid.

Patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties spelen in de eerste helft van de 90^e eeuw een actieve rol in het ontwikkelen en toepassen van een gestandaardiseerde enquête voor ziekenhuizen. Zij maken duidelijk welke items belangrijk zijn voor patiënten en versterken hiermee de individuele positie van de patiënt (**P12**). Deze items vormen steeds weer de basis voor de ontwikkeling van volgende vragenlijsten. De initiatiefnemende rol van patiëntenorganisaties wordt eind 20^e, begin 21^e eeuw overgenomen door de consumentenbond. De patiënt krijgt ook steeds meer de rol van consument toebedeeld. De consumentenbond raakt op de achtergrond op het moment dat de zorgverzekeraars actief worden in de ontwikkeling van een patiënten-enquête.

Zorgverzekeraars

Halverwege het eerste decennium van de 21^e eeuw besluiten zorgverzekeraars te willen achterhalen hoe patiënten oordelen over hun prestaties en de prestaties van de aanbieders waarmee ze contracten afsluiten. Zorgverzekeraar AGIS zorgt voor een vertaling van de Amerikaanse CAHPS voor de Nederlandse situatie en de stichting Miletus wordt opgericht. Vanaf dit moment positioneren de verzekeraars zich duidelijk bij de patiënten-enquête. Zorgverzekeraars kunnen patiënten rechtstreeks benaderen zonder tussenkomst van de zorgaanbieder. Dit betekent dat de zorgverzekeraar - in tegenstelling tot de consumentenbond of patiëntenorganisaties - zonder tussenkomst van de zorgaanbieder - selecties kunnen maken van patiënten met een bepaalde diagnosecategorie. Dit geeft de zorgverzekeraars een machtige positie bij de ontwikkeling en de toepassing van de enquête.

10.3.2 Veranderingen in het veld

De strijd in de eerste helft van de jaren negentig tussen de medisch specialisten en de patiëntenorganisaties over bepaalde vragen in de enquête en de openbaarheid van resultaten gaat ook over 'wie weet wat het beste is voor de patiënt' en 'welke behoeftes heeft de patiënt'⁷⁵. Dit is tevens een uiting van de strijd in het veld over de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten (**V5**).

Het consumentenbondonderzoek maakt duidelijk dat de kennis (ervaring) van de 'zorgvrager' zijn eigen vorm van culturele macht heeft en dat deze kennis openbaar gemaakt kan

75 Voorbeelden: Vragen die zich erop richten of informatie is gegeven over 'de mogelijkheid van een second opinion, andere behandelmogelijkheden of de klachtenbehandeling', moeten volgens artsen niet standaard aan patiënten gesteld worden. Zij zijn van mening dat zij zelf het beste kunnen bepalen of een second opinion nodig is, anders gaat het onnodig veel geld kosten. Indien een keuze gemaakt moet worden over behandelingen dan overleg je als arts vanzelfsprekend met de patiënt, maar je gaat niet alle mogelijkheden uit de doeken doen. Het aan iedere patiënt geven van informatie over de klachtenbehandeling wordt als onzin gezien, dat geeft een vreemd beeld en kost veel te veel tijd.

worden. De zorgverzekeraars maken ook gebruik van deze kennis door de ontwikkeling van de CAHPS vragenlijst. De centrale plaats van de ziekenhuizen en de medisch specialisten bij het achterhalen van de mening van de patiënt over de zorgverlening blijkt helemaal niet nodig te zijn. De consumentenbond gaat op een andere manier om met de openbaarheid van de resultaten dan de verzekeraars en publiceert de resultaten in de consumentengids zodat iedereen ze kan lezen. De zorgvragers kunnen met behulp van de resultaten keuzen maken voor een bepaalde zorgaanbieder. De verzekeraars stellen de resultaten van hun enquête anoniem ter beschikking aan de ziekenhuizen met een verdeelsleutel voor de eigen resultaten en gebruiken de resultaten in hun eigen onderhandelingen met de ziekenhuizen. Deze anonimisering van resultaten en het werken met een verdeelsleutel vindt ook in 2011 nog plaats bij het verstrekken van de vergelijkingsresultaten van de Santeonziekenhuizen. Alleen gemiddelde cijfers worden openbaar gemaakt.

De ziekenhuizen trachten in het begin van de 21^e eeuw 'de regie' voor het ontwikkelen en gebruik van een landelijke enquête in handen te krijgen. Dit is niet gelukt omdat het collectief draagvlak voor één gestandaardiseerde enquête binnen de ziekenhuizen niet groot genoeg bleek te zijn, maar ook doordat de andere partijen in de zorg zelf in staat waren om een enquête te ontwikkelen en uit te zetten. De subsidiëring van de overheid heeft hierbij ook een duidelijke rol gespeeld evenals bij de oprichting van het CKZ. Het toenemend toezicht van de overheid op de zelfregulering (**V3**) en de invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (**V6**) hebben hiermee een duidelijk relatie.

De wetenschappelijke onderbouwing, de accreditatie van de vragenlijsten en de duidelijke keuze van de overheid zorgen er voor dat in de loop der tijd steeds meer zorgaanbieders zich aansluiten bij de CQ-Index. Dit is tevens van invloed op de gezamenlijke verantwoordelijkheid in het sociale veld (**V2**) en de toenemende aandacht voor kwaliteit (**V4**). De ontwikkeling van een patiëntenenquête als een extern controle-instrument dat landelijk wordt ingezet en waarvan de gemiddelde resultaten openbaar worden gemaakt, is steeds meer vanzelfsprekend. "Het feit dat je patiëntenervaringen meet, daar durft niemand meer wat van te zeggen". (Bron: Delnoy, interview 15 februari 2011) Vervolgens kan wel de vraag gesteld worden welk doel centraal staat; het plaatsvinden van de enquête of het verkrijgen van enquêteresultaten. Informatie wat daadwerkelijk wordt gedaan met de resultaten is onvoldoende aanwezig. Delnoy merkt op: "Publicatie van informatie betekent nog niet dat de mensen in beweging komen". (Bron: interview 15 februari 2011)

10.3.3 Veranderingen in de maatschappij

De toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen (**M1**) is van invloed op de ontwikkeling van een landelijke patiëntenenquête en op de bereidheid van patiënten om enquêtes in te vullen. Uitkomsten van de patiëntenenquête kunnen gebruikt worden om ziekenhuiskwaliteit transparant te maken (**M2**). Het aantal patiënten dat gebruik maakt van deze informatie ten behoeve van zijn eigen zorgkeuzen is nog zeer beperkt.

10.4 Specifiek regulerende patronen

Diverse regulerende patronen hebben de ontwikkeling van de patiëntenquêtes beïnvloed: Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit (**V2**), de toenemende aandacht in het veld voor de kwaliteit van de zorg (**V4**), en de koppeling met de toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen (**MI**). Uiteindelijk heeft dit geleid tot een landelijk gestandaardiseerde patiëntenquête die door alle partijen in veld wordt gebruikt.

Specifiek regulerend patroon

S5 *Het gebruik van een gestandaardiseerde landelijke patiëntenquête voor de inventarisering van de mening van de patiënt*

Dit patroon voldoet aan de vijf basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. Een individu of een individueel ziekenhuis kan het gebruik van de gestandaardiseerde landelijke patiëntenquête niet elimineren, maar had dit ook niet kunnen creëren.
2. Een maatschappelijke meerderheid onderstreept de toename van het gebruik van één en dezelfde enquête. Een enquête die informatie geeft aan alle partijen in de zorg.
3. De CQ-Index is een vragenlijst die een formele goedkeuring heeft doorlopen. De uitvoering van toepassing van de CQ-Index mag alleen door geaccrediteerde organisaties. Deze resultaten worden gebruikt voor maatschappelijke verantwoording (prestatie indicatoren, zorgindicatoren, kiesbeter.nl, het jaardocument etc.). Het gebruik van deze enquête is daardoor steeds meer dwingend geworden.
4. Het niet participeren in de CQ-Index wordt synoniem voor het weigeren maatschappelijke verantwoording af te leggen, dit wordt als immoreel gezien.
5. De ontwikkeling heeft een historische groei ondergaan. Stap voor stap is een enquête tot stand gekomen die zowel intern- als extern wordt gebruikt.

De uitvoering van een patiëntenquête vormt in toenemende mate een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Bij de ziekenhuizen omdat ze hiermee verantwoording afleggen in hun jaardocument en een antwoord kunnen geven op de prestatie- en zorgindicatoren. Bij de zorgverzekeraars worden de enquête resultaten gebruikt bij hun onderhandelingen. Het plaatsvinden van de patiëntenquête is formele regel geworden in relatie tot de kwaliteit van de zorgverlening (**VI**).

Specifiek regulerend patroon

S6 *De patiëntenquête als geïntegreerd onderdeel van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.*

Dit patroon voldoet aan de vijf basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. Een individu (of individueel ziekenhuis) kan het gebruik van de patiëntenenquête als geïntegreerd onderdeel van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar niet elimineren, maar ook niet creëren.
2. Nagenoeg alle partijen vinden een patiëntenenquête vanzelfsprekend. Het is een disciplinerend onderdeel geworden.
3. De vanzelfsprekendheid van een patiëntenenquête wordt door middel van het socialisatieproces overgedragen. Daarnaast hebben de prestatie-indicatoren, kiesbeter.nl, het jaardocument zorg en de marktwerking de uitvoering verankerd in formele regels.
4. Het niet integreren van een patiëntenenquête in de bedrijfsvoering geeft een negatief beeld van de organisatie naar buiten. Het is slecht voor de PR.
5. De integratie van de patiëntenenquête in de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar heeft een historische groei ondergaan.

Onderzocht is of door de ontwikkeling van de patiëntenenquête ook andere specifiek regulerende patronen zijn ontstaan, maar de geconstateerde veranderingen blijken (nog?) niet te voldoen aan alle vijf de basiskennmerken van een regulerend patroon. Geconstateerd is bijvoorbeeld dat in de loop van de tijd een toenemende openbaarheid van enquête resultaten is ontstaan. Een maatschappelijke meerderheid vindt het vanzelfsprekend dat de enquête-resultaten openbaar worden, dit heeft een relatie met de toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van ziekenhuis kwaliteit (**M2**). In de praktijk blijken de rapportcijfers die op kiesbeter te vinden zijn, maar zeer beperkte informatie te geven. Ook op de websites van de ziekenhuizen is slechts globale informatie te vinden. Er is dus wel meer openbaarheid, maar het is nog niet duidelijk welke betekenis deze openbaarheid heeft voor de daadwerkelijke transparantie van de zorgverlening en voor de ontwikkeling van een specifiek regulerend patroon.

Daarnaast is onderzocht of door de patiëntenenquête binnen de ziekenhuizen een patroon is ontstaan van verbetering van de kwaliteit. Hierover is geen duidelijke informatie gevonden. Bij het trendonderzoek van de NFU is wel geconstateerd dat het aantal best practices in de loop van de tijd is afgenomen en dat de scores dicht bij elkaar zijn komen te liggen, maar op basis hiervan kan niet geconstateerd worden dat door de patiëntenenquête een specifiek regulerend patroon is ontstaan van 'verbetering van kwaliteit'. Veel energie is gaan zitten in de totstandkoming van een gezamenlijk gedragen gestandaardiseerde enquête. De fase van daadwerkelijk iets doen met de resultaten volgt mogelijk nog. Dat hier tot nu nog onvoldoende tijd aan is besteed wordt bevestigd door de opmerking van Delnoij "Er is veel tijd en energie besteed in het optuigen van het hele traject patiëntenraadpleging in de verwachting dat wanneer de gegevens er liggen het vanzelf goed komt." (Bron: interview 15 februari 2011)

10.5 Gelijkvormigheidsprocessen

Deze paragraaf onderzoekt de invloed van de drie soorten van gelijkvormigheid (Powell en DiMaggio 1991) op het ontstaan van het geloof in de juistheid van de ontwikkeling.

Nabootsende gelijkvormigheid

Op het moment dat de algemene ziekenhuizen de KPAZ vragenlijst benoemen als gouden standaard leek er duidelijk sprake te zijn van mimetische isomorfering. Alle academische ziekenhuizen en zo'n 40% van de algemene ziekenhuizen participeerden in de benchmark, maar bleef het bij. De andere ziekenhuizen hebben de KPAZ alleen gebruikt voor een interne toetsing of zelfs helemaal niet gebruikt. Vanaf 2006 krijgt de CQ Index een duidelijke positie. Niet alleen wordt deze door de overheid als standaard aangewezen, ook de andere partijen in het veld gebruiken de CQ Index. In andere sectoren van de zorg is de CQ zelfs verplicht gesteld. De keuze van de Santeonziekenhuizen in 2009 en het besluit van de NFU in 2011 laten zien dat de CQ Index een populairder model is geworden dan de KPAZ. Er is duidelijk sprake van mimetische gelijkvormigheid.

Normatieve gelijkvormigheid

Het gebruik van een patiëntenenquête als meetinstrument voor de kwaliteit van de zorg is een item dat inmiddels iedere professional meekrijgt tijdens de opleiding. De uitvoering van een enquête onder patiënten is nogal eens onderdeel van een stage opdracht. Ook worden resultaten van een patiëntenenquête gebruikt bij de kwaliteitsvisitaties en deze kunnen leiden tot aanbevelingen aan de maatschap vanuit de wetenschappelijke vereniging. Een relatie met de CQ-Index en kwaliteitsvisitatie is niet gevonden. Wel kan geconstateerd worden dat het vragen naar de mening van de patiënt vanzelfsprekend is geworden. Welke enquête hiervoor wordt gebruikt lijkt minder belangrijk. Het draagvlak voor de uitkomsten is sterker indien bewezen kan worden dat de resultaten wetenschappelijk verantwoord zijn. De uitvoering van een patiëntenenquête is een norm die onderdeel is geworden van accreditatie, certificatie, visitatie en de prestatie-indicatoren.

Afgedwongen gelijkvormigheid

Ziekenhuizen zijn weliswaar min of meer gedwongen om een patiëntenenquête te laten plaatsvinden, maar ze zijn vooralsnog niet gedwongen om een specifieke gestandaardiseerde enquête te gebruiken. Doordat de CQ-Index door andere partijen wordt gebruikt en de zorgaanbieder toch geconfronteerd wordt met deze resultaten ontstaat in toenemende mate een dwang om zelf ook de gestandaardiseerde enquête te gebruiken.

Conclusie: alle drie de gelijkvormigheidsprocessen spelen een belangrijke rol bij het draagvlak voor de gestandaardiseerde patiëntenenquête en hebben gezorgd voor 'het geloof' dat het belangrijk is een patiëntenenquête uit te voeren. Dit wordt bevestigd door Delnoy: "Het feit dat je patiëntenervaringen meet, daar durft niemand meer wat van te zeggen." (Bron: interview 15 februari)

10.6 Samenvatting

Historie

In de *eerste helft van de jaren negentig* wordt op initiatief van het NPCF de eerste landelijke patiëntenenquête voor ziekenhuizen ontwikkeld. Wanneer na de pilot bij drie ziekenhuizen een bredere uitrol plaatsvindt blijkt de enquête weerstand op te roepen bij de medische professie. Naast discussies over de vraagstelling is het openbaar maken van de resultaten, zelfs binnen de eigen groep, een item waar men veel moeite mee heeft. Het project krijgt geen vervolg.

Eind jaren negentig, bij de opzet en uitvoering van ZVS I en ZVS II, wordt geen ruimte meer gegeven voor discussies over de vragenlijst, het weigeren van het onderzoek of het voorkomen van de publicatie van de resultaten. De Consumentenbond voert het onderzoek uit en publiceert de resultaten in de consumentengids. De landelijke patiëntenenquête wordt hiermee een extern instrument. De aanbieders van de zorg - het ziekenhuis en de medisch specialisten - kunnen niet anders dan dit 'ondergaan'. Na de pilot in de regio Utrecht (ZVS I) en het onderzoek bij 37 ziekenhuizen (ZVS II) vindt een verdere uitrol van dit onderzoek niet meer plaats.

De academische ziekenhuizen ontwikkelen in het *begin van de 20^e eeuw* een eigen vragenlijst (KPAZ) voor intern gebruik. De koepel van algemene ziekenhuizen neemt deze vragenlijst over, maar lang niet alle ziekenhuizen participeren in de benchmark. 60% maakt een andere keuze. Ziekenhuizen verliezen hierdoor hun invloed in de ontwikkeling van een gestandaardiseerde landelijke enquête.

Het vergelijkingsonderzoek van de consumentenbond naar diagnosecategorieën (2005-2007) 'leert' ziekenhuizen en medisch specialisten dat niet meewerken aan een onderzoek van externe partijen tot negatieve consequenties leidt. Vanaf die periode zijn ze geneigd altijd mee te werken. Inmiddels blijkt medewerking vaak niet meer nodig te zijn om achter de mening van de patiënt te komen.

In 2005 ontwikkelen de zorgverzekeraars de CAHPS, een gestandaardiseerde evidence based enquête die ze onder hun verzekerdenbestand uitzetten. Het ziekenhuis of de specialist is niet nodig als schakel voor het verspreiden van de enquête. Het uitzetten van enquêtes en het vergelijken van resultaten van ziekenhuizen - zelfs per diagnosecategorie - blijkt voor verzekeraars veel eenvoudiger te zijn dan voor andere partijen.

In 2006 wijst de overheid de CQ-index aan als dé standaard voor het meten van klant-ervaringen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het CKZ wordt opgericht om te toetsen of de toepassing en het gebruik voldoet aan de standaard en om meetbureaus te accrediteren.

De Santeon ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen besluiten eind jaren 00, begin jaren 10, de CQ-Index als patiëntenenquête te gaan gebruiken.

Regulerende patronen

Vanuit het sociale veld zijn twee regulerende patronen van invloed geweest op de ontwikkeling van een landelijke enquête voor ziekenhuispatiënten: de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid (**V2**) en de toenemende aandacht voor kwaliteit (**V4**). Daarnaast heeft de toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen een rol gespeeld (**M1**). Vanuit de afzonderlijke partijen zijn geen regulerende patronen van invloed geweest.

De implementatie van de patiëntenenquête heeft een relatie met twee regulerende partijpatronen: de aanstelling van ondersteunende functionarissen in ziekenhuizen (**P10**) en het versterken van de positie van de individuele patiënt (**P12**). Daarnaast is een koppeling te constateren met regulerende veldpatronen: de gezamenlijke verantwoordelijkheid (**V2**), het overheidstoezicht op de zelfregulering (**V3**), de toenemende aandacht (**V4**), de strijd om de hiërarchische rangschikking (**V5**) en de invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (**V6**). De patiëntenenquête heeft ook een relatie met de vraag om transparantie van ziekenhuiskwaliteit vanuit de maatschappij (**M2**).

Door de patiëntenenquête zijn twee specifiek samenhangende regulerende patronen ontstaan: Het gebruik van een gestandaardiseerde landelijke patiëntenenquête voor de inventarisering van de mening van de patiënt (**S5**) en de patiëntenenquête als een geïntegreerd onderdeel van de bedrijfsvoering van de partijen in het veld (**S6**).

Alle drie de gelijkvormigheidsprocessen hebben een belangrijk rol gespeeld bij het draagvlak voor een gestandaardiseerde patiëntenenquête en gezorgd voor 'het geloof' dat het belangrijk is een patiëntenenquête uit te voeren.



Indicatorontwikkeling

11.1 Inleiding

Gegevens van specifieke patiëntengroepen vormen al lang een belangrijke bron van kennis om tot kwaliteitsverbetering te komen. Door deze gegevens uit te drukken in meetbare normen wordt het mogelijk om vast te stellen of een bepaald afgesproken niveau van kwaliteit is behaald. Deze meetbare normen worden indicatoren genoemd. De Raad voor Gezondheidsonderzoek definieert een indicator als ‘een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg’ (RGO 1990). Een onderscheid kan worden gemaakt in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren (Donabedian 1980, Donabedian 1992, Derose, et al. 2002, RIVM 2013). *Structuurindicatoren* richten zich op de aanwezigheid van de organisatorische voorwaarden en omstandigheden, *procesindicatoren* geven een beeld over het verloop van het zorgverleningproces bij individuele patiënten en *uitkomstindicatoren* geven een indicatie van het behaalde resultaat, het uiteindelijke effect van de zorgverlening.

Indicatoren krijgen eind 20^e eeuw in het ziekenhuisveld een steeds belangrijkere functie. Alle partijen uit het veld - inspectie, medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars - gaan aandacht geven aan de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren. Verwacht wordt dat met indicatoren de kwaliteit van de verleende zorg voor alle partijen transparant wordt en dat de gegevens van de indicatoren eenvoudig geïnterpreteerd en gebruikt kunnen worden. “Indicators are purported to deliver the ‘right’ information on healthcare products and services. They seem to be *the* tool to facilitate the growth of knowledge for diverse purposes; *the* tool through which patients, citizens, policymakers, stakeholders, and professionals can understand what is achieved and accomplished in health care” (Jerak-Zuiderent en Bal 2011). Naast de rol die indicatoren krijgen als instrument om intern de kwaliteit te meten, gaan ze ook een rol spelen als extern ‘controle-instrument’ voor de kwaliteit van de zorg. Dit hoofdstuk onderzoekt de indicatorontwikkeling en maakt de koppeling met de regulerende patronen die vormgeven aan de ziekenhuiskwaliteit.

Na de beschrijving van de historie (11.2) vindt de analyse plaats van de veranderingen binnen partijen, het sociale veld en de maatschappij en wordt de relatie van de regulerende patronen met de indicatorontwikkeling in kaart gebracht (11.3). Vervolgens wordt onderzocht of naar aanleiding van deze kwaliteitsactiviteit specifieke patronen zijn ontstaan (11.4) en welke rol de gelijkvormigheidsprocessen hebben gespeeld bij de implementatie (11.5). Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (11.6).

11.2 Historie indicatorontwikkeling

11.2.1 Technologische vooruitgang en gegevensverzameling

Het verzamelen, vergelijken en interpreteren van gegevens met betrekking tot diagnose, behandelingen en bereikte resultaten is voor de medische professie altijd een belangrijk instrument geweest voor de ontwikkelingen in de medische wetenschap. De technologische vooruitgang maakt het in de tweede helft van de twintigste eeuw mogelijk om op eenvoudige wijze tot een landelijke verzameling en analyse te komen van gegevens van de medisch specialistische gezondheidszorg in ziekenhuizen.

De bewustwording dat een dergelijke ziekenhuisregistratie voor diverse doeleinden een belangrijke bron van informatie kan zijn leidt er toe dat in 1963 de NZR, de GV en de LSV, de SMR (Stichting Medische Registratie) oprichten. De ziekenhuizen leveren de gegevens aan, de SMR koppelt ze na bewerking weer terug naar de ziekenhuizen. De medische gegevens worden verstrekt aan de medisch specialisten, de bedrijfsinformatie aan de directie van het ziekenhuis. Gegevensverstrekking aan anderen, bijvoorbeeld inspectie, of ziekenfondsen, vindt alleen onder bepaalde voorwaarden plaats. De informatie is dus niet zomaar openbaar. Vijftien jaar na de oprichting van de SMR vindt bij 95% van alle ziekenhuisopnamen een landelijke registratie van de gegevens plaats (Ekker 1980). De SMR bouwt deze registratie uit tot de LMR (Landelijke Medische Registratie), een informatiesysteem waarbinnen zowel de klinische- als de poliklinische gegevens worden verwerkt. De LMR gaat in 1976 over in de SIG (Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg). In 1999 wordt de gegevensverzameling ondergebracht bij Prismant. Op landelijk niveau komt steeds meer informatie beschikbaar die elektronisch wordt geanalyseerd en teruggekoppeld naar de ziekenhuizen. Een deel van deze informatie heeft een directe relatie met de latere ontwikkeling van de indicatoren, zoals bijvoorbeeld het aantal overleden patiënten na opname, het aantal heropnames e.d. Een structureel gebruik van deze gegevens in de jaren zeventig of tachtig, door de LSV, de NVZ of wetenschappelijke verenigingen, is niet geconstateerd. Incidenteel gebruik van deze gegevens voor epidemiologisch onderzoek vindt wel plaats (van Romunde en Passchier 1992, Stricker en Herings 2006).

11.2.2 Indicatoren veroveren een positie in het sociale veld

Het begrip indicator krijgt voor de ziekenhuizen pas een betekenis wanneer het NZi (Instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg) dit begrip in de jaren negentig introduceert bij workshops ter ondersteuning van het waarborgen van de kwaliteit van de interne processen in de ziekenhuizen (van Dijk, Timmer en Elsinga 1995). In dezelfde periode ontstaan binnen ziekenhuizen discussies over een mogelijke toepassing van de BSC (Balanced Score Card)⁷⁶ en het gebruik van het INK-model⁷⁷. Beide instrumenten maken gebruik van prestatie-indicatoren om te meten in hoeverre strategische doelstellingen zijn bereikt. De BSC en het INK-model zijn afkomstig uit het bedrijfsleven. Daar is het werken met prestatie-indicatoren al veel eerder ingevoerd. Het begrip 'indicator' wordt in de jaren negentig dus al wel geïntroduceerd in de ziekenhuiswereld, maar het gaat dan voornamelijk nog over indicatoren die iets zeggen over de organisatorische kwaliteit - de structuur-indicatoren - en niet over indicatoren gericht op het zorgproces of de uitkomsten van de zorg.

Eind jaren negentig concludeert de Algemene Rekenkamer dat in de uitvoering en aansturing van het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg nogal wat knelpunten bestaan. De normen die de IGZ hanteert bij inspectiebezoeken zijn onduidelijk en aan vervolgotrajecten wordt onvoldoende gewerkt. Centrale aansturing lijkt onmogelijk en er bestaan grote regionale verschillen. De ontwikkeling van Gefaseerd Toezicht, gebaseerd op normenkaders en indicatoren lijkt hiervoor een oplossing te bieden (Rekenkamer 1999). Het gefaseerd toezicht wordt verdeeld in drie fasen: (1) instellingen of beroepsbeoefenaren leveren gegevens aan op basis van indicatoren, (2) instellingen die op basis van een risico inschatting zijn geselecteerd worden nader onderzocht en (3) handhaving door de inspectie wanneer risico's op onverantwoorde zorg zich blijven voordoen (Kruikemeier, et al. 2010).

Het gebruik van indicatoren in relatie tot de kwaliteit van de zorgverlening komt zowel in de ziekenhuizen als bij de IGZ steeds vaker op de agenda te staan. Dit komt tot uiting in de afspraak die de NVZ, de NFU en de OMS tijdens de Leidschendamconferentie van 2000 maken om indicatoren voor de kwaliteit van de zorg te ontwikkelen. Door dit besluit ontstaat een periode met veel onrust en beweging. Diverse organisaties blijken geïnteresseerd om ondersteuning te geven bij het ontwikkelen van indicatoren en meerdere partijen ontwikkelen verschillende initiatieven. Berg et al (2009) beschrijven hoe (1) het NIAZ en TNO een miljoenen kostend voorstel ontwikkelen voor de drie partijen, (2) het CBO bij VWS gaat lobbyen, (3) de OMS een plan opzet voor een uitgebreid ontwikkeltraject, (4) de

76 De balance score card richt zich op het benoemen van kritieke succesfactoren of te wel sleutelfactoren waar de organisatie goed in moet zijn om haar strategische doelstellingen te bereiken. De kritieke succesfactoren worden meetbaar gemaakt door ze te 'vertalen' in prestatie-indicatoren. Met behulp van de prestatie-indicatoren kun je meten in welke mate de strategische doelstelling is behaald.

77 Het INK model is een Nederlandse vertaling gebaseerd op Total Quality Management. Succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren worden gekoppeld aan de aandachtsgebieden van het INK-management-model. Vervolgens worden verbeterpunten geformuleerd ten behoeve van het realiseren van de organisatiedoelstellingen (Ahaus 1999).

NVZ een 'quick en dirty' set ontwikkelt die 2003 tijdens de algemene ledenvergadering wordt aangenomen en (5) VWS de Universiteit van Amsterdam de opdracht geeft om een raamwerk te ontwikkelen. Uiteindelijk starten vlak na de eeuwwisseling twee parallelle trajecten waarbinnen indicatoren worden ontwikkeld. Het ene traject gericht op indicatoren ten behoeve van de toezichthoudende rol van de inspectie, het andere gericht op indicatoren ten behoeve van keuze informatie voor consumenten van ziekenhuiszorg en onderhandelingsinformatie voor zorgverzekeraars.

11.2.3 Ontwikkeling indicatoren in twee parallelle trajecten

Ontwikkeling toezichthoudende rol inspectie

In 2002 start de IGZ met het project 'Inzicht in Toezicht'. Voor dit project worden twee doelen genoemd: "(1) Het ontwikkelen van een basisset prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen die geschikt is voor het Gefaseerd Toezicht en (2) het stimuleren van de wetenschappelijke verenigingen om een set wetenschappelijke onderbouwde uitkomst-indicatoren te ontwikkelen voor de (interne) kwaliteitsbewaking en -verbeteringen, waaruit enkele indicatoren voor openbaar gebruik geselecteerd kunnen worden." (IGZ 2005, 5 in, Kruikemeier, et al. 2010, 111) Dit betekent dat getracht wordt een koppeling te maken tussen enerzijds 'externe controle' en anderzijds 'interne verbetering'. Naast de IGZ nemen ook de NVZ, de VAZ⁷⁸ en de Orde van Medisch Specialisten deel aan dit project. Ondersteuning wordt gegeven door het RIVM en het iBMG (Zuiderent-Jerak en Berg 2010, Haec 2004, Berg, et al. 2009). Om het toezicht hanteerbaar en interpreteerbaar te houden richt de IGZ zich voornamelijk op zaken die in de risico analyse de grootste bedreiging vormen voor de patiëntveiligheid, de effectiviteit en de patiëntgerichtheid van de zorg.

In 2003 wordt het project 'Inzicht in Toezicht' geïntegreerd in het landelijk programma Sneller Beter. Doel van dit programma is om verbeteringen in de curatieve zorg op het gebied van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit, te stimuleren. Het programma bestaat uit drie pijlers:

1. Bewustwording: Experts van buiten de zorg wordt gevraagd om mee te denken over mogelijkheden tot verbeteringen in de zorg.
2. Het indicatoren project, gericht op een efficiënte en doelgerichte methode van toezicht.
3. Een ziekenhuisbreed implementatieprogramma om tot een versnelde invoering te komen van 'best practices' op gebied van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek.

De formele start van het SnellerBeter programma vindt plaats op 20 november 2003. Initiatiefnemers zijn het ministerie van VWS, de OMS, de NVZ en de V&VN. Financiering vindt plaats door VWS. De regierol voor pijler 2, het indicatorenproject blijft bij de inspectie liggen. Naast de IGZ participeren ook het iBMG en het RIVM in de projectgroep en vindt een nauwe samenwerking plaats met het CBO.

78 Later NFU

Een evaluatie van het totale Sneller Beter project heeft nooit plaatsgevonden, wel deel-evaluaties van pijler 2 en van pijler 3. Een samenhangend overzicht en inzicht in de opbrengst van het totale programma is niet voorhanden. Het is dan ook niet mogelijk een uitspraak te doen over de invloed van het bewustwordingsonderdeel (pijler 1) en het ziekenhuisbreed implementatieprogramma (pijler 3) op het indicatoren project.

In september 2003 brengen de IGZ, NVZ, OMS en VAZ gezamenlijk de eerste set van de prestatie-indicatoren uit. Deze set wordt, na een kort haalbaarheidsonderzoek, eind 2003 naar de ziekenhuizen verstuurd. De inspectie hanteert het motto 'better done than perfect'. De wetenschappelijke onderbouwing zal al werkend verder worden ontwikkeld (Berg, et al. 2009). Ondanks dat er geen expliciete wettelijke basis is voor de aanlevering van de prestatie-indicatoren (idem, 66) gaan de meeste ziekenhuizen toch aan de slag om de gegevens te verzamelen. De verantwoordelijkheid voor de aanlevering ligt bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis die het verzamelen van de resultaten veelal in samenwerking doet met het Medisch Stafbestuur.

Veel ziekenhuizen worden intern geconfronteerd met draagvlakproblemen bij de medisch specialisten voor bepaalde prestatie-indicatoren, daarnaast blijkt veel ondersteunende menskracht nodig te zijn voor het verzamelen van de indicatorresultaten. Werkzaamheden moeten soms op een andere manier worden vormgeven om te kunnen voldoen aan de indicatoren en om de juiste gegevens naar boven te krijgen moeten soms technisch onmogelijke koppelingen plaatsvinden van registratiesystemen. De indicatorenontwikkelaars blijken onvoldoende rekening te hebben gehouden met de praktische consequenties voor de ziekenhuizen. "The authors fail to problematize the investments that must be undertaken to 'make these indicators work', thereby missing the opportunity to point out how to trace successes or failures in practices around and beyond the very figures of the performance indicators" (Jerak-Zuiderent en Bal 2011, 227).

De ziekenhuizen krijgen niet alleen de vraag om de behaalde indicatorresultaten van 2003 aan de inspectie te leveren, maar ook om deze openbaar te maken via publicatie in hun jaarverslag of op hun website (Haeck 2004). Volgens Meijerink, et al (2003) liggen twee redenen ten grondslag aan het verzoek de resultaten zelf openbaar te maken; (1) gegevens die de ziekenhuizen aan de IGZ verstrekken zijn openbaar op grond van de WOB (Wet openbaarheid van bestuur) en (2) hierdoor wordt benadrukt dat het om interne kwaliteitsverbetering gaat en niet om een landelijk vergelijkingssysteem. Naast een controle-instrument ziet de inspectie de basisset ook als een intern verbeterinstrument. Volgens Kruikemeier (2010) heeft de openbaarmaking tevens een relatie met de introductie van de marktwerking waardoor openbaarmaking van de informatie over kwaliteit van belang wordt voor het keuzeproces van patiënten. In het jaarbericht van 2004 bericht de IGZ "dat zij informatie over kwaliteit openbaar wil maken met als doel de burger of patiënt te voorzien van keuze informatie. Door prestatie-indicatoren openbaar te maken, is de IGZ transparant over de zorg, draagt daardoor bij aan de keuzemogelijkheden van patiënten en dus indirect ook aan de marktwerking." (Kruikemeier, et al. 2010, 45)

Als gevolg van de openbaarheid van de resultaten publiceert in september 2004 het AD (Algemeen Dagblad) de eerste 'Ziekenhuizen top 100'. Dat de scores van de resultaten op deze manier gebruikt zouden worden was niet voorzien, maar de indicatoren zijn hiervoor ook niet bedoeld. Ze zijn niet ontwikkeld als norm om te bepalen of een bepaald niveau van kwaliteit wel of niet is gehaald, maar bedoeld om 'aanwijzingen' te geven waar nader onderzoek moet plaatsvinden. Daarnaast geven de indicatoren aanwijzingen over bepaalde zorgonderdelen en niet over de totale zorgverlening van een ziekenhuis, een suggestie die wel wordt gedaan door een 'top 100' van ziekenhuizen te maken. Al deze overwegingen spelen geen rol voor het AD. Op basis van de scores vindt een rangschikking plaats van de ziekenhuizen en wordt een beeld gecreëerd dat ziekenhuizen met de beste kwaliteit bovenaan staan en die met de slechtste kwaliteit onderaan. Deze ziekenhuisrangschikking zorgt voor publieke discussies waarbij het veelal gaat over de incomplete gegevens die door de ziekenhuizen zijn aangeleverd en over de 'ranking' methode die door de krant is gebruikt (Berg, et al. 2005). De discussies zelf gaan in deze fase niet over 'de kwaliteit van de zorg'.

De IGZ vindt het belangrijk dat naast de basisset meer gedetailleerde indicatoren worden ontwikkeld voor de zorginhoudelijke kwaliteit van specialismen en afdelingen binnen het ziekenhuis. Zij ziet dit als taak voor de wetenschappelijke verenigingen. Deze pakken dit op en gaan zelf indicatoren ontwikkelen. Besloten wordt om tweemaal per jaar een overlegronde te laten plaatsvinden - georganiseerd en gecoördineerd door de OMS - waarin wetenschappelijke verenigingen aan de IGZ indicatoren aanbieden. Tijdens dit overleg worden afspraken gemaakt met betrekking tot het ontwikkelen, wijzigen en vervangen van indicatoren in de IGZ Basisset. Tevens worden de conceptrapportages aan de wetenschappelijke verenigingen voorgelegd om interpretatiefouten te voorkomen (Kruikemeier, et al. 2010, 114). De rol die de wetenschappelijke verenigingen op deze manier krijgen toebedeeld is belangrijk voor het draagvlak voor de indicatoren bij de achterban. Dit voorkomt ook discussies binnen de ziekenhuizen tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten over het aanleveren van de resultaten op de indicatoren.

In december 2005 sluiten de Inspectie, de NVZ, NFU en OMS een samenwerkings-overeenkomst waarin de werkwijze voor het ontwikkelen van indicatoren en de verantwoordelijkheid van de partijen wordt omschreven. Afgesproken wordt zoveel mogelijk de AIRE (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation) systematiek te volgen. AIRE is door de afdeling sociale geneeskunde van het AMC in opdracht van de OMS ontwikkeld, met als doel er voor te zorgen dat indicatoren berusten op een goede wetenschappelijke onderbouwing en begrijpelijk zijn voor diegenen die gebruik willen maken van de informatie, maar ook dat het gebruik van de indicatoren in de praktijk praktisch haalbaar is. Het AIRE instrument kan gebruikt worden als 'handleiding' voor het ontwikkelen van indicatoren en als 'checklist' waarmee indicatoren kunnen worden beoordeeld op kwaliteit (de Koning, Smulders en Klazinga 2007). Het is de bedoeling dat indicatoren waar mogelijk gebaseerd worden op richtlijnen en normen, of om vast te stellen waar deze ontbreken. Op basis van deze afspraken worden nieuwe indicatoren in de Basisset geïntroduceerd. Het is de bedoe-

ling dat door op deze manier een draagvlak te creëren voor de indicatoren, de inspectie beargumenteerd en op basis van overtuiging kan sturen. Pas wanneer dat niet lukt zullen met de wet in de hand maatregelen worden afgedwongen (IGZ 2007).

In 2005 lanceert de overheid de website kiesbeter.nl. Naast dat op deze website allerlei gegevens van de zorgorganisaties worden vermeld, tracht deze website ook in begrijpelijke bewoordingen voor de consument een vertaalslag te maken van de resultaten van de basis-set IGZ indicatoren. Het is de bedoeling dat de consument op basis van deze informatie keuzes gaat maken in de zorg.

Ontwikkeling indicatoren voor gebruik patiënten en zorgverzekeraars

In de periode van de ontwikkeling van de basisset van de IGZ worden ook andere partijen actief met het ontwikkelen van extern toetsbare indicatoren. De patiëntenverenigingen houden zich nog afzijdig, maar de Consumentenbond - gewend om te werken met indicatoren uit andere domeinen - pakt dit initiatief in eerste instantie op met 'de ziekenhuis-keten'. Acht ziekenhuizen nemen in een samenwerkingsverband het besluit om in een gezamenlijk project een set van extern toetsbare kwaliteitsindicatoren voor de zorg te ontwikkelen. Indicatoren die bedoeld zijn als informatie voor consumenten van ziekenhuis-zorg. Ook het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, het CBO, is bij dit initiatief betrokken (Visser 2001). Het is de bedoeling van de Consumentenbond om deze indicatoren in te passen in het algemene ziekenhuisvergelijkingsonderzoek (ZVS), zie hiervoor ook hoofdstuk 10.

Begonnen wordt met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor één vakgebied; de gynaecologie en verloskunde. Dit in de veronderstelling dat de opgedane ervaring gebruikt kan worden voor vervolgttrajecten. De formulering van structuur- en procesindicatoren blijkt relatief makkelijk te zijn, maar aan het formuleren van uitkomstindicatoren blijken veel haken en ogen' te zitten (Lips 2002). Het maken van een vertaling van 'professionele' kwaliteits-indicatoren naar het consumentenpatiëntenperspectief blijkt een probleem dat steeds weer terugkomt. Daarnaast blijken de uitkomstindicatoren vaak sterk gerelateerd te zijn aan de samenstelling van de patiëntenpopulatie van de afdeling (idem). Tijdens de discussies lukt het niet eenstemmigheid te bereiken over de uitkomstindicator als maat voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van de beroepsgroep gynaecologen. Besloten wordt gericht te onderzoeken aan welke informatie patiënten behoefte hebben en dit te koppelen aan de vragenlijst van het ziekenhuis vergelijkingsonderzoek van de consumentenbond in 2002 (ZVS II). In de 8 ziekenhuizen van de Ziekenhuisketen vindt naast de vragenlijst van dit onderzoek een specifiek onderzoek plaats naar de kwaliteit van het medische handelen met betrekking tot het specialisme gynaecologie/obstetrie. Dit onderzoek laat zien dat patiënten maar in zeer beperkte mate een bewuste keuze maken op basis van de kwaliteit van de medische zorg die de ziekenhuizen bieden (Lips 2002). Bij routine ingrepen gaat de patiënt er vanuit dat de kwaliteit bij elke gynaecoloog en in ieder ziekenhuis standaard of gewoon is. Bereikbaarheid en faciliteiten van het ziekenhuis spelen een veel belangrijkere rol dan de mogelijke kwaliteitsverschillen tussen artsen (idem). De werkgroep concludeert dat interne indicatoren

gericht op zelfsturing en verbetering, niet zonder meer gebruikt kunnen worden als externe indicatoren voor beoordeling en vergelijking van kwaliteit. Het lukt de werkgroep niet om binnen de gestelde termijn een set van medisch inhoudelijke kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen die door externe partijen gebruikt kunnen worden (idem).

Op initiatief van VWS en gesubsidieerd door ZonMw, starten het CBO en de OMS op 1 maart 2005 het project 'Kwaliteit van Zorg in de Etalage' (Kallewaard 2007). Dit project heeft twee doelen:

1. Het ontwikkelen van externe landelijke indicatoren op basis waarvan patiënten en zorginkopers keuzes kunnen maken c.q. contracten kunnen sluiten.
2. Het ontwikkelen van een handleiding indicatorontwikkeling, op basis van de ervaringen uit dit project.

De criteria die bij de selectie van aandoeningen worden gebruikt zijn: relatief veel voorkomende aandoening, verspreid over wetenschappelijke verenigingen, beschikbaar van een Evidence Based richtlijn en opgenomen in de lijst van kwaliteitsindicatoren inkoop van Zorgverzekeraars Nederland (idem). Een belangrijk argument voor de medisch specialisten om te participeren in dit project is het verkrijgen van inspraak in de kwaliteitscriteria die de zorgverzekeraars willen gaan hanteren tijdens de onderhandelingen over de zorginkoop. De indicatoren die in het project tot stand komen worden door de verzekeraars integraal overgenomen voor de zorginkoop 2006 en de hierop volgende jaren. Kallewaard (2007) noemt ook een aantal minder succesvolle punten van dit project: (1) in de loop van de tijd distantiëren de NVZ en de NFU zich van het project, (2) het lukt niet altijd om een goede balans te vinden in de indicatorenset tussen structuur, proces en uitkomst, (3) normen (minimumnormen en streefnormen⁷⁹) ontbreken, (3) een spanningsveld tussen patiëntenperspectief en wetenschappelijke onderbouwing waardoor een ander perspectief ontstaat en (5) het niet altijd beschikbaar zijn van evidence-based richtlijnen.

Indicatoren gebaseerd op aanbevelingen uit een richtlijn bleken uiteindelijk wel te kunnen rekenen op een breed draagvlak in de werkgroepen, niet alleen bij de professionals maar ook bij de patiënten en bij de verzekeraars (Kallewaard 2007, 28). Deze laatste uitkomst laat zien dat de koppeling tussen indicator en richtlijn door alle partijen als belangrijk wordt gezien.

11.2.4 Invloed indicatoren binnen ziekenhuizen

Vrijwel alle IGZ indicatoren blijken *structuur- of procesindicatoren* te zijn. De formulering van medisch inhoudelijke *uitkomstindicatoren* blijkt niet eenvoudig te zijn, mede door de discussie wie of wat bepaalt wat de uitkomst is. Gaat het bijvoorbeeld om het aantal patiënten dat na een bepaalde periode nog in leven is, de tevredenheid van de patiënt over de behandeling, of over de kwaliteit van leven na een aantal jaren?

79 Een norm beschrijft 'hoe vaak' en is daarmee de ultieme uitwerking van de aanbeveling uit een richtlijn. De mate waarin een norm bindend is, hangt af van de gekozen formulering.

Ziekenhuizen blijken na een aantal jaren in een toenemende mate te voldoen aan de *structuurindicatoren* van de IGZ, bijvoorbeeld de deelname aan de TRIP⁸⁰ registratie, de aanwezigheid van een hartfalen- of mamapoli en de invoering van een complicatieregistratie bij alle specialismen. Informatie over structuurindicatoren is voor ziekenhuizen makkelijk te verzamelen en bijstelling over het algemeen vrij eenvoudig te realiseren. Door Berg, et al (2009) wordt opgemerkt dat structuurindicatoren wel een scherp afgebakende definiëring nodig hebben om het juiste antwoord op de vraag te genereren en dat verificatie door de inspectie of het juiste antwoord is gegeven, lang niet altijd eenvoudig blijkt te zijn. Een bepaald specialisme kan wel aangeven een complicatieregistratie te hebben ingevoerd, maar dat zegt nog niets over de kwaliteit van de registratie en of op basis van de registratie actie wordt ondernomen.

Het voldoen aan de *procesindicatoren* vraagt nog veel meer registratie voor het ziekenhuis en of de informatie klopt is voor de inspectie nog moeilijker te verifiëren. Bijvoorbeeld bij de procesindicator dat elke een diabetespatiënt jaarlijks voor controle naar de oogarts dient te gaan. Om te kunnen bepalen hoeveel procent van de diabetespatiënten ook daadwerkelijk een oogcontrole heeft laten uitvoeren is niet eenvoudig. De diabetespatiënt is misschien wel bij de oogarts geweest, maar daarvoor kan ook een andere reden zijn geweest dan de diabetesoogcontrole. Voor elke patiënt moet dus een aparte registratie plaatsvinden in het dossier van de oogarts dat zijn bezoek gerelateerd is aan zijn diabetescontrole. In het dossier van de internist moet vervolgens ook worden vermeld of dit bezoek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, een verwijzing naar de oogarts is niet voldoende. Dit laat zien dat het verzamelen van de resultaten van de procesindicatoren niet eenvoudig is, maar het verifiëren van de juistheid ook niet. Berg et al (2009, 33) geven aan dat ziekenhuizen ook creatief kunnen zijn in het ‘oppoetsen’ van resultaten. Ze selecteren bijvoorbeeld een geschikte populatie waarbij de gegevens van de indicator worden verzameld, bijvoorbeeld door patiënten te selecteren voor toelating op de hartfalenpolikliniek of door de pijnscore alleen te registreren op één specifieke afdeling of het decubituspercentage op alle afdelingen te meten, dus ook op de kinderafdeling.

Ziekenhuizen die snel reageren om tot ‘verbetering’ te komen op de IGZ indicatoren voorkomen dat de inspectie langskomt en hebben meer kans om hoog op de ranglijst van het AD terecht te komen. Daarnaast hebben ziekenhuizen in de loop van de tijd ook geleerd dat het niet verstrekken van gevraagde gegevens vrijwel altijd een negatiever resultaat geeft dan het wel verstrekken, ook wanneer de uitkomsten niet goed zijn. Het niet verstrekken van gegevens leidt tot inspectiebezoek en in het AD kom je onderaan de lijst terecht.

De basisset indicatoren van de IGZ heeft er voor gezorgd dat het professioneel handelen van de medisch specialisten op alle niveaus binnen de ziekenhuisorganisatie een gespreks-onderwerp is geworden; niet alleen op maatschappijniveau en bij het medische stafbestuur, maar ook bij de raad van bestuur en de medewerkers van afdelingen die een directe rol hebben bij de medische handeling of bij het verzamelen van de gegevens.

80 Transfusie- en Transplantatiereacties in Patiënten

Het gelijktijdig lopen van diverse kwaliteitsactiviteiten in een ziekenhuis maakt het niet altijd gemakkelijk om een bepaalde verandering toe te wijzen aan een specifieke activiteit. In het eerste decennium van de 21^e eeuw lopen diverse kwaliteitsactiviteiten met een overlap in de onderwerpen die specifieke aandacht krijgen. Twee voorbeelden:

Voorbeeld 1

Naast het aanleveren van de gegevens op de basisset prestatie-indicatoren IGZ loopt in de periode 2004 - 2008 ook het Sneller Beter pijler 3 programma (SB3), het ziekenhuisbrede implementatieprogramma om tot een versnelde invoering te komen van 'best practices' in 24 ziekenhuizen. Informatie over de relatie van pijler 2 (de indicatorontwikkeling) met pijler 3 is niet gevonden. Wel blijkt uit het verslag van het Sneller Beter pijler 3 (ConsortiumSB3 2006) over het eerste jaar dat diverse verbeterprojecten en doelstellingen gerelateerd zijn aan de prestatie-indicatoren uit de basisset IGZ, zoals:

- afname pijn na de operatie. "Bij de deelnemende afdelingen van de Sneller Beter ziekenhuizen is bij patiënten de maximale pijn na een operatie afgenomen van 5,2 (te veel pijn) naar 4,1 (aanvaardbare pijn), een afname van 21%."
- daling van het percentage patiënten met decubitus. "Op de betrokken Sneller Beter afdelingen is het gemiddelde percentage patiënten met doorligwonden gedaald van 12% in januari 2005 tot 5% in december 2005. Het resultaat van het eerste jaar komt daarmee uit op een daling van het percentage patiënten met doorligwonden met gemiddeld 58%."

De aandacht van SB3 voor deze onderwerpen kan niet los worden gezien van de verbeteringen in relatie tot de prestatie-indicatoren.

Voorbeeld 2

Een ander voorbeeld is het Programma complicatieregistratie van de Orde, gesubsidieerd door VWS in het kader van de Meerjarenafspraken Curatieve Somatische zorg van 1999 - 2007. Het benoemen van complicatieregistratie als prestatie-indicator heeft ondersteuning gegeven aan de uitvoering van dit programma. Verondersteld kan worden dat het reeds lopende programma invloed heeft uitgeoefend op de toename van het aantal specialismen dat complicaties registreert.

Naast deze twee voorbeelden heeft in dezelfde periode ook de invoering plaatsgevonden van de DBC's en de nieuwe zorgverzekeringswet. Dit heeft druk uitgeoefend op ziekenhuizen om met name bij de electieve (niet spoedeisende) ingrepen efficiënter te gaan werken. Een snellere doorstroming van de patiënten kan bijvoorbeeld een direct financieel voordeel opleveren.

11.2.5 Indicatoren worden centrale kwaliteitsactiviteit

Vanaf 2007 worden landelijke programma's opgezet en door partijen organisaties opgericht ten behoeve van de ondersteuning van de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren.

Landelijk programma Veiligheid

In de Staat van de Gezondheidszorg 2004 concludeert de inspectie dat in Nederland jaarlijks duizenden mensen overlijden, of blijvende schade overhouden, aan incidenten in de zorg. Gegevens uit de HARM (Hospital Admissions Related to Medication) in 2006 laten vervolgens zien dat ten gevolge van problemen met geneesmiddelengebruik in Nederland 19.000 mensen per jaar in ziekenhuizen worden opgenomen waarvan 1.200 overlijden. In 2007 komen uit een studie van het EMGO⁸¹ en het Nivel cijfers beschikbaar over het aantal potentieel vermijdbare doden (1.735) en het aantal patiënten dat jaarlijks vermijdbare gezondheidsschade oploopt (30.000) (Wagner en de Bruijne 2007). Dit alles leidt er toe dat op 12 juni 2007, tijdens het jaarlijkse patiëntveiligheidssymposium, de IGZ het actieplan 'Voorkom schade, werk veilig' aan de minister aanbiedt. De OMS, de NVZ, de NFU, V&VN en LEVV zijn bij dit actieplan betrokken. Het lijkt een logische weg om vervolgens aparte indicatoren te gaan ontwikkelen voor veiligheid. De indicatoren uit de basisset blijken maar een beperkte relatie te hebben met het voorkomen van incidenten. Deze indicatoren zijn immers specifiek ontwikkeld ten behoeve van het gefaseerde toezicht van de inspectie en gericht op het vaststellen waar de risico's voor alle patiënten zitten. Toezicht op incidenten door de IGZ is een andere toezichtverantwoordelijkheid dan het vaststellen van risico's voor alle patiënten. Incidenten komen maar bij een klein aantal patiënten voor.

Aangezien in een eerdere fase de afspraak is gemaakt dat de Basisset van de IGZ indicatoren niet in omvang zal toenemen, kunnen specifieke veiligheidsindicatoren alleen worden toegevoegd indien andere indicatoren verdwijnen. Op basis van een advies van de wetenschappelijke adviesraad wordt afgesproken aparte veiligheidsindicatoren te ontwikkelen. Indicatoren waarmee de Inspectie toezicht kan houden of de doelstelling behaald wordt om binnen 5 jaar de vermijdbare schade en sterfte te halveren en om toezicht te houden op specifieke interventies. Deze veiligheidsindicatoren worden of aan de Basisset toegevoegd (vervanging van een andere indicator) of apart aan ziekenhuizen gevraagd (IGZ 2007).

Het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' start op 1 januari 2007. Dit programma richt zich op de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de invoering van verbeteringen op 10 thema's (VMS 2012) in alle ziekenhuizen.

Landelijk programma Zichtbare Zorg

In opdracht van het ministerie van VWS richt de IGZ voor alle sectoren in de zorg in 2007 het programma Zichtbare Zorg op. Een belangrijke reden voor de oprichting is het beperken van de administratieve druk op de instellingen, veroorzaakt doordat vele partijen jaarlijks antwoorden vragen op indicatoren. Financiering van het programmabureau vindt plaats door

81 onderzoeksinstituut ExtraMuraalGeneeskundig Onderzoek.

VWS en de IGZ krijgt de regierol toebedeeld. Het bureau Zichtbare Zorg krijgt de opdracht om in vijf jaar tijd (2007-2012) in alle sectoren van de zorg een breed gedragen set openbare informatie over kwaliteitspresentaties te realiseren, te beginnen met de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen. Het streven is om voor 80 ziektebeelden kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen die alle partijen voor hun eigen doel kunnen gebruiken.

Voor de ontwikkeling van indicatoren in de ziekenhuissector verenigen in juni 2007 acht partijen zich in de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen: de NVZ, de Consumentenbond, de IGZ, de NFU, de NPCF, de OMS, de V&VN en ZN. Een projectteam geeft ondersteuning aan ziekenhuizen bij het verzamelen en aanleveren van de gegevens. Begeleiding vindt plaats door een consortium van drie partijen, IQ Healthcare, OMS en VIKC (Vereniging van Integrale Kanker Centra). Daarnaast wordt ook een Programma Advies Commissie ingesteld, samengesteld uit inhoudelijk deskundigen, die de stuurgroep adviezen geeft bij het behalen van de doelstellingen en de borging van de samenhang binnen de groeiende portefeuille aan indicatoren. Afgesproken wordt waar mogelijk gebruik te maken van evidence based richtlijnen. De ontwikkeling van de indicatoren vindt plaats in werkgroepen van medisch specialisten die afgevaardigd zijn door hun wetenschappelijke vereniging en afgevaardigden van zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Begeleiding vindt plaats door het CBO en de Orde van Medisch Specialisten. De indicatorensets worden geaccordeerd door de betreffende wetenschappelijke vereniging en in een aantal ziekenhuizen op haalbaarheid getoetst. Aan de zorgaanbieders wordt gevraagd de scores op de indicatoren aan te leveren. Deze aangeleverde gegevens worden omgezet tot informatie die gebruikt kan worden als:

- keuze informatie voor patiënten en consumenten;
- inkoopinformatie voor zorgverzekeraars;
- toezichtinformatie voor de inspectie;
- verbeterinformatie voor zorgverleners.

Het bureau Zichtbare Zorg moet dus niet alleen zorgen voor de totstandkoming van een goede set evidence based indicatoren, geaccepteerd door de professionals en door de organisaties die er mee moeten werken, maar ook voor de aanlevering van betrouwbare en valide informatie die zodanig wordt gepresenteerd dat externe partijen ook daadwerkelijk die informatie krijgen waaraan ze behoefte hebben.

Bij de ontwikkeling van de basisset IGZ indicatoren heeft de IGZ bij de ontwikkeling van de indicatoren de regierol vervuld. Deze rol krijgt ze bij Zichtbare Zorg ook weer toegewezen, maar ook moet de inspectie de regie voeren over verschillende partijen met ieder een ander belang. De indicatoren die de inspectie zelf nodig heeft voor het uitoefenen van de eigen toezichthoudende taak zijn andere indicatoren dan die de zorgverzekeraar nodig heeft voor zijn onderhandelingen met het ziekenhuis of die de patiënt nodig heeft voor het maken van een keuze voor een zorgverlener.

Bij de start van Zichtbare Zorg is afgesproken ernaar te streven dat in 2011 de kwaliteit van ziekenhuizen voor 80 aandoeningen openbaar wordt gemaakt op basis van zorginhoudelijke indicatoren. De doelstelling is dat minstens de helft bestaat uit uitkomst-indicatoren. De primaire verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van de sets kwaliteitsindicatoren wordt niet neergelegd bij de medisch specialisten maar bij expert-groepen die bestaan uit vertegenwoordigers van de verschillende belanghebbenden. De indicatorensets worden wel ter consultatie en validatie voorgelegd aan de wetenschappelijke verenigingen. Doordat kwaliteit van zorg niet altijd dezelfde lading heeft voor de verschillende partijen, blijkt het niet eenvoudig te zijn om de visies van de verschillende partijen binnen één indicatorenset te integreren. Dit leidt tot vertraging in de ontwikkeling van de indicatorensets en vele discussies ontstaan of gekozen uitkomstindicatoren wel de juiste zijn. Volgens de Boston Consulting Group (BCG 2011), met als bron (zichtbarezorg 2011) bestaat slechts 16% van de vastgestelde indicatoren uit uitkomstindicatoren en bevat de vastgestelde indicatorenset voor 60% van de aandoeningen zelfs geen enkele uitkomst-indicator. Ook is het bij lange na niet gelukt om voor 80 aandoeningen indicatoren te formuleren.

Integratie van de indicatoren van de Basisset van de IGZ en de indicatoren die ontwikkeld zijn in het kader van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft in november 2011, volgens de website van zichtbare zorg, nog niet plaatsgevonden.

In 2010 besluit de minister dat het bureau Zichtbare Zorg onderdeel dient te worden van een nieuw op te zetten kwaliteitsinstituut in de zorg.

Ondersteunende organisaties opgericht door medisch specialisten

In 2009 wordt de stichting DICA opgericht. Door middel van een door de chirurgen ontwikkeld registratiesysteem, clinical auditing, vindt de start plaats van een continue gedetailleerde meting van de kwaliteit van bepaalde behandelingen⁸². Een online systeem met een continue terugkoppeling van de gegevens naar de ziekenhuizen. Hierdoor wordt direct inzicht verkregen in het succes van de behandelingen en is het mogelijk de zorg direct aan te passen (DICA 2012). Het is de bedoeling om de registratie volgens het DICA model uit te breiden naar andere behandelingen.

In 2011 vindt de oprichting plaats van de Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, een samenwerkingsverband van 29 wetenschappelijke verenigingen en het OMS. De Kwaliteitskoepel krijgt als kerntaak “het ontwikkelen van indicatoren om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken. Interne indicatoren ten behoeve van het beoordelen van de eigen zorgprocessen en externe indicatoren om verantwoording af te leggen over de kwaliteit aan externe partijen”. (Kwaliteitskoepel 2012)

82 Vermelding op website in juli 2012: Darmkanker, Borstkanker, Maag- en slokdarmkanker, Longchirurgie, Kinderchirurgie en Pancreaskanker.

Ondersteunende organisaties opgericht door ziekenhuizen

Begin 2008 wordt, als opvolger van Prismant (eerder SIG en daarvoor LMR), door de NVZ en de NFU de stichting DHD (Dutch Hospital Data) opgericht. Deze stichting krijgt als taak de landelijke gegevensverzameling van zowel de academische als de algemene ziekenhuizen te beheren en te onderhouden, inclusief het DIS (DBC Informatie Systeem). Ook houdt de stichting DHD toezicht op relevante databanken die elders worden aangehouden. Per 1 januari 2011 wordt, door fusie met de Stichting CBV, ook het onderhoud en de ontwikkelingen van de medische classificaties en landelijke codestelsels en hun onderlinge relaties hieraan toegevoegd (DHD 2012).

In 2010 besluiten de universiteitsziekenhuizen een eigen *kwaliteitsconsortium* op te richten. In dit consortium zijn alle acht UMC's vertegenwoordigd. De oprichting vindt plaats vanuit een behoefte aan meer inzicht in en een verdieping van de discussie over kwaliteit en kwaliteitsinformatie (NFU 2010). Een belangrijke reden voor de oprichting van dit kwaliteitsconsortium is de constatering dat indicatoren steeds vaker voor doeleinden worden gebruikt waarvoor deze niet ontwikkeld zijn. Daarnaast is uit vergelijking en analyses van de scores op de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ - de jaren 2007, 2008 en 2009 - gebleken dat verschillen in resultaten lang niet altijd zijn terug te voeren op verschillen in kwaliteit. Verschillen in uitkomsten worden mede bepaald door de manier waarop de data worden verzameld, de verschillende interpretaties van definities, de variaties in de patiëntenpopulatie en de interpretatie van resultaten (NFU 2010). Het consortium gaat zich op de vraag richten hoe de kennis over verworven inzichten en best-practices optimaal gedeeld kan worden. De verwachting is dat hiermee een belangrijke stap voorwaarts gemaakt kan worden in het analyseren van de relatie tussen de registratie van indicatoren en het verbeteren van prestaties (idem).

Overige ondersteunende organisaties

Naast de organisaties die direct gerelateerd zijn aan partijen in het veld houden ook andere organisaties zich bezig met de ontwikkeling van indicatoren en de registratie van resultaten. Het IKN richt zich bijvoorbeeld specifiek op de oncologische zorg en de categorale patiëntenverenigingen richten zich op bepaalde diagnosecategorieën. Ook zelfstandige adviesbureaus, zoals bijvoorbeeld Mediquest, IQ Healthcare en Plexus, houden zich in opdracht van partijen bezig met de ontwikkeling en meting van indicatoren.

11.3 Veranderingen en regulerende patronen

11.3.1 Partijen

Deze paragraaf beschrijft de veranderingen bij de medisch specialisten en bij de overheid in relatie tot de indicator ontwikkeling

Medisch specialisten

De technologische vooruitgang in de 2^e helft van de 20^e eeuw vereenvoudigt het verzamelen en analyseren van klinische- en poliklinische informatie. De resultaten van deze analyses kunnen gebruikt worden om tot verbeteringen te komen in de medische zorgverlening (**P5**). Eind 20^e eeuw raken andere partijen ook geïnteresseerd in gegevens van patiëntengroepen (**V4**). Een ontwikkeling die weerstand oproept bij individuele medisch specialisten. De OMS constateert dat dit niet meer is tegen te houden en gaat een politieke rol spelen, gericht op samenwerking met de andere partijen en het overtuigen van de eigen achterban van het belang van participatie en acceptatie (**P11**). De OMS vertegenwoordigt de medisch specialisten bij projecten en programma's die zich met indicatorontwikkeling ten behoeve van externen bezighouden. Wetenschappelijke verenigingen krijgen een belangrijke rol bij het tot stand komen van de inhoud van de indicatoren en het verkrijgen van draagvlak bij hun achterban. Van der Grinten merkt op dat achter de totstandkoming van de prestatie-indicatoren van de IGZ een enorme machtsverschuiving zit. (Bron: interview 31 januari 2011)

In de eerste jaren van de verplichte aanlevering van de resultaten op de prestatie indicatoren uiten de medisch specialisten nogal wat weerstand tegen de aanlevering en het openbaar maken van de gegevens. "Medisch specialisten hebben in hun opleiding geleerd om op een andere manier naar hun eigen handelen te kijken dan die gevraagd wordt door de prestatie-indicatoren." (Bron: Van de Klundert, interview 27 januari 2011) Een verklaring voor de weerstand kan ook worden gevonden in de professionele en collegiale dispositie van de medisch specialist (Witman 2007). Door de '*professionele dispositie*' ziet de arts zijn handelen als een persoonlijke verantwoordelijkheid, dit is tegenstrijdig met de prestatie-indicatoren die door de arts ervaren worden als 'voorschriften' hoe hij dient te handelen. In het verlengde van de professionele dispositie ligt het regulerende patroon 'het nemen van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen door de medische professie' (**P1**). Door de '*collegiale dispositie*', gaat de arts er vanuit dat er geen openlijke kritiek wordt gegeven en geen controle plaatsvindt. Het vergelijken van de uitkomsten van de prestatie-indicatoren is hiermee strijdig. Bal (2008) heeft dit in zijn oratie samenvattend weergegeven als "het ervaren van de indicatoren als een uiting van gebrek aan vertrouwen en zelfregulerend vermogen". Controle kan alleen onder voorwaarden door de leden van het collectief - OMS, wetenschappelijke vereniging of medisch stafbestuur - plaatsvinden (**P5**), zoals bijvoorbeeld bij de kwaliteitsvisitatie. Controle door 'externen' wordt niet geaccepteerd.

De weerstand van de medisch specialisten neemt in de loop van de tijd af. Diverse factoren spelen hierbij een rol; (1) de verantwoordelijkheid van wetenschappelijke verenigingen voor de inhoud van de indicatoren, (2) de afspraak om de AIRE systematiek - wetenschappelijke onderbouwing van de indicatoren en een koppeling met richtlijnen - toe te passen en (3) de openbaarheid van de indicatorresultaten door publicatie in het AD en in de consumentengids. In toenemende mate beseft de individuele specialist de consequenties

van het niet aanleveren van informatie. “Het was met name ‘het aanleveren’ aan externen waar men bezwaar tegen had. Hierin is een verandering opgetreden. Men is zich bewust geworden van het belang van aanlevering - awareness - dit zegt natuurlijk nog niets over kwaliteitsverbetering op basis van de resultaten van de prestatie-indicator.” (Bron: Casparie, interview 2 februari 2011). De noodzaak om als medische professie met indicatoren de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken staat aan het einde van het eerste decennium van de 21^e eeuw niet meer ter discussie. Wel wordt de totstandkoming van de indicatoren en het verzamelen en interpreteren van gegevens nog bediscussieerd. Om de gezamenlijke belangen te verdedigen en zich als partij in het veld sterker te positioneren (**P2**) richten de negenentwintig wetenschappelijke verenigingen en de OMS in 2011 de Kwaliteitskoepel op. Kerntaak van de Kwaliteitskoepel is het ontwikkelen van indicatoren om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken; interne indicatoren ten behoeve van het beoordelen van de eigen zorgprocessen (**P5**) en externe indicatoren als instrument om verantwoording af te leggen aan externe partijen (**P3**).

Ziekenhuizen

In de jaren zestig van de 20^e eeuw speelt de ziekenhuiskoepel bij de opzet van de landelijke registratie van de medische en administratieve gegevens een belangrijke rol. Deze informatie wordt ook nu nog steeds landelijk verzameld en teruggekoppeld naar de ziekenhuizen; de medische informatie naar de medisch specialisten en de administratieve informatie naar de bedrijfsadministratie van het ziekenhuis. Het gebruik van deze gegevens voor andere doeleinden dan individuele vergelijkingen met andere ziekenhuizen - bijvoorbeeld benchmarking van het aantal medewerkers bij een bepaalde productie - is niet gevonden.

Bij de ontwikkeling van de eerste basisset prestatie indicatoren heeft de IGZ, naast de OMS, ook de NVZ en de NFU betrokken. Deze ziekenhuiskoepels hebben tegelijkertijd met de basisset IGZ prestatie indicatoren ook indicatoren geformuleerd met een specifieke gerichtheid op respectievelijk de algemene- en de academische ziekenhuizen. Deze indicatoren vormen geen onderdeel van de basisset IGZ, maar zijn vanaf 2003 wel tegelijkertijd uitgevraagd. De vragenlijsten van de NFU en NVZ zijn in 2007 geïntegreerd tot één document de zogenaamde ‘ziekenhuisenquête’. Deze gegevensverzameling is - evenals de eerder genoemde verzameling van bedrijfsinformatie - ondergebracht bij de DHD. Informatie of deze gegevens ook voor andere doelen wordt gebruikt dan standaardisatie en interne disciplineren van ziekenhuizen is niet gevonden.

Ziekenhuizen worden in het eerste decennium van de 21^e eeuw in toenemende mate gedwongen tot het openbaar maken van gegevens (**M2**). Eerst door de inspectie die om aanlevering vraagt van de resultaten op de indicatoren en deze voor 1 juni 2004 openbaar te maken. Vervolgens ook door andere partijen: kiesbeter.nl vraagt vanaf 2005 om de informatie van de indicatoren en andere informatie over het ziekenhuis, de zorgverzekeraars leggen in 2006 hun eigen zorgindicatoren ter beantwoording neer bij de ziekenhuizen en de consumentenbond vraagt medewerking aan het vergelijkingsonderzoek gericht op diagnose-categorieën (2005-2007). Daarnaast wordt, in het kader van het programma veiligheid, vanaf

2007 gevraagd de resultaten aan te leveren van specifieke veiligheids-indicatoren. De hoeveelheid benodigde menskracht (**P10**) voor het verzamelen van deze gegevens leidt er toe dat binnen de ziekenhuizen de aandacht voor kwaliteit steeds meer gericht wordt op 'het op het *juiste* moment aanleveren van de *juiste* gegevens'. De kwaliteit van de gegevensverzameling krijgt een hoge prioriteit en de aandacht voor 'verbeteringen in de zorg' concentreert zich steeds meer op onderwerpen die externe partijen belangrijk vinden.

De NFU brengt in 2008, 2009 en 2010 een brochure uit over het gebruik en misbruik van de indicatoren uit de basisset. Verschillen in uitkomsten blijken lang niet altijd verschillen in kwaliteit aan te geven, ook wordt kritiek geuit op de kwaliteit van het verzamelen van data en de interpretatie van definities. In 2010 besluit de NFU een eigen kwaliteitsconsortium op te zetten en zelf de relatie tussen de registratie van de indicatoren en het verbeteren van prestaties te gaan analyseren. Evenals bij de opzet van de Kwaliteitskoepel door de medische professie worden ook hier de krachten gebundeld zodat de academische ziekenhuizen zich als partij sterker in het veld kunnen positioneren. De algemene ziekenhuizen maken een dergelijke keuze niet.

Ziekenhuizen gaan in toenemende mate voldoen aan de prestatie-indicatoren van de IGZ, met name de resultaten op de structuurindicatoren komen steeds dichterbij elkaar te liggen. Dit is een belangrijke reden om het systeem van prestatie-indicatoren dynamisch te houden, maar het betekent ook dat bijstellingen die hebben plaatsgevonden blijven bestaan. Hierdoor ontstaat een toenemende standaardisering van de ziekenhuiszorg. De verplichte jaarlijkse aanlevering gecombineerd met het bezoek van de inspectie en het uitbrengen van de top 100 van het AD vormt een controlesysteem met een dwingende kracht. "Het toezicht is een geïntegreerd onderdeel en tegelijkertijd een specifiek radar geworden in de disciplinerende macht" (Foucault 1989, 238).

In 'Het resultaat telt 2004' spreekt de inspectie de verwachting uit dat professionals en bestuurders binnen de ziekenhuizen met de gegevens uit het toezicht geprikkeld worden om kritisch te kijken naar de kwaliteit van de geleverde zorg ten opzichte van andere ziekenhuizen en dat dit zal leiden tot interne kwaliteitsverbeteringen. (IGZ 2006). Zowel Kruikemeier (2010) en Jerak-Zuiderent en Bal (2011) concluderen dat veelal niet geconstateerd kan worden dat indicatoren gebruikt worden voor interne sturing en verbeteractiviteiten. Publicatie in de media, AD en Consumentengids, lijken meer invloed te hebben. Openbaarmaking aan het publiek van een slechte score lijkt een sterke motivatie te geven om tot verbetering te komen. Een verbetering die dan niet gestuurd wordt door een intrinsieke motivatie tot een betere zorgverlening, maar door 'het beeld naar buiten'.

Overheid

Vanuit haar verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor kwaliteit (**P6**) en in relatie tot haar toezichthoudende functie op de uitvoering van de zelf-regulering van de aanbieders van de zorg (**V3**) heeft de overheid in het eerste decennium van de 21^e eeuw vele activiteiten gefinancierd die gericht zijn op de ontwikkeling van indicatoren in ziekenhuizen en het transparant maken van de zorg (**M2**):

- 2002 Project 'Inzicht in Toezicht' t.b.v. de ontwikkeling van de eerste basisset indicatoren.
- 2002 Indicator ontwikkeling Consumentenbond met de Ziekenhuisketen.
- 2003 Programma Sneller Beter, pijler 2: ontwikkeling prestatie-indicatoren.
- 2005 Vergelijkingsonderzoek van de Consumentenbond naar de inhoud van de zorg.
- 2005 Project 'Kwaliteit van Zorg in de Etalage' Indicatorenontwikkeling t.b.v. het maken van keuzen door patiënten en het afsluiten van contracten door zorginkopers.
- 2006 Lancering website Kiesbeter.
- 2006 Nieuwe zorgverzekeringswet en de Wmg waarin de transparantie ook is opgenomen.
- 2007 Actieplan 'voorkom schade, werk veilig' wordt door IGZ aan minister aangeboden, aparte veiligheidsindicatoren gaan ontwikkeld worden.
- 2007 Programma Zichtbare Zorg wordt opgericht met als doel het ondersteunen van de sectoren in de zorg bij het vergelijkbaar maken van hun kwaliteit met behulp van valide en betrouwbare data ten behoeve van het gebruik door alle partijen in de zorg.

Partijen worden tot samenwerking gedwongen en het blijkt niet altijd even gemakkelijk te zijn om resultaten te bereiken. Naar aanleiding van Zichtbare Zorg merkt Van der Grinten op: "Niemand kwam goed aan bod. Zowel de verzekeraars als de medisch specialisten hadden het gevoel het is niet van ons, het is van de overheid. Daar had de inspectie last van, die werden er mee geïdentificeerd. De opzet was dat Zichtbare Zorg van 'het veld' zou moeten zijn." (Bron: interview 31 januari 2011)

Door de subsidieverstreking is de overheid een belangrijke invloed gaan uitoefenen op de ontwikkeling van indicatoren als kwaliteitsinstrument in het veld (**V6**). Dit krijgt een nadere uitwerking door het besluit in 2010 om de afzonderlijke overheidsverantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit, veiligheid en transparantie in één kwaliteitsinstituut onder te brengen. Dit kwaliteitsinstituut krijgt van de minister de opdracht een transparantieprogramma verder uit te werken en er voor te zorgen dat de kwaliteit van de zorg breder wordt ingebed in de professionele standaard (VWS 2012). De oprichting van dit instituut kan gezien worden als een uitwerking van het uitvoering geven van de overheid aan haar verantwoordelijkheid voor kwaliteit door het oprichten van instituten, adviesorganen en toezichthouders (**P7**).

11.3.2 Het veld

Gegevensuitwisseling over diagnose, behandeling en resultaten is lang alleen iets geweest dat, als onderdeel en versterking van het culturele kapitaal, plaatsvond binnen de medische professie en de medische wetenschap. Door de technologische vooruitgang konden gegevens van de individuele praktijken makkelijk verzameld en vergeleken worden. De partijen in het veld willen ook informatie van patiëntengroepen gaan gebruiken (**V4**):

- de inspectie om haar eigen taak beter te kunnen uitvoeren;

- patiëntenorganisaties om patiënten bewuste keuze te kunnen laten maken zodat slechte praktijken verdwijnen;
- zorgverzekeraars om door selectieve inkoop meer winst te kunnen maken.
- de raden van bestuur en het management van de ziekenhuizen om inzicht te krijgen in de prestaties van de medisch specialisten.

Ook de landelijke politiek is geïnteresseerd in de resultaten van ziekenhuizen op bepaalde onderdelen van de zorg. Dit genereert cijfers voor het maken van bepaalde beleidskeuzen. Alle partijen in het veld blijken belang te hebben bij het ontwikkelen van indicatoren en het transparant maken van de resultaten (**V2**), maar lang niet iedere partij hecht dezelfde waarde aan een bepaalde indicator en per indicator kan de ene partij een andere uitkomst belangrijker vinden dan een andere partij, bijvoorbeeld doelmatigheid versus kwaliteit van leven. De indicatorontwikkeling en de toepassing van indicatoren leidt hierdoor tot strijd in het veld gericht op hiërarchierangschikking (**V5**).

Het gebruik en de interpretatie van de indicatorresultaten krijgt voortdurend kritiek. De manier waarop data worden verzameld, de verschillende interpretaties van definities en resultaten, de consequenties van de variaties in de patiëntenpopulatie, dit alles zorgt voor verschillen in uitkomsten die lang niet altijd terug te voeren zijn op verschillen in kwaliteit. Zie hiervoor de brochures van de NFU. Ook blijkt tijdens de uitvoering van de projecten dat kwaliteit van zorg voor medisch specialisten, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars lang niet altijd dezelfde betekenis heeft. Het gezamenlijk formuleren van uitkomstindicatoren die door alle partijen gebruikt kunnen worden blijkt niet eenvoudig te zijn.

11.3.3 De maatschappij

De toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen (**M1**) is mede van invloed op de openbaarmaking van de indicatorresultaten in de media. De transparantie die hierdoor ontstaat leidt veelal weer tot nadere vragen en daardoor weer tot een toenemende vraag om transparantie (**M2**).

11.4 Specifiek regulerende patronen

De ontwikkeling van de eerste basisset indicatoren heeft een directe relatie met de verantwoordelijkheid van de overheid voor 'het creëren van condities en voorwaarden voor een goede gezondheidszorg voor de burgers' (**P6**). Om als medische professie de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen te behouden zijn de OMS en de wetenschappelijke verenigingen een belangrijke rol gaan spelen bij de ontwikkeling van de indicatoren (**P3**). De toenemende vraag vanuit de maatschappij naar controle van het medisch handelen (**M1**), gecombineerd met de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid van de partijen in het sociale veld voor kwaliteit (**V2**) en de verschillende toepassingsmogelijkheden van indicatoren hebben samen met de invloed van de overheid (**V6**) geleid tot het programma Zichtbare Zorg. Geconcludeerd kan worden dat door de ontwikkelingen en discussies rondom indica-

toren de inzichtelijkheid van het professioneel handelen van de medisch specialist is toegenomen; intern, voor externe partijen en in de maatschappij.

Specifiek regulerend patroon

S7 *Een toegenomen inzichtelijkheid van het professioneel handelen van de medisch specialist.*

Dit patroon voldoet aan de vijf basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. Deze inzichtelijkheid kan door een individu niet geëlimineerd, maar ook niet gecreëerd worden.
2. Een meerderheid is het er over eens dat het professioneel handelen van de medisch specialist met behulp van indicatoren inzichtelijk moet worden gemaakt
3. Het inzichtelijk maken van het professioneel handelen is dwingend, dit wordt door het socialisatieproces en door wetgeving overgedragen. Wel zegt dit nog niets over 'de toegankelijkheid van de inzichtelijkheid'.
4. Het niet inzichtelijk maken van het professionele handelen wordt als immoreel gezien.
5. Het werken met indicatoren om op die manier het professioneel handelen zowel intern als extern inzichtelijk te maken heeft een historische groei doorgemaakt.

Door ziekenhuizen, patiënten en zorgverzekeraars macht toe te wijzen in het sociale veld zijn de nieuwe spelers op zoek gegaan naar hun eigen rol en mogelijkheden bij het herschikken van de macht. De indicatorontwikkeling en het indicatorgebruik geven hierbij duidelijk ondersteuning. Bij de ontwikkeling van de indicatoren in het kader van Zichtbare Zorg hebben alle partijen invloed uitgeoefend op de *inhoud* van de indicatoren. Daarbij speelt het *gebruik* van indicatoren een belangrijke rol. De raad van bestuur krijgt door de indicatoren inzicht in het methodisch technisch handelen van de maatschap, dit genereert beleids- en stuurinformatie. Zorgverzekeraars gebruiken de resultaten van de indicatoren bij hun onderhandelingen met het ziekenhuis, alleen zorg die voldoet aan de gestelde eisen wordt gecontracteerd. De website Kiesbeter heeft een vertaalslag gemaakt van de prestatie-indicatoren naar patiënteninformatie waardoor de patiëntenkeuze wordt beïnvloed. De IGZ krijgt door de prestatie-indicatoren een concreet beeld van het functioneren van een maatschap. Dit geeft houvast voor de inspecteur om bepaalde discussies aan te gaan met het ziekenhuis en op landelijk niveau gebruikt de politiek de prestaties op de indicatoren bij het vaststellen van haar beleid. De eisen die gesteld worden aan het medisch handelen worden niet alleen meer door de medische professie vastgesteld, maar ook bepaald door de andere partijen in het veld.

Specifiek regulerend patroon

S8 *Medisch handelen wordt mede bepaald door eisen uit het veld.*

Dit patroon voldoet aan de basiskennmerken van een regulerend patroon:

1. Het kan niet geëlimineerd of gecreëerd worden door een individu.

2. Een maatschappelijke meerderheid is het er over eens dat het medisch handelen niet meer alleen kan worden vastgesteld door de medische professie. In overleg met de overheid, de ziekenhuizen, de zorgvragers en de zorgverzekeraar moeten collectieve eisen worden vastgesteld.
3. De invoering van de marktwerking binnen de regels die de overheid aangeeft zorgt er voor dat het specifiek regulerend patroon dwingend is geworden en dat overtreding wordt afgestraft.
4. Het niet voldoen aan eisen uit het veld wordt als immoreel gezien.
5. In de loop van de tijd zijn bij de ontwikkeling van indicatoren eisen uit het veld en het voldoen aan deze eisen steeds vanzelfsprekender geworden. Dit heeft een historische groei ondergaan.

Aan het einde van het eerste decennium van de 21^e eeuw wordt mede beïnvloed door andere kwaliteitsactiviteiten een toenemend aantal organisaties opgericht voor indicator-ontwikkeling en uitkomstregistratie:

- medische professie → de Kwaliteitskoepel;
- de NFU en de NVZ → het DHD;
- de NFU → het Kwaliteitsconsortium;
- de overheid → het Kwaliteitsinstituut en het CIBG;
- wetenschappelijke verenigingen → Dica etc.

Specifiek regulerend patroon

S9 *Specifieke organisaties krijgen de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van kwaliteitseisen en de registratie of hieraan wordt voldaan.*

Dit patroon voldoet aan de vijf basiskenmerken van een regulerend patroon:

1. Het formeel onderbrengen bij specifieke organisaties kan door een individu alleen niet plaatsvinden en een individu alleen kan dit ook niet tegenhouden.
2. Het formeel onderbrengen bij specifieke organisaties vindt bij de medische professie en de ziekenhuizen draagvlak bij de achterban. Het onderbrengen bij een specifieke organisatie door de overheid wordt ondersteund door de politiek.
3. Overdracht vindt bij de partijen plaats door het socialisatieproces. Binnen de overheid is dit dwingend door de brieven van de minister en besluiten binnen de 2^e kamer.
4. Het onderbrengen bij specifieke organisaties heeft een moreel gezag. Dit niet doen is een gedrag dat niet geaccepteerd wordt.
5. Het onderbrengen bij specifieke organisaties heeft een historische groei ondergaan.

11.5 Gelijkvormigheidsprocessen

Deze paragraaf onderzoekt de invloed van de drie soorten van gelijkvormigheid (Powell en DiMaggio 1991) op het ontstaan van het geloof in de juistheid van de ontwikkeling.

Nabootsende gelijkvormigheid

Het gebruik van indicatoren in de zorg is een nabootsing van het gebruik van indicatoren in het bedrijfsleven. De discussies over de toepassing van de BSC en het TQM model in de jaren negentig zorgen voor een introductie van het begrip indicatoren in de ziekenhuizen. Het gelijktijdig plaatsvinden van de indicatorontwikkeling ten behoeve van gefaseerd toezicht en de indicatorontwikkeling in een samenwerkingsverband van de Consumentenbond met de Ziekenhuisketen, laat een breed draagvlak zien voor het gebruik van indicatoren. Ook bij de discussie over veiligheid wordt de oplossing gezocht in de ontwikkeling van indicatoren. Bij de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren kan zeker gesproken worden van mimetische gelijkvormigheid.

Normatieve gelijkvormigheid

De betrokkenheid van de wetenschappelijke verenigingen bij de indicatorontwikkeling zorgt voor normatieve gelijkvormigheid. Ook de invoering van de AIRE systematiek en de afspraak om indicatoren, waar mogelijk, te baseren op richtlijnen speelt een duidelijke rol. De koppeling van indicator en richtlijn geeft ook een directe koppeling met de opleiding. De oprichting van de Kwaliteitskoepel voor Medisch Specialisten, waar alle 29 wetenschappelijke verenigingen bij betrokken zijn, laat zien dat de medische beroepsgroep belang hecht aan het harmoniseren van professionele normen en waarden, ook op het gebied van de indicatoren. Er is zeker sprake van normatieve gelijkvormigheid.

Afgedwongen gelijkvormigheid

Weigeren om de informatie van de basisset aan te leveren is in het eerste jaar van de verplichte aanlevering door diverse ziekenhuizen overwogen. Uiteindelijk heeft toch ieder ziekenhuis de gegevens aangeleverd. De IGZ wordt duidelijk gezien als 'een machtige instantie'. Ook de resultaten van de indicatoren, die in het kader van Zichtbare Zorg tot stand zijn gekomen, zijn steeds weer volledig aangeleverd door de ziekenhuizen. Zowel bij de basisset prestatie-indicatoren als ook bij de Zichtbare Zorg indicatoren is duidelijk sprake van een gevoelde dwang. De protesten zijn veelal maar kortdurend geweest en niet zorgbreed.

Geconcludeerd kan worden dat bij de indicatorontwikkeling en het gebruik van indicatoren sprake is van nabootsende, normatieve en afgedwongen gelijkvormigheid.

11.6 Samenvatting

Historie

In de jaren zestig van de 20^e eeuw wordt de Stichting Medische Registratie opgericht. Op landelijk niveau worden klinische- en poliklinische gegevens verzameld, geanalyseerd en teruggekoppeld naar de ziekenhuizen. Informatie over een structureel gebruik van deze gegevens is niet gevonden. Het begrip indicator wordt in de jaren negentig in de ziekenhuizen geïntroduceerd, maar gaat pas in het begin van de 21^e eeuw een duidelijke rol spelen. De IGZ besluit gefaseerd toezicht te gaan ontwikkelen gebaseerd op normenkaders en indicatoren en de NFU, de NVZ en de OMS maken tijdens de Leidschendamconferentie van 2000 de afspraak om indicatoren voor de kwaliteit van zorg te gaan ontwikkelen. Vervolgens starten twee parallelle trajecten:

A. Ontwikkeling indicatoren t.b.v. de inspectie

- De IGZ start in 2002 het project 'Inzicht in Toezicht'. De NVZ, VAZ en OMS nemen deel aan dit project, ondersteund door het RIVM en het iBMG.
- In 2003 vindt integratie plaats in Sneller Beter (pijler 2). De eerste set indicatoren wordt in september 2003 uitgebracht en verstuurd naar de ziekenhuizen met het verzoek de gegevens aan te leveren.
- September 2004 brengt het AD op basis van de IGZ indicatoren de eerste top 100 uit.
- In 2005 sluiten de NVZ, de NFU en de OMS een samenwerkingsovereenkomst waarin de werkwijze voor het ontwikkelen van indicatoren en de verantwoordelijkheid voor partijen wordt beschreven. Zoveel mogelijk wordt de AIRE systematiek gebruikt. De wetenschappelijke verenigingen krijgen een nadrukkelijke rol toebedeeld.

B. Ontwikkeling indicatoren t.b.v. patiënten en verzekeraars

- De Consumentenbond ontwikkelt samen met de ziekenhuisketen (acht ziekenhuizen) en ondersteund door het CBO, een set indicatoren. Het lukt niet om eenstemmigheid te bereiken over uitkomstindicatoren. Besloten wordt gericht te gaan zoeken naar informatie waar patiënten behoefte aan hebben.
- Op 1 maart 2005 start het CBO en de OMS het project 'Kwaliteit van Zorg in de Etalage', gericht op indicatoren op basis waarvan patiënten en zorgverzekeraars keuzen kunnen maken. De indicatoren die uit dit project naar voren komen worden door de zorgverzekeraars integraal overgenomen voor de zorginkoop.

Halverwege het eerste decennium van de 21^e eeuw lanceert de overheid de website kiesbeter.nl ten behoeve van het maken van keuzes door de consument en vinden discussies plaats over structuur-, proces- en uitkomstindicatoren, het verzamelen van de juiste gegevens en de creativiteit van de ziekenhuizen bij het oppoetsen van de gegevens. De basisset van de IGZ indicatoren zorgt er voor dat het professioneel handelen van de medisch

specialisten een gespreksonderwerp wordt op alle niveaus binnen de organisatie. In 2007 start het landelijke veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' en het programma Zichtbare Zorg. Binnen beide programma's ontwikkelen indicatoren. Diverse organisaties worden opgericht voor de ontwikkeling, het gebruik en het beheer van indicatoren:

- 2008 NVZ en de NFU richten de stichting DHD op ten behoeve van het beheer van de landelijke gegevensverzameling van de ziekenhuizen.
- 2009 Oprichting van de stichting DICA door chirurgen, een online systeem waarbinnen een constante meting en terugkoppeling plaatsvindt van bepaalde chirurgische indicatoren.
- 2010 Academische ziekenhuizen richten een eigen kwaliteitsconsortium op met als doel het registreren van de relatie tussen indicatoren en het verbeteren van prestaties.
- 2011 De OMS richt in een samenwerkingsverband met de 29 wetenschappelijke verenigingen de Kwaliteitskoepel Medisch specialisten op en gaat indicatoren ontwikkelen om de kwaliteit van zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken.
- 2013 Zichtbare Zorg gaat per 1 januari 2013 deel uit maken van het nieuw op te zetten kwaliteitsinstituut.

Regulerende patronen

Vanuit de medische professie is de toenemende interne controle (**P5**) en vanuit de overheid de verantwoordelijkheid voor een goede gezondheidszorg voor de burgers (**P6**), van invloed geweest op de indicatorontwikkeling. In het veld heeft de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit (**V2**), het toezicht van de overheid op de zelfregulering (**V3**) en de toenemende aandacht voor kwaliteit (**V4**) een rol gespeeld.

De implementatie van de indicatoren heeft een relatie met drie regulerende patronen van de medisch specialisten: het steeds weer oprichten van een nieuw collectief voor het verdedigen van een nieuw belang (**P2**), het ontwikkelen van een instrument om verantwoording af te leggen aan externen (**P3**) en de noodzaak van afstemming tussen bestuur en achterban (**P11**). Daarnaast kan een koppeling worden gemaakt met het regulerend patroon van de overheid gericht op het oprichten van nieuwe instituten, adviesorganen en aanstellen van toezichthouders (**P7**) en de aanstelling van de ziekenhuizen van ondersteunende functionarissen (**P10**). Vanuit het veld is een relatie te constateren met de toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid (**V2**) en de strijd om de hiërarchische rangschikking (**V5**). Vanuit de maatschappij de vraag om controle op het medisch handelen (**M1**) en de toenemende vraag om transparantie van ziekenhuiskwaliteit (**M2**).

Door de indicatorontwikkeling zijn drie specifiek regulerende patronen ontstaan: een toegenomen inzichtelijkheid van het professioneel handelen van de medisch specialist (**S7**), eisen vanuit het veld die het medisch handelen mede gaan bepalen (**S8**) en het ontstaan van organisaties die de verantwoordelijk krijgen voor het vaststellen van kwaliteitseisen en de registratie of hieraan wordt voldaan (**S9**).

Alle drie de gelijkvormigheidsprocessen spelen een rol bij de implementatie van de indicatoren.

DEEL IV

Conclusies

12

Conclusies, reflectie en inzichten

12.1 Inleiding

Door de regulerende patronen in kaart te brengen die de vormgeving van kwaliteit hebben beïnvloed en de rol te onderzoeken van landelijke kwaliteitsactiviteiten bij het ontstaan van veranderingen in deze vormgeving, is kennis verzameld over het ontstaan en beïnvloeden van (veranderingen in) regulerende patronen. Deze kennis levert een bijdrage aan een breder begrip van de vormgeving van kwaliteit van zorg en aan theorievorming over institutionele veranderingen en sturing van de kwaliteit van ziekenhuiszorg.

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. Deel A geeft een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek en blikt terug op de bijdrage van het theoretisch kader. In deel B worden de implicaties van het onderzoek besproken en een aantal aanbevelingen gedaan voor het gebruik van de resultaten. Daarnaast vindt een reflectie plaats op de in het onderzoek gevolgde werkwijze en de rol van de onderzoeker. De slotparagraaf 12.7 presenteert belangrijke verworven inzichten en aanbevelingen over principes van waaruit verbeterinitiatieven ontwikkeld kunnen worden.

Deel A	Samenvatting uitkomsten
	Bijdrage theoretisch kader

12.2 Samenvatting van de uitkomsten

Deze paragraaf geeft een samenvatting van de uitkomsten van het empirisch onderzoek. Paragraaf 12.2.1 beschrijft twee ontwikkelingen die een grote invloed hebben uitgeoefend op de aandacht voor kwaliteit in ziekenhuizen. Paragraaf 12.2.2 gaat in op de wisselwerking tussen regulerende patronen in het sociale veld, de afzonderlijke partijen en in de maatschappij en paragraaf 12.2.3 beschrijft de relaties tussen de landelijke kwaliteits-

activiteiten, de regulerende patronen en de rol van gelijkvormigheidsprocessen. Paragraaf 12.2.4 geeft antwoord op de vraag of bepaalde kenmerken van kwaliteitsactiviteiten de regulerende patronen beïnvloeden.

12.2.1 Twee invloedrijke ontwikkelingen

In de geschiedenis van de medische zorg [hoofdstuk 5 en 6] hebben twee ontwikkelingen een grote invloed uitgeoefend op de regulerende patronen en daarmee op de vormgeving van ziekenhuis kwaliteit: (1) veranderingen in het sociale veld van de ziekenhuiszorg en (2) verschuivingen in de machtsverhoudingen in dit veld.

(1) Veranderingen in het sociale veld van de ziekenhuiszorg

De toewijzing van de exclusieve verantwoordelijkheid voor het medisch handelen aan de medische professie heeft vanaf het midden van de 19^e eeuw, generatie op generatie, het gedrag en de positie van de beroepsgroep van artsen bepaald. Pas wanneer overheid en politiek zich in de jaren zeventig van de 20^e eeuw met de medische zorg in ziekenhuizen gaan bemoeien, komt deze 'spelregel' ter discussie te staan. In dezelfde periode verenigen de ziekenhuizen zich op landelijk niveau. Zij richten de NZr op en mengen zich als derde partij - naast de overheid en de medische professie - in discussies over de vormgeving van de ziekenhuiszorg. Ook op lokaal niveau veranderen de verhoudingen tussen partijen: ziekenhuisorganisatie en medische zorgverlening raken steeds sterker met elkaar verbonden en het medisch handelen komt steeds meer centraal te staan in de ziekenhuiszorg. Het ziekenhuis schept niet alleen meer voorwaarden voor het medisch handelen, zoals ruimte en apparatuur, maar biedt ook meer ondersteuning door het creëren van onderzoeks-faciliteiten, het organiseren van opnamen of het uitvoeren van de financiële administratie. Hierdoor groeit het belang van de individuele medisch specialist bij de ziekenhuisorganisatie en -strategie en krijgt het ziekenhuisbestuur steeds meer behoefte aan heldere afspraken over taken en verantwoordelijkheden.

Eind 20^e eeuw eisen nog twee andere partijen een rol op in het sociale veld: de patiënten(organisaties) en de zorgverzekeraars. Dankzij overheidssubsidie kunnen patiënten-organisaties menskracht inhuren voor het professionaliseren van hun besturen en het initiëren van projecten om de kwaliteit van de zorg te controleren en te verbeteren. Nota's en wetten over patiëntenrechten versterken de positie van de individuele patiënt en van patiëntenorganisaties. Aan medisch specialisten en ziekenhuisorganisaties worden steeds meer voorwaarden gesteld en zij komen in een afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van patiënten(organisaties). Met de vereniging van patiëntenorganisaties in de landelijke koepel NPCF in de jaren negentig van de twintigste eeuw kunnen zij zich ook als veldpartij profileren.

Het rapport van de commissie Dekker in de jaren tachtig vormt de basis voor verandering in de rol en positie van zorgverzekeraars. Het plan van de commissie om door middel van gereguleerde concurrentie een koppeling tussen kwaliteit en kosten te bewerkstelligen richt de aandacht decennia lang op de invoering van marktwerking, met daarbij een belang-

rijke rol voor zorgverzekeraars. In de jaren negentig van de twintigste eeuw verenigen de zorgverzekeraars zich in de landelijke koepel ZN om zich als gesprekspartner in het veld te positioneren. Door het in werking treden van de zorgverzekeringswet in 2006 krijgen de zorgverzekeraars formeel de mogelijkheid om zich met de voorwaarden voor de zorgverlening te gaan bemoeien.

(2) Verschuivingen in de machtsverhoudingen

Vanaf het begin van de 19^e eeuw beschikt de medische professie over erkende exclusieve kennis, waardoor zij belangrijk cultureel kapitaal bezit. Vanaf de jaren negentig van de twintigste eeuw proberen patiëntenorganisaties - ondersteund door overheidssubsidies en verschillende nota's en wetten - hun ervaringskennis ook als exclusieve kennis erkend te krijgen. In de loop der tijd krijgen zij een duidelijke rol toebedeeld bij de totstandkoming van richtlijnen en prestatie-indicatoren, landelijke kwaliteitsprogramma's en lokale kwaliteitsprojecten. Daarmee wordt de waarde van hun ervaringskennis erkend.

De sterke toename van het aantal richtlijnen, gecombineerd met openbaarheid en beschikbaarheid via internet, betekent een afname van de exclusiviteit van medische kennis. Zowel in de media als in de spreekkamer wordt steeds vaker kritisch naar de zorgverlening gekeken. Patiënten hebben meer kennis over hun eigen ziekte en willen meebeslissen over de toepassing van een bepaalde richtlijn. Dit leidt tot een afname van de macht van de individuele arts en tot een vermindering van het cultureel kapitaal van de medische beroepsgroep.

Binnen het sociale veld beschikt de overheid over economisch kapitaal. Enerzijds door inkomsten uit belastingheffing, anderzijds door de macht om financieringsregels te veranderen. Overheid en politiek beslissen hoe gelden worden verdeeld en of - door veranderingen in financieringsregels - economische macht aan andere partijen wordt overgedragen. Met de budgettering van ziekenhuizen en de nieuwe zorgverzekeringswet is bijvoorbeeld economisch kapitaal overgedragen aan respectievelijk de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. De ziekenhuisbudgettering heeft de ziekenhuisbestuurders in het lokale veld economische macht gegeven. Zo bepalen zij bijvoorbeeld door het wel of niet toekennen van onderzoeksfaciliteiten de inzet van specifieke exclusieve kennis van artsen. De nieuwe zorgverzekeringswet uit 2006 heeft de verzekeraars economische macht gegeven om ziekenhuiszorg al dan niet te vergoeden. Dit betekent dat de economische macht van een ziekenhuisbestuur over het inzetten van bepaalde exclusieve kennis *overruled* kan worden door de economische macht van de zorgverzekeraar. Veranderingen in financieringsregels leiden dus tot verschuivingen in het machtsverevenwicht tussen de veldpartijen.

De overheid gebruikt haar economisch kapitaal ook voor het verstrekken van subsidies aan partijen om bepaalde activiteiten te ondernemen. Voorbeelden zijn de ontwikkeling van talloze richtlijnen (die steeds meer een 'kapstok' voor andere kwaliteitsactiviteiten worden) en versterking van de aandacht voor veiligheid in ziekenhuizen. Zo beïnvloedt subsidieverstrekking de prioriteiten binnen partijen en het sociale veld.

12.2.2 Regulerende patronen en wisselwerking tussen niveaus

In hoofdstuk 5 en 6 heeft met behulp van het theoretisch kader een analyse plaatsgevonden welke regulerende patronen zich in de periode 1985-2012 manifesteren met betrekking tot de kwaliteit van de medische zorg in ziekenhuizen [deelvraag 2]. Een totaal overzicht van alle gevonden regulerende patronen bij partijen (**P**), in het sociale veld (**V**) en in de maatschappij (**M**), wordt weergegeven in bijlage 2. Ook laat deze bijlage zien welke patronen wel en niet veranderd zijn na 1985 en welke nieuwe regulerende patronen in de periode 1985-2012 zijn ontstaan.

Veranderingen in regulerende patronen ontstaan mede door een wisselwerking tussen de verschillende niveaus; partijen (**P**), sociaal veld (**V**) en maatschappij (**M**). Door de onderlinge relaties en de effecten van deze wisselwerking te bestuderen kunnen veranderingen die in patronen ontstaan worden verklaard. Hieronder wordt voor elke partij afzonderlijk de wisselwerking met de regulerende patronen in het sociale veld en de maatschappij besproken.

Sociale veld (V)	↔	Partijen (P)	↔	Maatschappij (M)
		- medisch specialisten		
		- ziekenhuizen		
		- patiënten(organisaties)		
		- zorgverzekeraars		
		- overheid		

Medisch specialisten

Medisch specialisten hebben individueel en als partij veel belang bij behoud van hun positie in de maatschappij. Dit is een sterke drijvende kracht om bepaald gedrag te handhaven en zorgt voor veel interne controle (Elias 1982). Dit komt tot uiting in de continuïteit van regulerende patronen. De basis voor vier regulerende patronen van de medisch professie (**P1**, **P3**, **P4** en **P5**) ligt in de tweede helft van de 19^e eeuw en in de laatste decennia van de 20^e eeuw blijken ze nog nauwelijks veranderd te zijn. Het toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders (**V3**) en de groeiende aandacht voor kwaliteit (**V4**) versterken de samenhang tussen de patronen. In de periode 1985 - 2012 ontstaat een nieuw regulerend patroon: Steeds vaker is afstemming tussen bestuur en achterban van een collectief van medisch specialisten nodig (**P11**). De maatschappelijke ontwikkelingen van individualisering en democratisering in de tweede helft van de twintigste eeuw zorgen er voor dat de toenemende pluriformiteit⁸³ in de beroepsgroep van medisch specialisten tot uiting komt en toeneemt. Afstemming blijkt met name nodig bij de overkoepelende collectieven die zich richten op versterking van de groepspositie en fungeren als gespreks-

⁸³ Deze pluriformiteit komt voort uit steeds meer uiteenlopende belangen binnen de beroepsgroep, bijvoorbeeld al dan niet werken in dienstverband of in een academisch of algemeen ziekenhuis, maar ook door verschillen in persoonlijke belangen en het arbeidsethos.

partner in het veld. Bij een collectief met een specifiek en duidelijk omschreven doel is de noodzaak tot afstemming minder groot. Een individuele medisch specialist kiest dan immers zelf om deze doelstelling te onderschrijven door zich bij het collectief aan te sluiten. Bij collectieven die optreden als gesprekspartner in het veld bestaat de achterban uit leden én niet-leden. De besturen van deze collectieven dragen, samen met de besturen van de andere veldpartijen, verantwoordelijkheid voor kwaliteit **(V2)** en maken in overleg bepaalde keuzes. Uitleg over de motivatie hiervan is voor draagvlak bij de achterban daarom erg belangrijk geworden.

Ziekenhuizen

Door externe druk op de ziekenhuizen en allerlei wettelijke bepalingen **(V1)** ontstaan in de periode 1985 - 2012 binnen het ziekenhuis steeds meer afspraken en regels specifiek voor kwaliteit **(P8)**. Ziekenhuizen stellen in toenemende mate ondersteunende functionarissen aan om de formele verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg na te komen **(P10)**. Kwaliteit in het ziekenhuis wordt steeds meer een apart thema van in- en externe regels en afspraken over de zorg, versterkt door groeiende aandacht van de andere partijen voor kwaliteit **(V4)** en een scherper overheidstoezicht op de zelfregulering van zorgaanbieders **(V3)**. In de 21^e eeuw ontstaat binnen de sociale groep van de ziekenhuizen een nieuw regulerend patroon, gericht op de onderlinge controle van bestuur en toezicht **(P9)**.

Regulerende patronen in het veld, zoals toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering **(V3)** en strijd om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten **(V5)**, vormen, samen met de groeiende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van de ziekenhuiskwaliteit **(M2)**, bij de ziekenhuizen een belangrijke drijvende kracht voor handhaving van gemeenschappelijk gedrag en onderlinge controle. Dit komt tot uiting in de invoering van de Zorgbrede Governance code op 1 januari 2006, die op 1 januari 2010 wordt aangescherpt. De Governance code omvat gemeenschappelijke eisen aan het bestuur en -toezicht met consequenties voor het lidmaatschap. Ook de discussies in 2011 en 2012 over verplichte accreditatie van ziekenhuisbestuurders illustreren de toegenomen behoefte aan onderlinge controle tussen de ziekenhuizen. Beide ontwikkelingen zijn te beschouwen als laatste fase in een historisch proces dat leidt naar regulerende patronen voor de ziekenhuizen als sociale groep: een interne disciplinerende met als doel positieversterking in het landelijk veld.

Patiënten(organisaties)

Door zich in de jaren negentig in de koepelorganisatie NPCF te verenigen hebben patiënten-organisaties zich landelijk als sociale groep gepositioneerd. De koepelorganisatie fungeert als spreekbuis voor alle patiënten in Nederland, ook al zijn veel van hen geen lid van een patiëntenorganisatie. De wetten en regels voor kwaliteit **(V1)** gecombineerd met de rol van de koepelorganisatie, de gezamenlijke verantwoordelijkheid **(V2)** en toenemende aandacht voor kwaliteit in het veld **(V4)**, maken patiënten bewust van de versterking van hun positie **(P12)**. Dit proces houdt verband met een kritischer maatschappelijke blik op de zorg-

verlening en leidt tot het nieuwe regulerende patroon, dat burgers (patiënten) een controlerende rol bij de eigen zorg gaan vervullen (**M3**). Hierdoor ontstaat vanuit de maatschappij een sterkere roep om transparantie van ziekenhuiskwaliteit (**M2**).

Zorgverzekeraars

Door zich in de jaren negentig in de koepelorganisatie ZN te verenigen positioneren zorgverzekeraars zich als landelijke veldpartij. Voor individuele verzekeraars en voor zorgverzekeraars als partij zijn in het onderzoek geen regulerende patronen vastgesteld. Bij de zorgverzekeraars kon, in relatie tot ziekenhuiskwaliteit, geen collectief gedragspatroon worden waargenomen, dat door socialisatieprocessen wordt overgedragen. De betrokkenheid van zorgverzekeraars bij de ontwikkeling van de patiëntenenquête, de indicatoren en de landelijke kwaliteitsprogramma's, hebben wel hun zichtbaarheid als landelijke veldpartij versterkt. Zo hebben zij in het veld een rol gekregen in de gezamenlijke verantwoordelijkheid (**V2**) en aandacht voor kwaliteit (**V4**). De verworven economische macht werkt door in de strijd om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten (**V5**). Uit het onderzoek komt geen invloed van zorgverzekeraars naar voren op de regulerende patronen bij andere partijen en in de maatschappij.

Overheid

De toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen (**M1**) en de verwachting van burgers dat de overheid beoordeling van de zorg mogelijk maakt (**M2**), houden duidelijk verband met de overheidsverantwoordelijkheid om condities en voorwaarden voor een goede kwaliteit van de gezondheidszorg voor de burgers te creëren (**P6**). Een regulerend patroon dat weer meer wetten en regels voor kwaliteit tot gevolg heeft (**V1**), en het overheidstoezicht op zelfregulering (**V3**) en de overheidsinvloed op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (**V6**) versterkt. Deze grotere invloed van de overheid vindt zijn weerslag in subsidiering van landelijke kwaliteitsprogramma's, verandering van financieringsregels en verstrekking van financiële middelen. Op hun beurt allemaal weer uitingen van de overheidsverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de burgers (**P6**).

12.2.3 Kwaliteitsactiviteiten, patronen en processen

Relaties tussen kwaliteitsactiviteiten en regulerende patronen

Om een antwoord te geven op de vraag welke relaties de kwaliteitsactiviteiten hebben met de regulerende patronen [deelvraag 3] is in hoofdstuk 7 tot en met 11 voor alle vijf de onderzochte kwaliteitsactiviteiten afzonderlijk - richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisitatie, ziekenhuisaccreditatie, patiëntenenquête en indicatoren - vastgesteld welke regulerende patronen bij partijen (**P**), in het sociale veld (**V**) en in de maatschappij (**M**) van invloed zijn geweest op het ontwikkelen van deze activiteit en welke relatie de implementatie heeft met

de regulerende patronen. Het totale overzicht van deze relaties wordt in bijlage 3 weergegeven. Hieronder worden de belangrijkste conclusies genoemd:

1. Bij vier van de vijf kwaliteitsactiviteiten heeft het overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders (**V3**) aangezet tot ontwikkeling van de activiteit. Daarnaast heeft de toenemende interne controle vanuit de medische professie op het medisch handelen (**P5**) een rol gespeeld bij drie kwaliteitsactiviteiten: richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisitatie en indicatorontwikkeling. Het overheidstoezicht op de zelfregulering en de behoefte van de medisch specialisten hun groepspositie te behouden zijn factoren met een duidelijk invloed op het ondernemen van de activiteit. Uit de implementatie blijkt dat dezelfde drie kwaliteitsactiviteiten een relatie hebben met de ontwikkeling van nieuwe instrumenten voor het behoud van de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen (**P3**). De conclusie in paragraaf 6.3.1. van een toename in de samenhang van de regulerende patronen van de medisch specialisten wordt hierdoor bevestigd.
2. Bij drie andere kwaliteitsactiviteiten - ziekenhuisaccreditatie, patiëntenenquête en indicatorontwikkeling - is een relatie geconstateerd met het aanstellen van ondersteunende functionarissen in ziekenhuizen (**P10**). Hieruit blijkt dat het geven van ondersteuning aan de uitvoering van landelijke kwaliteitsactiviteiten binnen het ziekenhuis toegevoegd kan worden aan de redenen die in paragraaf 6.3.3 worden genoemd⁸⁴ voor het aanstellen van functionarissen in ziekenhuizen die ondersteuning geven bij het voldoen aan externe kwaliteitseisen.
3. Alle vijf kwaliteitsactiviteiten hebben een relatie met een toename van de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit in het veld (**V2**). De toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid leidt tot participatie in landelijke projecten en een gezamenlijke participatie leidt weer tot een toename van een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de partijen in het veld.
4. Drie kwaliteitsactiviteiten - richtlijnen, patiëntenenquête en indicatoren - hebben een relatie met de overheidsinvloed op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in het veld (**V6**). Dit laatste laat zien dat de overheid zich niet alleen bezig houdt met het toezicht op de zelfregulering, maar - via de kwaliteitsinstrumenten - ook steeds vaker de inhoud van de zorg beïnvloedt.
5. Bij kwaliteitsvisitatie, patiëntenenquête en de indicatoren is een relatie geconstateerd met de toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van ziekenhuis-kwaliteit (**M2**). De uitvoering van kwaliteitsactiviteiten blijkt ook invloed te hebben op het ontstaan van maatschappelijke vragen.

⁸⁴ Genoemde redenen in 6.3.3: ondersteuning of uitvoering bij het voldoen aan wettelijke kwaliteitseisen, afspraken maken over kwaliteit van zorgverlening, gegevens verzamelen en processen stroomlijnen.

Kwaliteitsactiviteiten en gelijkvormigheidsprocessen

Geloof in de juistheid van een kwaliteitsactiviteit zorgt er voor dat deze een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de zorgverlening. Dit komt tot uiting in het ontstaan van specifieke, aan de kwaliteitsactiviteit gekoppelde, regulerende patronen (**\$**)⁸⁵. Processen van gelijkvormigheid (nabootsend, normatief en afgedwongen; zie par. 3.4.2) bevorderen het geloof in de juistheid van een activiteit (Powell en DiMaggio 1991).

Bij *nabootsende gelijkvormigheid* neigen organisaties ertoe om populaire modellen na te bootsen. Dit is bij alle vijf de onderzochte kwaliteitsactiviteiten gebeurd:

- richtlijnen zijn voor alle veldpartijen een belangrijk kwaliteitsinstrument;
- kwaliteitsvisitatie is bij alle specialismen succesvol ingevoerd ;
- veel ziekenhuizen ambiëren een NIAZ-accreditatie;
- in alle ziekenhuizen worden patiëntenquêtes gehouden en steeds meer ziekenhuizen kiezen daarbij voor de CQ-index;
- alle partijen zien indicatoren als een belangrijk kwaliteitsinstrument.

Bij vier van de vijf kwaliteitsactiviteiten valt *normatieve gelijkvormigheid* waar te nemen: het harmoniseren van professionele normen en waarden onder invloed van opleidingsinstanties en beroepsorganisaties:

- richtlijnen zijn onderdeel van de opleiding en de bij- en nascholing van medisch specialisten;
- bij visitaties wordt gebruik gemaakt van visitatienormen die onderdeel zijn van de opleiding;
- een patiëntenquête is onderdeel van accreditatie, certificatie, visitatie en prestatie-indicatoren en krijgt ook aandacht in de opleiding, al is dit niet specifiek de CQ-Index;
- wetenschappelijke verenigingen zijn betrokken bij de indicatorontwikkeling en verbinden de indicatoren met de richtlijnen, met als gevolg integratie in de opleiding.

De accreditatienorm van het NIAZ is geen onderdeel van de beroepsopleidingen - met uitzondering van de NIAZ-auditorenopleiding - en wordt niet door beroepsorganisaties gepropageerd. Bij ziekenhuisaccreditatie is dus geen sprake van normatieve gelijkvormigheid.

Afgedwongen gelijkvormigheid tenslotte speelt ook bij vier van de vijf kwaliteitactiviteiten een rol. Dit betreft een dwang vanuit machtige externe instanties op basis van het geloof dat, indien men niet meedoet, de negatieve consequenties groot zijn:

- de overheid heeft op vele manieren druk uitgeoefend om richtlijnen te ontwikkelen;
- koppeling van de visitatie aan de wettelijk vastgelegde herregistratie impliceert dwang door een belangrijke instantie;

⁸⁵ Een overzicht van de specifiek aan de kwaliteitsactiviteit gekoppelde regulerende patronen (**\$**) wordt weergegeven in bijlage 4.

- allerlei instanties dwingen ziekenhuizen om een patiëntenenquête te houden;
- alle ziekenhuizen voldoen aan het verzoek van de IGZ en Zichtbare Zorg om de uitkomsten van de indicatoren te leveren.

Ziekenhuisaccreditatie is de enige kwaliteitsactiviteit waarbij geen sprake is van afgedwongen gelijkvormigheid door een machtige instantie. Ook is ziekenhuisaccreditatie geen onderdeel van de beroepsopleidingen in de zorg. Al eerder [zie hoofdstuk 9] is geconstateerd dat de NIAZ-accreditatie niet heeft geleid tot specifiek met deze activiteit samenhangende regulerende patronen. Specifieke met een kwaliteitsactiviteit samenhangende regulerende patronen (**S**) lijken alleen te ontstaan wanneer alle drie de typen gelijkvormigheid zich voordoen.

12.2.4 Kenmerken van kwaliteitsactiviteiten en veranderingen in regulerende patronen

Geloof in de juistheid van een kwaliteitsactiviteit, met als gevolg het ontstaan van specifiek met die activiteit samenhangende regulerende patronen (**S**), zegt nog niets over de invloed van de kwaliteitsactiviteit op al bestaande regulerende patronen (**P**, **V** en **M**). In deze paragraaf wordt onderzocht of bepaalde kenmerken van kwaliteitsactiviteiten leiden tot veranderingen in bestaande regulerende patronen en daardoor tot veranderingen in de vormgeving van kwaliteit.

Verschillende kenmerken

De volgende vijf kenmerken van kwaliteitsactiviteiten worden onderscheiden:

1. Afgebakende activiteit of samengesteld uit meerdere projecten
2. Intern of extern geïnitieerd door één of meer partijen
3. Gerichtheid op bepaalde kwaliteitsclusters
4. Controle of verbetering als hoofddoel
5. Interne of externe financiering

1. Afgebakende activiteit of samengesteld uit meerdere projecten

De richtlijnen, de landelijke patiëntenenquête en de indicatoren zijn in meerdere projecten ontwikkeld, die door verschillende actoren zijn geïnitieerd. Kwaliteitsvisite en ziekenhuisaccreditatie vormden gedurende de hele onderzoeksperiode een afgebakende activiteit en zijn geïnitieerd door de partij waarvoor ze bedoeld waren, respectievelijk de medisch specialisten en de ziekenhuizen. De veronderstelling dat de ontwikkeling van richtlijnen, de patiëntenenquête en de indicatoren de regulerende veldpatronen (**V**) hebben beïnvloed en de accreditatie en visite de regulerende partijpatronen (**P**), kan op basis van de onderzoeksresultaten niet worden bevestigd. Of een kwaliteitsactiviteit een afgebakend project is of uit meerdere projecten bestaat, lijkt niet van invloed te zijn op veranderingen in regulerende patronen en leidt dus ook niet tot veranderingen in de vormgeving van kwaliteit.

2. Intern of extern geïnitieerd door één of meer partijen

Visitatie en accreditatie zijn geïnitieerd door de partijen waar deze primair voor bedoeld waren. Bij richtlijnen was dit aanvankelijk ook het geval, maar in de loop der tijd hebben ook andere partijen op dit gebied initiatieven ontplooid. Bij de ontwikkeling van de patiënten-enquête en de indicatoren zijn zowel in- als externe initiatiefnemers betrokken geweest. Richtlijnen en visitatie illustreren het regulerend patroon, dat 'de medische professie steeds weer nieuwe instrumenten ontwikkelt om de verantwoordelijkheid voor het professionele handelen te behouden' (**P3**).

De richtlijnontwikkeling heeft ook twee nieuwe regulerende patronen tot gevolg gehad, die specifiek met deze kwaliteitsactiviteit samenhangen: een sterkere wetenschappelijke onderbouwing van het professioneel handelen (**S1**) en richtlijnen als kapstok voor andere kwaliteitsactiviteiten in het veld (**S2**). Beide hebben betekenis voor de invulling van regulerende patronen, maar dit betekent nog geen verandering in de vormgeving van kwaliteit. Het is dan ook niet mogelijk om veranderingen in regulerende patronen te koppelen aan het kenmerk 'één partij en intern geïnitieerd' of 'meerdere partijen en extern geïnitieerd'.

3. Gerichtheid op bepaalde kwaliteitsclusters

Richtlijnen en indicatoren hebben het professioneel handelen als object, visitatie en accreditatie de organisatie en de patiëntenenquête de ervaringen van patiënten. Omdat regulerende patronen collectieve gedragspatronen zijn, kan verwacht worden dat een kwaliteitsactiviteit gericht op veranderingen in de organisatie of in de patiëntrelatie eerder leidt tot veranderingen in regulerende patronen, dan een kwaliteitsactiviteit gericht op het professioneel handelen. De onderzoeksresultaten bevestigen deze veronderstelling niet. Het object van een kwaliteitsactiviteit lijkt geen relatie te hebben met veranderingen in regulerende patronen en dus ook niet met de vormgeving van kwaliteit.

4. Controle of verbetering als hoofddoel

Visitatie en accreditatie zijn bedoeld als een intern controle-instrument. Patiëntenenquête en indicatoren beogen eerder externe controle, maar de resultaten kunnen wel intern voor verbeteringen worden gebruikt. Richtlijnen zijn aanvankelijk ontwikkeld als een intern verbeterinstrument, maar hebben in de loop der tijd ook een externe controlefunctie gekregen.

Er is geen verschil gevonden in invloed op de bestaande regulerende patronen tussen een kwaliteitsactiviteit opgezet als controle- of als verbeterinstrument. Het hoofddoel van een kwaliteitsactiviteit lijkt geen relatie te hebben met veranderingen in regulerende patronen.

5. Interne of externe financiering

De ziekenhuisaccreditatie is in de ontwikkelfase financieel ondersteund door de Ziekenfondsraad. De beginfase van de implementatie is gefinancierd door de NVZ en de OMS, daarna zijn de kosten gedragen door de participerende ziekenhuizen. De ontwikkeling

en de invoering van de kwaliteitsvisitatie is door de medische beroepsgroep zelf betaald. Bij beide activiteiten is in sprake van interne financiering.

Richtlijnen, patiëntenenquête en indicatoren zijn met behulp van overheidssubsidie ontwikkeld en geïmplementeerd. Daarnaast zijn ze ontwikkeld in meerdere projecten per activiteit, waarbij in de loop der tijd alle veldpartijen betrokken zijn.

Een belangrijk deel van de ontwikkeling en/of ondersteuning van de gesubsidieerde activiteiten is uiteindelijk ondergebracht bij specifieke organisaties (**S9**): richtlijnen bij de Regieraad Kwaliteit, de patiëntenenquête bij het CKZ en de indicatoren bij Zichtbare Zorg. Deze drie organisaties gaan in 2013 - samen met het CVZ, KiesBeter en het Coördinatieplatform Zorgstandaarden - op in het Zorginstituut Nederland⁸⁶. Dit instituut gaat toezicht houden op de samenhang tussen richtlijnen en indicatoren en op de validiteit en betrouwbaarheid, het draagvlak en de openbaarheid van de indicatoren (Delnoij 2013). Specifiek regulerende patronen die door de gesubsidieerde kwaliteitsactiviteiten zijn ontstaan zoals: richtlijnen als kapstok (**S2**), het gebruik van een gestandaardiseerde landelijke patiëntenenquête (**S5**), de inzichtelijkheid van het professioneel handelen (**S7**) en de eisen uit het veld die mede het medisch handelen bepalen (**S8**) gaan hierdoor invloed uitoefenen op de vormgeving van de ziekenhuiskwaliteit. Deze ontwikkeling bevestigt tevens de sterker wordende overheidsinvloed op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (**V6**).

Overheidssubsidiëring is voor partijen een belangrijke reden om deel te nemen aan een kwaliteitsactiviteit. Deze financiering door een 'machtige instantie' leidt niet alleen tot gedwongen gelijkvormigheid, maar ook tot nabootsing uit angst voor negatieve consequenties. De specifieke regulerende patronen die door dergelijke kwaliteitsactiviteiten ontstaan gaan door zelfdisciplineren gecombineerd met de mogelijkheid van sancties ook invloed uitoefenen op al bestaande regulerende patronen.

12.3 Bijdrage theoretisch kader aan het onderzoek

Het theoretisch kader heeft de opzet van het onderzoek en de analyse van de uitkomsten ondersteund en is dus ook van invloed op de conclusies. In deze paragraaf wordt op de bijdrage van het theoretisch kader teruggeblikt.

Overlap toenemende disciplineren en kwaliteitsontwikkeling

Veranderingen in maatschappelijke grondstructuren (Elias 1982) die leidden tot de ontzuiling, democratisering, verdergaande individualisering en een sterkere disciplineren, hebben de kwaliteitsontwikkeling in de ziekenhuizen beïnvloed. Het onderzoek laat een overlap zien tussen de sterker wordende disciplineren en de vormgeving van de ziekenhuiskwaliteit. De vier vormen van disciplineren in het theoretisch kader zijn in de analyse terug te vinden:

⁸⁶ Wetsvoorstel is op 10 december 2013 door de I^e kamer aangenomen.

1. *Disciplineren ten behoeve van economisch nut.* Richtlijnen en indicatoren zijn belangrijke instrumenten om - via de kwaliteit - de kosten te beheersen. Zo is de verwachting, dat artsen die richtlijnen toepassen, minder snel onnodige diagnoses zullen stellen (Gezondheidsraad 1991). Ook kunnen analyses van de kosteneffectiviteit aan de richtlijnen worden gekoppeld, met het doel de effectiviteit en efficiëntie van het medisch handelen te vergroten (van Everdingen 2004). Bij de ontwikkeling van indicatoren worden eveneens richtlijnen gebruikt.
2. *Zelfdiscipline voor individueel voordeel.* Actieve zelfdisciplineren om te voldoen aan kwaliteitseisen en -normen (uit wetten en indicatoren), aan wensen van patiënten (uit de patiëntenenquête) en aan organisatienormen van collega's (uit accreditatie of visitatie) geeft maatschappelijk voordeel. Het verinnerlijken van actieve zelfcontrole maakt volgens Elias (1982) deel uit van het civilisatieproces.
3. *Noodzaak van bewijsbare kwalificaties, zoals diploma's en keurmerken.* Participatie aan visitatie is voor medisch specialisten nodig om zich voor hun beroep te kunnen herregistreren. Een accreditatie verleent ziekenhuizen een keurmerk en wanneer aan bepaalde indicatoren wordt voldaan is dat een bewijs van kwalificatie.
4. *Meer regels, toezicht en controle.* Ziekenhuiskwaliteit wordt steeds meer bepaald door externe eisen en regels, zoals richtlijnen, indicatoren en kwaliteitswetten. Hoe meer regels, des te meer is toezicht en controle op de naleving ervan nodig. Dit wordt versterkt door het steeds grotere aantal veldpartijen. Elke partij heeft eigen voorkeuren en vereist specifieke regels en controle. Zo groeit het aantal functionarissen en organisaties die de regels ontwerpen of controleren gestaag.

Verschil in invloed

Het onderscheid in regulerende patronen op verschillende niveaus - partij, sociale veld en maatschappij - maakt het verschil in invloed tussen de partijen op de ziekenhuiskwaliteit zichtbaar en kan dit verschil ook verklaren. Het regulerende patroon, dat de overheid verantwoordelijkheid neemt voor het creëren van condities en voorwaarden voor kwaliteit (**P6**), is bijvoorbeeld ontstaan door druk vanuit de maatschappij (**M2**). Vanwege de wettelijke basis hiervoor is de invloed van de overheid op het landelijke veld flink toegenomen. In de medische beroepsgroep is al lang geleden een collectief gedragspatroon ontstaan van interne controle en het ontwikkelen van instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen te behouden. Bij de ziekenhuizen zijn de regulerende patronen nog in ontwikkeling. Omdat het niet voor alle ziekenhuizen vanzelfsprekend is om collectieve afspraken na te komen is de invloed van deze partij in het landelijke veld beperkt. Patiënten en zorgverzekeraars blijken geen eenduidig collectief gedrag te vertonen en oefenen dus niet, via regulerende patronen, invloed uit op het landelijke veld.

De medische professie is de veldpartij met culturele macht en de overheid die met economische macht. Op landelijk niveau bepalen in essentie deze twee partijen de spelregels. De overdracht door overheid en politiek van economisch kapitaal aan ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars heeft op lokaal niveau de spelregels en strijd veranderd.

Ondanks de pluriformiteit binnen de beroepsgroep zijn individuele medisch specialisten zich zeer bewust, dat hun persoonlijke belang gediend wordt door zich samen te voegen met andere individuen met dezelfde belangen (de Swaan 1996). Bij andere partijen in het sociale veld is dit bewustzijn veel minder sterk. Het behalen van een gezamenlijke lange termijn doelstelling heeft voor een individuele arts dus ook een andere connotatie dan voor bijvoorbeeld een ziekenhuisbestuurder. Vanwege hun dienstverband voor bepaalde tijd zijn bestuurders eerder gericht op het behalen van korte termijndoelen voor hun eigen ziekenhuis dan lange termijndoelen voor alle ziekenhuizen samen.

Toepassing van meerdere sociale theorieën

Alle vier de gebruikte sociale theorieën van Elias, Foucault, Bourdieu en de Swaan waren nodig om de historische ontwikkelingen te kunnen begrijpen en analyseren. Ook andere onderzoeken naar sociale werelden en institutionele veranderingen kunnen van de combinatie van deze theorieën gebruik maken. De vier sociale theorieën leggen elk het accent op andere onderzoekselementen: het ontstaan van gedragsveranderingen (Elias), de rol van disciplineren (Foucault), de beschikking over verschillende soorten macht (Bourdieu) en de keuze voor het individuele versus het collectieve belang (de Swaan). Samen vormden ze het theoretisch kader voor de analyse van de regulerende patronen.

1. Veranderingen in de maatschappij en binnen sociale groepen hebben altijd te maken met collectieve gedragsveranderingen. Door deze veranderingen in regulerende patronen in kaart te brengen en de onderlinge verbanden te bestuderen, kan de oorsprong en het verloop van veranderingen in sociale velden worden begrepen.
2. De toenemende interdependentie binnen sociale velden vraagt om verschillende vormen van disciplineren (zelfdiscipline, bewijsbare kwalificaties en controle), die alle de ontwikkeling van regulerende patronen en spelregels in het veld beïnvloeden.
3. Door te verhelderen hoe de verschillende vormen van kapitaal (cultureel, economische en sociaal) over de partijen zijn verdeeld en hoe deze verdeling wederzijds wordt erkend en gewaardeerd, wordt duidelijk waarom sommige partijen meer invloed op de spelregels kunnen uitoefenen dan andere.
4. De bereidheid van individuele leden om het collectieve belang te laten prevaleren boven het individuele bepaalt in hoeverre het kapitaal van een partij effectief kan worden ingezet.

Door op zoek te gaan naar regulerende patronen en de veranderingen hierin in kaart te brengen, is inzicht verworven waarom in de afgelopen decennia veranderingen zijn ontstaan in de vormgeving van de ziekenhuis kwaliteit. Geloof in de juistheid van een bepaalde activiteit of handeling is een belangrijke voorwaarde voor het ontstaan van veranderingen. Het onderzoek naar de rol van de drie gelijkvormigheidsprocessen (nabootsend, normatief en gedwongen) heeft het ontstaan van dit geloof verhelderd. Aanwezigheid van de drie gelijkvormigheidsprocessen blijkt niet alleen te leiden tot 'geloof in de juistheid' van een

bepaalde activiteit of handeling, maar ook tot zelfdisciplineren. De drie gelijkvormigheidsprocessen zijn dus ook belangrijk voor het succesvol disciplineren van groepen.

Deel B Implicaties en aanbevelingen

Reflectie

Rol onderzoeker

Tot besluit

12.4 Implicaties en aanbevelingen voor de toekomst

Theoretische implicaties

Dit proefschrift levert een bijdrage aan de theorievorming over institutionele veranderingen door te laten zien hoe de vormgeving van een beleidssector (inrichting, uitvoering en besluitvormingsstructuur) wordt beïnvloed door regulerende patronen. Het onderzoek biedt theoretische handvatten voor het ‘ontdekken’ van deze patronen en het verwerven van inzicht hoe deze patronen ontstaan en hoe hierin veranderingen plaatsvinden. De conclusie, dat het ontstaan van ‘geloof in de juistheid’ van bepaalde handelingen of gedrag leidt tot zelfdisciplineren en (collectieve) gedragsverandering, biedt een verklaring voor het ontstaan van institutionele veranderingen.

Het onderzoek geeft ook inzicht in de wijze waarop verschillende vormen van macht in het sociale veld kunnen worden ingezet. Door overheveling van economisch kapitaal verandert de overheid niet alleen het machtsevenwicht, maar zij kan ook nieuwe partijen aan het veld toevoegen en de prioriteitstelling van handelingen beïnvloeden. Daarmee stuurt de overheid het gedrag binnen het veld en de veldpartijen. Cultureel kapitaal vormt, met de waarde die het veld en de maatschappij daaraan hechten, een belangrijke tegenkracht tegen deze overheidssturing. Behoud van cultureel kapitaal en de wijze waarop dit wordt ingezet, bepaalt dus de machtsverhoudingen in het veld, een inzicht dat ook belangrijk is voor andere professionele werelden, zoals welzijn en onderwijs.

Het onderzoek laat ook de grote rol zien van ‘aandacht voor kwaliteit’ bij het disciplineren van de partijen in het veld van de gezondheidszorg. Dit komt tot uiting in de formulering van de regulerende patronen en het veelvuldige gebruik van woorden als ‘steeds vaker’, ‘toename’ en ‘toenemend’. De disciplinerende functie van regulerende patronen is inherent aan het socialisatieproces, maar de in dit proefschrift blootgelegde patronen verwijzen vooral naar disciplineren in de vorm van ‘controle’, ‘regels en afspraken’ en ‘het nemen van

verantwoordelijkheid'. Daarnaast hebben alle vijf de onderzochte kwaliteitsactiviteiten een toenemende disciplinerende van alle partijen in het veld tot gevolg gehad. Ook zijn alle vier de verschillende soorten disciplinerende uit het theoretisch kader (economisch nut, individueel voordeel, bewijsbare kwalificaties en toename van controle) bij de vormgeving van ziekenhuiskwaliteit terug te vinden. Het inzicht, dat 'aandacht voor kwaliteit' door de overheid in essentie is gericht op disciplinerende van het sociale veld en de veldpartijen, zal naar verwachting ook van toepassing zijn in andere professionele werelden.

Praktische implicaties

Begrip van de rol van regulerende patronen bij de vormgeving van kwaliteit en de voorwaarden voor verandering, helpt bij het maken van keuzes voor de opzet en uitvoering van kwaliteitsactiviteiten. Zo kan verspilling van menskracht en middelen worden voorkomen.

Twee praktische voorbeelden:

1. Als een kwaliteitsactiviteit correspondeert met een bij een partij al bestaand regulerend patroon, zal sneller geloof in de juistheid van de activiteit ontstaan, met een veel grotere kans op succesvolle implementatie en op een specifiek aan de activiteit gekoppeld regulerend patroon. Een voorbeeld is de snel groeiende bereidheid van medisch specialisten om aan de ingevoerde kwaliteitsvisiteatie deel te nemen.
2. Het voor de start benoemen van de aan het eind van een kwaliteitsactiviteit nagestreefde regulerende patronen verheldert de doelstelling van het project. Ook kan voor aanvang, bij de achterban van betrokken partijen, worden onderzocht of de voorwaarden voor 'geloof in de juistheid' van de activiteit aanwezig zijn, of gecreëerd kunnen worden. Daarbij kunnen de volgende vragen worden gesteld:
 - a. Is de kans groot, dat alle relevante organisaties zich bij de activiteit aansluiten? Wat maakt meedoen voor hen aantrekkelijk (nabootsende gelijkvormigheid)?
 - b. Is de kans groot dat de (resultaten van de) activiteit geïntegreerd wordt in opleiding en beroepsorganisaties? Wat maakt het aantrekkelijk om dit te doen (normatieve gelijkvormigheid)?
 - c. Kan een organisatie of partij dwang uitoefenen, zodat men gaat geloven, dat de negatieve consequenties van afzijdigheid groot zijn (gedwongen gelijkvormigheid)?

Een activiteit pas starten als alle drie de vragen bevestigend kunnen worden beantwoord en de noodzakelijke voorwaarden zijn gecreëerd, voorkomt verspilling van tijd, energie en motivatie.

De versimpeling van de werkelijkheid die voortvloeit uit het onderscheid in professionele kwaliteit, organisatiekwaliteit en patiëntgerichtheid, ontnemt het zicht op de samenhang tussen de verschillende kwaliteitsaspecten. Een uitstekende logistiek in het ziekenhuis garandeert nog geen goede behandeling, een vriendelijke dokter hoeft nog niet de juiste diagnose te stellen en of de uitkomst van een evidence-based behandeling, die pas twee maanden na de diagnose begint, goed is, valt te betwijfelen. Door de specifieke gerichtheid

op één kwaliteitsaspect kunnen andere aspecten te weinig aandacht krijgen of helemaal uit zicht verdwijnen. Dit kan worden voorkomen door een kwaliteitsactiviteit altijd in het gehele zorgproces in te bedden. Als een richtlijn wordt ontwikkeld voor een bepaalde patiënten-categorie, dan moet ook gekeken worden naar de betekenis van deze richtlijn voor: (1) de ziekenhuisorganisatie (continuïteit en beschikbaarheid van ruimte, apparatuur en ondersteunende functionarissen), (2) de relatie met de patiënt (overleg, informatie, specifieke wensen) en (3) de uitvoering door de zorgverlener (deskundigheid, geschiktheid, veiligheid en voorzieningen).

Niet ieder regulerend patroon heeft een disciplinerende functie in het veld. Het patroon 'de strijd in het veld om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten' is ontstaan in de interactie tussen partijen en gebaseerd op 'waarden'. De plaats in het veld van de zorg bepaalt de 'waarde' die een partij aan een specifiek kwaliteitsaspect toekent. Zo hechten patiënten(organisaties) door hun afhankelijkheid veel waarde aan informatiebereidheid bij zorgverleners, zijn ziekenhuisbestuurders met name gericht op doelmatigheid van de zorg, wil een medisch specialist de beste zorg voor een individuele patiënt en staat voor de IGZ de veiligheid van patiënten voorop. De hiërarchie in het veld wordt bepaald door de hoeveelheid macht, c.q. de verschillende soorten kapitaal, waarover de partijen beschikken. Bewustwording van (de invloed van) deze strijd op de vormgeving van kwaliteit is noodzakelijk om de gewenste samenhang tussen de verschillende kwaliteitsaspecten te bereiken.

Het belang van historische kennis en historisch besef

Het onderzoek laat zien dat kwaliteit van de medische beroepsuitoefening en van de ziekenhuisorganisatie de afgelopen decennia steeds meer met elkaar zijn verbonden. Ook maakt het de veranderingen zichtbaar in de kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen in de afgelopen 25 jaar. In die periode is kwaliteitsmanagement een onderdeel van de algemene bedrijfsvoering van het ziekenhuis geworden. Artsen zijn gedwongen hun beroepsuitoefening meer te standaardiseren en praktijkgegevens openbaar te maken, maar tegelijkertijd hebben zij zelf ook steeds weer nieuwe instrumenten ontwikkeld om de waarde van hun exclusieve kennis te behouden.

Dit proefschrift onderstreept het belang van historisch besef. In de loop van het onderzoek werd duidelijk dat verschillende kwaliteitsactiviteiten in de afgelopen kwart eeuw uit een reeks van opeenvolgende projecten bestonden. Medewerkers beschikten dikwijls niet over kennis van voorgaande projecten, eerder ervaren knelpunten en andere relevante informatie. Maar kennis over eerder opgedane ervaringen en over vigerende regulerende patronen helpt om zorgvuldige afwegingen over vervolgprojecten te maken. Twee voorbeelden:

- I. Tijdens het PAZ-project in de eerste helft van de jaren negentig verzetten medisch specialisten zich tegen de formulering van een aantal vragen in een patiëntenvragenlijst. Omdat patiëntenorganisaties deze protesten niet voldoende serieus namen, ging het draagvlak bij de medisch specialisten voor het hele project verloren, niet alleen voor de vragenlijst, maar ook voor de andere te ontwikkelen

instrumenten. Door 'de verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor de kwaliteit van het professioneel handelen' (**PI**) te veronachtzamen, verdween de bereidheid voor gezamenlijke vervolgprojecten. Leerpunt: wanneer bij een kwaliteitsactiviteit met meerdere betrokken partijen de bestaande regulerende patronen van een bepaalde partij worden genegeerd, gaat het draagvlak bij die partij verloren.

2. In de tweede helft van de jaren negentig konden veel richtlijnen worden ontwikkeld dankzij de vacatiegeldregeling van de wetenschappelijke verenigingen. Enerzijds werden medisch specialisten met een financiële prikkel verleid tot versnelde richtlijnontwikkeling, anderzijds bleken de richtlijnen een belangrijk instrument (**P3**) om hun verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen te behouden (**PI**). Maar de veronderstelling dat de beschikbaarheid van een richtlijn de toepassing garandeert en de variatie in behandeling tussen artsen terugdringt - een belangrijke reden om het geld ter beschikking te stellen - werd maar gedeeltelijk bewaarheid. Leerpunt: een medisch specialist voelt zich individueel verantwoordelijk voor de kwaliteit van het eigen professioneel handelen en maakt zelf de afweging om een richtlijn al dan niet toe te passen.

In deze twee voorbeelden worden knelpunten zichtbaar waardoor een kwaliteitsactiviteit niet het gewenste doel bereikt, maar ook de grote afstand tussen bestuurders die tot deelname aan een activiteit besluiten en individuele medisch specialisten die in een project participeren of de uitkomsten moeten gaan implementeren. Voor projecten op landelijk niveau betreft dit het bestuur van de OMS en op ziekenhuisniveau het bestuur van de medische staf.

12.5 Reflectie

Dit onderzoek bevestigt het belang van een gedetailleerde historische studie om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen van en interacties tussen partijen, in het sociale veld en de maatschappij. De complexiteit van het keuzeproces over de aan het onderwerp kwaliteit gerelateerde thema's die in het proefschrift aan de orde moesten komen is van tevoren niet goed ingeschat. Het maken van een overzichtelijke opzet en keuzes over de mate van gedetailleerdheid kostten veel meer tijd dan gedacht. Zo illustreert de inkomensstrijd van medisch specialisten de strijd om de macht en de inzet van cultureel en economisch kapitaal, maar hoe diep moet de historische analyse van die strijd gaan om de invloed op de regulerende patronen te verhelderen? Bij de geschiedschrijving van de kwaliteitsactiviteiten moesten vergelijkbare afwegingen worden gemaakt, over de wijze waarop relevante onderdelen het beste konden worden samengevat en weergegeven.

Voor het historisch onderzoek zijn vele bronnen gebruikt, waarvan de selectie is gestuurd door de relatie met de kwaliteit van de medische zorgverlening. Het centrale thema kwaliteit van de medische zorg heeft de logica van de historische beschrijving gevormd.

Door gebeurtenissen in een historische context te plaatsen krijgen ze vaak pas een min of meer logische samenhang. Dit geldt voor de algemene historische beschrijving, maar ook voor de beschrijving van de kwaliteitsactiviteiten. Zo blijkt de standaardisatie van de medische opleiding een ontwikkeling die al meer dan een eeuw gaande is. Alleen door de historie in kaart te brengen worden de stappen en de samenhang over decennia heen duidelijk. Verbanden die, net als veranderingen in regulerende patronen, alleen achteraf kunnen worden blootgelegd.

Bij de zoektocht naar veranderingen in de regulerende patronen viel op, dat in de periode 1985 - 2012 maar weinig nieuwe patronen zijn ontstaan, ondanks de talrijke activiteiten en ruime aandacht voor ziekenhuiskwaliteit. Veranderingen betreffen meestal versterking van een bestaand patroon. De latere constatering dat veel regulerende patronen inhoudelijk op disciplinerende zijn gericht en dat sowieso in de samenleving en de zorg sprake is van toenemende disciplinerende werking, bood hiervoor achteraf een verklaring. Wel zijn, gekoppeld aan de meeste kwaliteitsactiviteiten, specifieke regulerende patronen ontstaan.

De veronderstelling, dat bepaalde kenmerken van landelijke kwaliteitsactiviteiten bepaalde veranderingen in regulerende patronen genereren, kon niet worden gestaafd. Verwacht werd, dat kwaliteitsactiviteiten met als doel verbetering of controle en met als initiatiefnemer de betreffende partij of externen, de regulerende patronen verschillend zouden beïnvloeden. Uiteindelijk is vastgesteld dat alle kwaliteitsactiviteiten een disciplinerende werking hebben en dat alleen overheidssubsidiëring een kenmerk is, dat veranderingen in regulerende patronen genereert.

12.6 Rol van de onderzoeker

Bewustwording van verandering in de betekenis van kwaliteit en nieuwsgierigheid naar de opbrengst van de kwaliteitsactiviteiten in de afgelopen decennia vormden de aanleiding voor dit proefschrift. Met de beschrijving in hoofdstuk 2 van veertien verwonder- en leermomenten is de koppeling gemaakt naar de praktijk. Deze praktijkervaringen laten ook zien dat een waarde vrij sociaalwetenschappelijk onderzoek vrijwel onmogelijk is. Een onderzoeker met veel praktische ervaring in een bepaald veld zal altijd anders naar gebeurtenissen kijken dan een onderzoeker voor wie dit veld onbekend terrein is. De persoonlijke kennis en ervaring geven richting aan het onderzoek. Op de volgende manieren heeft de al aanwezige praktijkkennis dit onderzoek beïnvloed:

1. Herkenning van gebeurtenissen veroorzaakte een neiging om dieper in de historie te duiken en meer inhoudelijke informatie te verzamelen dan direct voor de onderzoeksvraagstelling noodzakelijk was.

2. Het persoonlijke uitgangspunt, dat kwaliteitsactiviteiten opgezet moeten worden om een betere kwaliteit van zorg voor patiënten te bewerkstelligen, bemoeilijkt soms een objectieve houding.
3. Vanuit het besef, dat in de literatuur bepaalde ervaringen en vooroordelen eerder herkend worden dan tegenovergestelde beweringen, is extra gezocht naar andere meningen. Dit heeft de historische beschrijvingen verdiept en een falsificatie van negatieve cases mogelijk gemaakt.
4. Van lang niet alle praktijkkennis waren gedocumenteerde bewijzen te vinden of kon bevestiging worden verkregen in de interviews. Zo lijkt de ervaren weerstand van medisch specialisten tegen de NIAZ accreditatie in tegenspraak met de medefinanciering van het NIAZ door de OMS. Een verklaring voor deze tegenstelling ligt in de opmerking van Schellekens: “De Orde wilde alleen participeren als het NIAZ zich zou richten op de organisatorische voorwaarden, niet op de professionele kwaliteit, dat moest een taak van de beroepsgroep zelf blijven” (Bron: interview 9 februari 2011). Meer documentatie hierover is niet gevonden. Uiteindelijk blijft alleen geschiedenis bewaard van hetgeen is opgeschreven en teruggevonden kan worden via internet of bibliotheken. Dit inzicht heeft de motivatie voor de historische beschrijvingen versterkt, maar ook doen beseffen, dat wat bewaard wordt in de toekomst als waarheid wordt gezien. Dit voorbeeld laat ook zien, dat het gedocumenteerde landelijke beleid van de OMS niet altijd overeen hoeft te komen met de praktijkervaringen van individuele medisch specialisten.
5. Soms heeft bepaalde persoonlijke kennis gestimuleerd tot een zoektocht naar nadere informatie: zonder deze kennis was naar die informatie niet gezocht. Dit gebeurde bijvoorbeeld bij het lokaliseren van het begin van de indicatorontwikkeling in de jaren zestig van de twintigste eeuw.
6. De persoonlijke praktijkervaringen maakten het mogelijk om in de interviews door te vragen. Geleerd is dat historische kennis zonder schriftelijke documentatie in het algemeen maar gedurende een korte tijdspanne en bij een beperkt aantal personen paraat blijft. Bij het NPCF, de initiatiefnemer in de jaren negentig van het project Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen, bleek in 2008 niemand meer informatie te kunnen verstrekken over dit project.

De thema's van de veertien praktijkervaringen zijn deels terug te vinden in de historische beschrijvingen. Een aantal thema's heeft een directe relatie met disciplineren, zoals de zoektocht naar kwaliteitsgegevens, de externe druk versus interne motivatie en de externe vraag naar gegevens die de interne aandacht bepaalt. Andere onderwerpen hebben geen directe relatie met disciplineren, zoals de vaststelling, dat achter oorzaken veelal andere oorzaken liggen, kwaliteitsaspecten als communicerende vaten werken en het vasthouden van betrokkenheid essentieel is voor de voortgang. Deze thema's zijn veel meer gericht op het begrijpen van de betekenis van kwaliteit voor zorgverleners en zorgverlening. In de loop

der tijd hebben de onderwerpen wel steeds vaker een relatie met toenemende druk vanuit de buitenwereld.

12.7 Tot besluit

Dit onderzoek is voortgekomen uit mijn wens te begrijpen hoe veranderingen in de vormgeving van de kwaliteit in ziekenhuizen tot stand zijn gekomen en waardoor deze veranderingen zijn beïnvloed. De veronderstelling dat regulerende patronen (ook wel duurzame collectieve gedrag patronen of sociale instituties genoemd) de vormgeving van kwaliteit bepalen en dat landelijke kwaliteitsactiviteiten hierbij van invloed zijn, heeft mij tot het schrijven van dit proefschrift gebracht. Dit onderzoek heeft mij de volgende inzichten opgeleverd:

1. De sturende rol van de overheid

De maatschappelijke vraag om controle en transparantie heeft, samen met de eis van toegankelijkheid, ertoe geleid dat overheid en politiek veel aandacht zijn gaan besteden aan de ziekenhuiskwaliteit. Hierdoor is kwaliteit van zorg in ziekenhuizen een belangrijk thema in het gezondheidszorgbeleid geworden. De overheveling door de overheid van een deel van haar economische macht naar ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars heeft, samen met het wettelijk vastleggen van spelregels rondom kwaliteit, het verstrekken van subsidies voor kwaliteitsactiviteiten en het erkennen van ervaringskennis van patiënten, veranderingen in het veld en in de regulerende patronen tot gevolg gehad.

Medisch specialisten zijn, als reactie op de overheidsdruk en in het verlengde van reeds bestaande regulerende patronen, steeds meer instrumenten gaan ontwikkelen die de toepassing van hun exclusieve kennis en hun interne controle ondersteunen. Dit proces is geprofessionaliseerd met de oprichting van de Kwaliteitskoepel door de OMS en de wetenschappelijke verenigingen. Ondanks dat de medische professie haar eigen instrumenten ontwikkelt, blijkt zij toch steeds de activiteiten van de overheid te volgen.

Ziekenhuisbestuurders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties volgen de door de overheid uitgezette lijnen nog sterker. Overheid en politiek zetten de lijnen uit, daarna zorgen de andere partijen voor de invulling. Dit proces zien we terug in het beperkte aantal regulerende patronen van deze drie partijen en het ontbreken van 'eigen' landelijke organisaties met als doel een eigen koers⁸⁷ voor ziekenhuiskwaliteit te ontwikkelen. Ziekenhuizen stellen functionarissen aan die de opdracht krijgen de door de overheid uitgezette lijn in te vullen.

87 Een aan de NVZ gekoppelde landelijke organisatie die de algemene ziekenhuizen ondersteunt bij de vormgeving van ziekenhuiskwaliteit bestaat niet. De NFU, het landelijke samenwerkingsverband van de universitaire medische centra, heeft hiervoor wel een kwaliteitsconsortium opgericht. Ook aan ZN en de NPCF is geen organisatie gekoppeld, die zich bezig houdt met een landelijke strategie voor ziekenhuiskwaliteit.

2. Disciplineren als doel

Kwaliteit en disciplineren zijn binnen de zorgverlening in toenemende mate een onlosmakelijke combinatie gaan vormen. Alle vier de vormen van disciplineren uit het theoretisch kader zijn in de vormgeving van kwaliteit te herkennen:

1. Disciplineren ten behoeve van 'economisch nut' komt terug in de DBC's, maar ook in de standaardisatie van zorgprocessen, zoals in klinieken voor mamacare, hartfalen, diabetes, liesbreukstraten en triage op de spoedeisende hulp.
2. Actieve zelfdisciplineren komt tot uiting in de toename van richtlijnen, procedures en protocollen, maar ook in de schriftelijke informatieverstrekking aan patiënten.
3. De noodzaak van bewijsbare kwalificaties is terug te vinden in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen en de kwaliteitsvisite.
4. De toename van regels, toezicht en controle vindt zijn weerslag in de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren en de patiëntenenquête.

Disciplineren speelt ook een belangrijke rol bij de exclusieve kennis van de medisch specialisten. Het disciplineren van de toepassing van exclusieve kennis lijkt een contradictie in terminis, maar de autonomie van handelen wordt wel steeds verder ingeperkt. Niet alleen door kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen, visitatie en prestatie-indicatoren, maar ook de ontwikkelde registratiesystemen van de wetenschappelijke verenigingen voor een continue interne terugkoppeling van de resultaten, oefenen steeds meer invloed uit op de gebruikte behandelmethoden. Daarnaast wordt de autonomie van de arts ook door externe factoren ingeperkt, bijvoorbeeld door alleen nog bepaalde geneesmiddelen of behandelmethoden te vergoeden.

De vraag of al deze disciplineren tot een betere zorgkwaliteit heeft geleid, kan niet eenduidig worden beantwoord. Nog afgezien van een gebrek aan indicatoren om de resultaten goed te meten en de invloed van andere factoren, zoals wetenschappelijke vooruitgang en veranderingen in de patiëntenpopulatie, speelt ook de positie van de beoordelende partij in relatie tot de verschillende soorten disciplineren een rol. De zorgverzekeraar ziet bijvoorbeeld het terugdringen van zorgkosten als een kwaliteitsverbetering, de patiënt de toenemende informatieverstrekking, de ziekenhuisbestuurder het behalen van een bewijsbare kwalificatie en de inspectie de uitkomsten van de prestatie-indicatoren. Ondanks, of misschien dankzij deze verschillen, achten alle partijen disciplineren van groot belang voor een goede kwaliteit van de zorgverlening.

3. De onmogelijkheid van een breed gedragen eenduidige kwaliteitsvisie heeft een negatieve connotatie gegeven aan kwaliteit

Omdat het begrip 'kwaliteit' een *contested concept* is (een begrip dat onvermijdelijk eindeloze discussies met zich meebrengt) heb ik niet geprobeerd een definitie te formuleren. Ik heb de geschiedenis in kaart gebracht van de aan de medische kwaliteit in ziekenhuizen gerelateerde ontwikkelingen en van vijf landelijke kwaliteitsactiviteiten. Ik heb de gebeurtenissen nauwlettend gevolgd en vastgesteld dat kwaliteit en disciplineren steeds meer synoniem zijn geworden. Partijen blijken een verschillende waarde te hechten aan de vier vormen van

disciplineren⁸⁸ en in het veld vindt voortdurend een strijd plaats om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten. Dit alles maakt een breed gedragen kwaliteitsvisie onmogelijk. Dit leidt zowel tot ‘afgedwongen’ disciplineren en tot onvrede omdat er onvoldoende disciplineren is. Kwaliteit heeft hierdoor voor velen een negatieve connotatie gekregen en is tegengesteld geworden aan ‘een motor voor innovaties’, zoals genoemd in de eerste zin van dit proefschrift.

4. Het belang van aandacht voor de interactie tussen arts en patiënt

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de patiëntenzorg is in de afgelopen decennia over vele ‘eigenaren’ verdeeld. Binnen het patiëntenproces is een scheiding gecreëerd tussen de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het methodisch technisch handelen, de patiëntenlogistiek, faciliteiten en voorzieningen en de zorgondersteunende- en onderzoeksafdelingen. Daarnaast is de raad van bestuur verantwoordelijk voor de integrale ziekenhuis-kwaliteit en geven staffunctionarissen ondersteuning bij het nakomen van formele kwaliteitsverantwoordelijkheden. Ziekenhuis-kwaliteit heeft hierdoor vooral vorm gekregen in de ontwikkeling van ondersteunende instrumenten (richtlijnen, patiëntenenquête, indicatoren) en de inrichting van systemen (accreditatie, visitatie). De individuele interactie tussen patiënt en zorgverlener ontsnapt hieraan, terwijl verondersteld kan worden dat juist daar een belangrijk aanknopingspunt ligt voor verbeteringen. Nu veel randvoorwaarden geregeld zijn en ondergrenzen vastgesteld, moet gezocht worden naar een koppeling van instrumenten, systemen en de interactie tussen arts en patiënt. Het in de afgelopen decennia ontstane regulerende patroon dat ‘burgers (patiënten) een controlerende rol vervullen bij de eigen zorg’ (**M3**) kan mogelijk gebruikt worden voor deze koppeling.

⁸⁸ Zie hiervoor ook par. 3.2.3 en 12.3: (1) disciplineren t.b.v. economisch nut, (2) zelfdiscipline t.b.v. individueel voordeel, (3) belang van bewijsbare kwalificaties en (4) toename van regels, toezicht en controle.

Literatuur

A

Ahaus, C.T.B. e.a. red. *Balanced Scorecard & model Nederlandse Kwaliteit*. Deventer: Kluwer, 1999.

B

Baggerman, S, en et all. *Voor de goede Orde. Een onderzoek naar het dynamische krachtenveld van de zorg en de rol die de Orde van Medisch Specialisten hierin kan vervullen*. Den Haag: NSOB, 2011.

Bal, R. *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking*. Rotterdam.: Erasmus Universiteit, 2008.

Bal, R. „Van beleid naar richtlijnen en weer terug. Over het belang van 'vage figuren'.” In *Orchestratie van gezondheidszorgbeleid*, door J. Helderma, P. Meurs en K. Putters, 81-93. Assen: van Gorcum, 2006.

Bal, R, en R. Zuiderent-Jerak. „The practice of markets. Are we drinking from the same glass?” *Health Economics, Policy and Law* 6 (1), 2011: 139-145.

BCG. *Zorg voor waarde*. Amsterdam: BCG, 2011.

Berg, J.M. van den, J. Haeck, M. van der Kolk, en L. den Ouden (red.). *(Toe)zicht op ziekenhuizen. Vijf jaar presteren met indicatoren*. Utrecht: De Tijdstroom, 2009.

Berg, Marc, et al. „Feasibility First: Developing Public Performance Indicators on Patient Safety and Clinical Effectiveness for Duth Hospitals.” *Health Policy* 75 (1) (Health), 2005: 59-73.

Berger, L, en B. Berger. *Sociologie. Een biografische opzet*. Baarn: Ambo, 1980.

Berger, P.L, en T. Luckman. *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. London: Allen Lane, 1967.

Biesheuvel, Commissie Modernisering curatieve zorg. *Gedeelde zorg: betere Zorg*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994.

Bon, P.L.M., e.a. *Werken aan patiëntvriendelijkheid van algemene ziekenhuizen. Ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument*. Amsterdam/Utrecht: Bakkenist Management Consultants en Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, 1992.

Boot, J., en M. Knapen. *De Nederlandse gezondheidszorg. Gebruikers, voorzieningen en het overheidsbeleid in de Nederlandse Gezondheidszorg*. Het Spectrum, 1986.

Boot, J.M., en M.H.J.M. Knapen. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Bourdieu, P., *Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*. Redactie D. Pels. Amsterdam: Van Gennep, 1989.

Bovenkamp, H. van de, *The limits of patient power. Examining active citizenship in Dutch healthcare*. PhD. Rotterdam: Departement of Health Policy and Management, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2010.

BoZ. *Zorgbrede Governancecode 2010*. Utrecht: BoZ (Brancheorganisaties Zorg), 2010.

Breuker, K.M., Lombarts, M.J.M.H., Jongsma, D. „Visitatie en wetenschappelijke verenigingen.” In *Bezoek of bezoeking? Juridische aspecten van visitatie*, door M.J.M.H., van Wijmen, F.C.B., van de Klundert, J.L.M. Lombarts, 41-54. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Brouwer, W., en D.M.J. Delnoij. *Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumententevredenheid en patiënttevredenheid*. Utrecht: NIVEL, 2004.

Brown, L.D., M. Cacace, L. Frisina, M.S. Sparer, en eds. „Beyond path dependency; Explaining health care systems change. Special issue.” *Journal of Health Policy and Law* (Journal of Health Policy and Law), 2010: 35(4).

C

- Casparie, A.F. „Bereiken van consensus in geneeskunde.” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1983, 127, 1983: 1816-1818.
- Casparie, A.F. „Medical audit, een nationale zaak.” *Medisch Contact*, 28, 1975: 507-509.
- Casparie, A.F., et al. *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag: ZonMw, 2001.
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. *Handleiding EBRO. Handleiding voor werkgroepen*. Utrecht: CBO, 2006.
- Commissie Dekker, Commissie Structuur Financiering Gezondheidszorg. *Bereidheid tot verandering*. 's Gravenhage: SDU, 1987.
- ConsortiumSB3. *Sneller Beter werkt! Resultaten van het eerste jaar*. Consortium Sneller Beter, 2006.
- Consumentenbond. *Ziekenhuisinformatie Knie- en heupzorg. 4e van de serie van zeven aandoeningen*. Consumentenbond, 2006.
- Cuperus-Bosma, J. e.a. *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw, 2002.

D

- Die, A.C. de, N.S. Klazinga, en J.A. Swinkels. „Visitatie: verantwoorde zorg, verantwoording en vertrouwen.” In *Bezoek of bezoeking, juridische aspecten van visitatie*, door M.J.M.H. Lombarts, F.C.B. van Wijmen en J.L.M. van de Klundert, 89-103. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Degenaar, M.H. *Communicatie en relatie. Evaluatie onderzoek van het project Patiëntvriendelijkheid van het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Zuid-Gelderland en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen*. Nijmegen: Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, 1995.
- Delnoij, D. „Het nieuwe Kwaliteitsinstituut voor de Zorg.” *Kwaliteit in Bedrijf*, 2013: 18-20.
- Delnoij, D. *Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en zorgverzekering? Eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0*. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Deroose, S.F., M.A. Schuster, J.E. Fielding, en S.M. Asch. „Public Health Quality Measurement: concepts and challenges.” *Ann Rev Public Health*, 2002: 23: 1-21.
- Dijk, S.G.M. van, F.M.C. Timmer, en M. Elsinga. *Met indicatoren op weg naar borging. Handleiding beheersing van zorgprocessen met behulp van indicatoren*. Utrecht: NZi, 1995.
- Dimaggio, P.J., en W.W. Powell. „The iron case revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational field.” *American Sociological Review*. vol. 48 (American Sociological Review), 1983: 147-160.
- Dixon-Woods, M, K Young, en C.L Bosk. „Why is UK medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad apple" doctors.” *Social Science & Medicine*, 2011: 1452-1459.
- Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assesment*. Michigan: Health Administration Press, 1980.
- Donabedian, A. „Quality assurance. Structure, process and outcome.” *Nurs Stand*, 1992: 7:2-8.
- Dute, J.C.J. *De evaluatie van de WGBO*. Den Haag: ZonMW, 2000.

E

- Ekker, W. „Wat is, wat doet de Stichting Medische Registratie?” *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* nr. 26, 1980: 124.

Elias, N., Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoeken.

Utrecht/Antwerpen: Het spectrum, 1982.

Elias, N., Sociologie, geschiedenis en andere essays. Amsterdam: Van Gennep, 1970.

Elsen, W. van den, „Zorgbestuurders werken aan verplichte accreditatie.” *Zorgvisie*, 15 november 2012.

Everdingen, J. van, Consensusontwikkeling in de geneeskunde. Dissertatie. Utrecht/Antwerpen, 1988.

Everdingen, J. van, Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

F

Fossen, J.A., e.a. Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl. Handboek voor wetenschappelijke verenigingen. Orde van Medisch Specialisten en CBO. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden, 2005.

Foucault, M., Discipline, Toezicht en Straf. De geboorte van de gevangenis. Groningen: Historische uitgeverij, 1989.

Foucault, M., Geboorte van de Kliniek. Een archeologie van de medische blik. Nijmegen: SUN, 1986.

Freidson, E., Professions of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd, Mead, 1970.

Friele, R.D., Ruijter de C., Wijmen van F., Legemaate, J. *Evaluatie Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector*. Utrecht: Nivel, 1999.

G

Gezondheidsraad. Medisch handelen op een tweesprong. Advies uitgebracht door de Beraadsgroep geneeskunde van de gezondheidsraad. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.

Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren. Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. publicatienummer 2000/18, Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.

Giard, R.W.M. „Wat te verwachten van protocollaire geneeskunde?” *NTvG*, 1994: 138:1557-60.

Governance, Commissie Health Care. Health Care Governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999.

Grinten, T.E.D. van der, en J. Kasdorp. *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 1999.

Grondwet.” *Algehele herziening Grondwet in 1983*”. Den Haag: Nederlandse staat, 1983.

Gunsteren, H. van, *Culturen van besturen*. Meppel: Boom, 1994.

Gusfield, Joseph. *Drinking-Driving and the Symbolic Order: The Culture of Public Problems*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1981.

H

Haeck, J. c.s. „Langs de meetlat.” *Medisch Contact*, 2004: 1254 - 1257.

Harteloh, P., De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg: van intuïtie naar rationele reconstructie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2000.

Hendriks, F. „Bestuurskunde en 'new institutionalism'.” *Bestuurskunde*, 1996: 217-225.

Hendriks, J.P.M., *Structuurnota gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.

Herk, R. van, Artsen onder druk. Over kwaliteitsbeleid van medische beroepen. Utrecht: Elsevier/De tijdstroom, 1997.

Herk, R. van, N.S. Klazinga, R.M.J. Schepersen, en A.F. Casparie. „De ontwikkeling van intercollegiale toetsing onder medisch specialisten in de Nederlandse ziekenhuizen: zelfregulering onder druk.” *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 1995: 139:682-6.

Houwaart, E.S. De hygiënisten: artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890. Groningen: Historische uitgeverij, 1991.

Huijsman, R, en K Lüschen. „Regieraad is geen oplossing.” *Medisch Contact* nr. 08, 2009: 341-343.

Humbert, L.B. Zicht op toezicht: een institutioneel onderzoek naar het Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1940-1990. 's-Gravenhage: Rijksarchiefdienst/PIVOT, 1993.

I

IGZ. *Het resultaat telt 2004*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006.

IGZ. *Het resultaat telt 2006*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007.

IGZ. Projectplan Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen (2006-2007). Utrecht: IGZ, 2005.

IGZ. Veiligheidsprogramma. Voorkom schade, werk veilig in de Nederlandse Ziekenhuizen. Utrecht: IGZ, 2007.

Illich, I. Grenzen aan de geneeskunde: het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid? Bussum: Wereldvenster, 1975.

IOM. Institute of Medicine. Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press, 2001.

IQ. *Kennis van Implementatie Programma*. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2010.

J

Jaspers, J. *Het medische circuit*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985.

Jerak-Zuiderent, S, en R. Bal. „Locating the Worthy of Performance Indicators. Performing Transparencies and Accountabilities in Health Care In, By the Very Act of Counting. The mutual construction of statistics and society.” In *Ethnographies of Diagnostic Work*, door H. Mork Lomell & S. Hammer (Eds.) A. Rudinow Sætnan, 224 - 244. London: Routledge, 2011.

K

Kallewaard, M. Beersen, J. van Everdingen J.J.E. van Croonenborg, J.J. van Barneveld, T.A. *Kwaliteit van Zorg in de Etalage. Eindrapportage*. Utrecht: CBO en Orde van Medisch specialisten, 2007.

Kappelhof, A.C.M. Tussen aansporen en opsporen. Geschiedenis van 25 jaar Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1965-1990. 's-Gravenhage: SDU uitgeverij, 1990.

Keijser, A., E. Sluijs, en C. Wagner. Tabellenboek kwaliteitssystemen, de stand van zaken per zorgsector. Utrecht: NIVEL, 2005.

Kingma, J. H. Zoeken naar een inspectiecanon. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Zutphen: Walburg Pers, 2004.

Kiwa Prismant. Trends in tevredenheid (2003/2009). Samenvatting van het vierde onderzoek naar tevredenheid van patiënten in Universitaire Medische Centra. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, 2010.

Klazinga, N.S. „Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited.” *Health policy*, 1994: 51-66.

Klazinga, N.S. Quality management of medical specialist care in the Netherlands. An explorative study of its nature and development. Rotterdam: iBMG Erasmus Universiteit, 1996.

Klink, A. „Toespraak minister.” *Installatie Regieraad Kwaliteit van Zorg*. Den Haag: Overheid, 20 mei 2009.

- Koning, J. de, A. Smulders, en N. Klazinga. *Appraisal of Indicators through Research and Evaluation*. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten, 2007.
- Klundert, J.L.M. van de, W.L.R. Kuipers, en R. Verrips. „Visitatie en het ziekenhuisbestuur.” In *Bezoek of bezoeking? Juridische aspecten van visitatie*, door M.J.M.H., van Wijmen, F.C.B., van de Klundert, J.L.M. (red) Lombarts, 55-63. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Kraan, W.G.M. van der, en P. Meurs. Effectieve medezeggenschap. Een verkennend onderzoek naar effectieve vormgeving van medezeggenschap van cliënten in algemene ziekenhuizen. Rotterdam: iBMG, 2006.
- Kruikemeier, S, W.L.A. Schäfer, R. Coppen, en R.D. Friele. *Evaluatie Gefaseerd Toezicht*. Utrecht: NIVEL, 2010.
- L**
- Lange, R. de, „Doden door wachtlijst.” *Vrij Nederland*, 6 mei 2000: 22-4.
- Legemaate, J., Merkus, J.M.W.M., Fossen, J.A. „De normstelling voor en de voorbereiding van een visitatie.” In *Bezoek of bezoeking*, door M.J.M.H., van Wijmen, F.C.B., van de Klundert, J.L.M. (red) Lombarts, 13-22. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Legemaate, J. e.a. *Beroepenwetgeving gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu, van Loghum, 2008/2009.
- Lemstra, W. Rapport Lemstra. "En waar was de patiënt". Enschede: MST, 2009.
- Light, D. „Social perspectives on competition in health care.” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25, 2000a: 971-4.
- Light, D. „The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power.” In *Handbook of medical sociology, part IV: Organization of Health Services*, door C.E. Bird, P Conrad en A.M. Fremont, 201-216. London: Prentice Hall, 2000b.
- Lips, J.P. „Ontwikkelen van externe kwaliteitsindicatoren vereist inspanning.” *Medisch contact*, nr. 50, 2002.
- Lombarts, M.J.M.H. *Bezoek of bezoeking? Juridische aspecten van visitatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Lombarts, M.J.M.H., en J.J.E. van e.a.(red) Everdingen. *Consensus over medisch-specialistische richtlijnen 1996*. Alkmaar: De Doelenpers, 1996.
- Lombarts, M.J.M.H., en N.S. Klazinga. „A policy analysis of the introduction and dissemination of external peer review (visitatie) as a means of professional self-regulation amongst medical specialists in The Netherlands in the period 1985 - 2000.” *Health policy* 58, 2001: 191 - 213.
- Lombarts, M.J.M.H., en N.S. Klazinga. „Inside self regulation: peer review (visitatie) by Dutch medical specialists.”. *Clin Gouvernance: an International Journal* , 2003a: 8(4):318-30.
- Lombarts, M.J.M.H., en N.S. Klazinga. „Supporting Dutch medical specialists with the implementation of visitatie recommendations: a descriptive evaluation of a two-year project.” *Int J Qual Health Care*, 2003b: 15(2):119-29.
- LSV. De specialist van morgen. Een toekomstvisie in antwoord op de problematiek van vandaag. Utrecht: LSV, 1988.
- LSV. Rapport Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen. Utrecht: LSV en GV, 1976. Utrecht: LSV, 1976.
- M**
- Mahoney, J. „Path dependence in historical sociology.” *Theory and Society* 29, 2000: 507-48.
- Mahoney, J., en K. Thelen. *Explaining institutional change: Ambiguity. agency and power*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

- Mansvelt, van. Interim-rapport van de Commissie Structuur Honorering Medisch Specialisten. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1980.
- Meijerink, Y, et al. „Werken aan verbetering.” *Medisch contact*, nr. 40, 2003.
- Meulen, M.J. van der, Achter de schermen. Vakontwikkeling en professionalisering van Publieke Managers in de zorg en de politie. Proefschrift. Utrecht: Eburon Uitgeverij B.v., 2009.
- Meurs, P.L. Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. „Algemene wet gezondheidszorgverzekering. Memorie van toelichting. Hoofdstuk IX, Toezicht en controle.” *Medisch Contact*, 30, 1975: 1164-1182.
- Mortelmans, D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco, 2007.
- MSRC. „Reglement van orde van de Medisch Specialisten Registratie Commissie.” Utrecht: KNMG, 2008.

N

- NFU. *UMC's gespiegeld 2009*. brochure, Utrecht: NFU, 2010.
- Nicolai, N. De eed en het geld. De positie van de medisch specialist in Nederland 1972 - 2002. Utrecht: Het Petrus Camper Instituut, 2003.
- Nicolai, N. Ter gedurige herinnering. Leven en werken van Levy Ali Cohen 1817-1889. Zutphen: Walburg Pers, 2004.
- NMa. *Programma Zorg*. 2012. (geopend januari 2, 2012).
- NRV. Certificatie van kwaliteitssystemen. Advies over de harmonisatie op het gebied van certificatie in de zorgsector. Zoetermeer: NRV, 1993.
- NRV. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Begrippenkader Kwaliteit Beroepsuitoefening. ? : NRV, 1986.
- NRV. Rapport Certificatie van Instellingen. Een verkenning van de mogelijkheden van certificatie van instelling. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990.
- NTG. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde; 135, nr. 5, 1991.
- NVKZ. „Visie 2005.” Utrecht: NVKZ, 2000.

O

- Oertle, M, en R Bal. „Understanding non-adherence in chronic heart failure: a mixed-method case study.” *Quality and Safety in Health Care* 19 (6), 2010: 1-5.
- OMS. *Kwaliteitskader van Medisch Specialisten*. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten, 2010.

P

- Pawson, R, T Greenhalgh, G Harvey, en K Walshe. „Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions.” *J Health Serv Res Policy* 10 (suppl 1), 2005: 21-34.
- Powell, W.W., en P.J. DiMaggio. *The new institutionalism in organizational analyses*. Chicago: Chicago Press, 1991.

Q

- Querido, A. *Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1965.

R

- Reitsma-van Rooijen, M., A. Brabers, en J. de Jong. Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. Utrecht: NIVEL, 2011.

- Rekenkamer. Inspectie voor de Gezondheidszorg/Algemene Rekenkamer. Kamerstukken II 26395, nr 1-2. Overheidspublicaties, 's Gravenhage: SDU uitgevers, 1999.
- Rekenkamer. Inspectie voor de Gezondheidszorg/Algemene Rekenkamer. Kamerstukken II 26395, nr 1-2. Overheidspublicaties, 's Gravenhage: SDU uitgevers, 1999.
- RGO. Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg. Advies, Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 1990.
- RIVM. Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012.
- Romunde, L.K.J. van, en J. Passchier. „Stand van zaken medische registraties: doel, methoden en gebruik.” *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 1992: 136:1592-5.
- Rooyards W.J., Stafvorming (editorial). *Medisch Contact* nr. 16, 1961: 199-200.
- Rosier-Goorden, J. „Masterscriptie Bestuurskunde.” *Gemeentelijke Kwaliteitshandvesten: een keuze?* Rotterdam: Erasmus Universiteit, 16 augustus 2011.
- RVZ. Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ, 2009.
- S**
- Savornin Lohman, J. de. *Evaluatie Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut, 2000.
- Scheerder, R. „Blog: Zorgverzekeringswet; geest uit de fles?” *Skipr*, 12 maart 2013.
- Schellekens, W.H.L.C.M. *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum, 2002.
- Scholten, G.R.M. De omsingeling van medisch specialisten. Een organisatie-sociologisch onderzoek naar de relatie tussen de overheid en de medisch specialisten 1979-1989. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1994.
- Scholten, G.R.M., en B. Hermans. „Van baken naar dwaallicht.” *Medisch Contact*, nr. 38, 2003.
- Scholten, G.R.M., en T.E.D. van der Grinten. De integratie van medisch specialisten in Nederlandse Ziekenhuizen. Een organisatiekundige beschouwing. *Acta Hospitalia*, 2000.
- SER. Advies over de economische aspecten welke van belang zijn voor de premiehoogte van de verplichte ziekenfondsverzekering. Den Haag: Sociaal Economische Raad, 1961.
- Sillevis Smitt, P.A.E. Verantwoorden en verbeteren. De geschiedenis van de ziekenhuisaccreditatie in Nederland 1989-2004. Utrecht: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, 2004.
- Simons, H.J. „Kwaliteit van zorg.” *Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994*, 22 113, nr. 9. Den Haag: Sdu, 21 januari 1994.
- Sluijs, E., en C. Wagner. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken*. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Sluijs, E.M., en D.H. de Bakker. *Kwaliteitssystemen in ontwikkeling*. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1992.
- Smalhout, B. „De dood op tafel, Oratie.” *Medisch contact*, 27, 1972: 1312.
- Soeters, J. „Verschuivende en vergruizende grenzen. Over de doordringbaarheid van organisaties (met toepassing op de krijgsmacht).” *Rede bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de organisatiesociologie aan de Faculteit Militaire Bedrijfskunde*. Breda: Koninklijke Militaire Academie, 1995. 46.
- Streeck, W., en K Thelen. *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Stricker, B.H.Ch., en R.M.C. Herings. „Pleidooi voor het behoud van de Landelijke Medische Registratie voor betrouwbare informatie over de volksgezondheid en de gezondheidszorg.” *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 2006: 1916-1917.

Swaan, A. de, Zorg en de Staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bert Bakker, 1996.

T

Taakgroep Intercollegiale Toetsing. „Interimraport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing.” *Medisch Contact*, 29 (Medisch), 1974: 948 - 951.

Trappenburg, M. *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2008.

Trommel, W. „NPM en de wedergeboorte van het professionele ideaal. B&M.” *Tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij*. nr. 33, 2006: 137-147.

V

Visser, J. „Behoedzaamverkennen van nieuw terrein.” *Medisch contact*, 2001.

Visser, J. „Blijvende onrust van de branches.” *Zorgvisie* nr. 4, 1999.

Vos, C. de, Algemeen rapport resultaten onderzoek patiëntvriendelijkheid polikliniek. Utrecht: Diaconessenhuis Utrecht, 1994.

Vos, C. de, „Mijn verhaal. Herinneringen van een kwaliteitsfunctionaris 1988-2007.” De Bilt, 2008.

VWS. „Inhoudelijke kaderstelling voor het transparantieprogramma.” Den Haag: VWS, 4 april 2012.

VWS. Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Brief, Den Haag: ministerie van VWS, 2009.

VWS. Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS, 2011.

W

Wagner, C, en M. de Bruijne. *Onbedoelde schade in Nederlandse Ziekenhuizen*. Utrecht: EMGO Instituut en NIVEL, 2007.

Wagner, C., en D.H. de Bakker. *Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995*. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1995.

Wallenburg, I. *The Modern Doctor. Unraveling the Practices of Residency Training Reform*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2012.

Wijmen, F.C.B. van, I van Bennekom, en R.D. Friele. „De betekenis van visitatie voor patiënten en patiëntenorganisaties.” In *Bezoek of bezoeking*, door M.J.M.H. Lombarts, F.C.B. van Wijmen en J.L.M. van de Klundert, 75-88. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Witman, Y. *De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2007.

WRR. *Lerende overheid. Een pleidooi voor probleemgerichte politiek*. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006.

Z

Zuiderent-Jerak, T, et al. *Variatie in Richtlijnen wat is het probleem?* Den Haag: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Erasmusuniversiteit Rotterdam, 2011.

Zuiderent-Jerak, T., en M. Berg. „The Sociology of Quality and Safety in HealthCare.” In *Handbook of Medical Sociology*, door Chloe E. et al, 324. 2010.

Internet:

- CKZ. www.centrumklantervaringzorg.nl. 2011. (geopend augustus 23, 2011).
- DHD. www.dutchhospitaldata.nl. 2012. (geopend mei 15, 2012).
- DICA. www.clinicalauditing.nl. 2012. (geopend juli 3, 2012).
- DOT. www.dbconderhoud.nl. „Factsheet productstructuur.” januari 2012. (geopend februari 14, 2012).
- Kwaliteitskoepel. www.kwaliteitskoepel.nl. 2012 (geopend juni 13, 2012).
- NIAZ. www.niaz.nl. 2010. (geopend september 5, 2010).
- NVZ. www.nvz-ziekenhuizen.nl. (geopend juli 2012).
- OMS. www.orde.nl. 2010. (geopend november 2010).
- OMS. www.orde.nl *Actuele projecten*. 2011. (geopend april 2011).
- OMS. www.orde.nl. 2012. (geopend maart 14, 2012).
- OMS. www.orde.nl. 2012. (geopend juli 24, 2012).
- OMS. www.orde.nl. Kwaliteitsbeleid, visitaties. 2013. (geopend september 5, 2013).
- RIVM. www.nationaalkompas.nl. 28 maart 2013. (geopend juni 5, 2013).
- Santeon. www.santeon.nl. 2011. (geopend 2011).
- VMS. www.VMS.nl. 2012. (geopend juni 4, 2012).
- Zichtbarezorg. www.zichtbarezorg.nl. 2010. (geopend 2010).
- Zichtbarezorg. www.zichtbarezorg.nl. 2011. (geopend 2011).

Lijst van afkortingen

AIRE	Appraisal of Indicators through Research and Evaluation
ASV	<i>Specialisten in Academische Ziekenhuizen</i>
AWBZ	Algemene Wet Bijzonderdere Ziektekosten
AWG	Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering
AWG	Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering
BBP	Bruto Binnenlands Product
BCG	Boston Consulting Group
BCZN	Bestuurders Curatieve Zorg Nederland
BIG	wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BNI	Bruto Nationaal Inkomen
BNP	Bruto Nationaal Product
BSC	Balanced Score Card
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plan Survey
CBO	Nederlands Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIBG	Zelfstandige uitvoeringsorganisatie van het ministerie van VWS t.b.v. zorgregistraties en (digitale) gegevensuitwisseling in de zorg
CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
COBG	College voor Opleidingen Beroepen Gezondheidszorg
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CQ Index	Consumer Quality Index
CRAZ	Clëntenraad Academische Ziekenhuizen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandelcombinatie
DHD	Dutch Hospital Data
DICA	Dutch Instituut for Clinical Auditing
DIS	DBC Informatie Systeem
DOT	DBC's op weg naar transparantie
EBRO	Evidence Based RichtlijnOntwikkeling
EMGO	onderzoeksinstituut ExtraMuraalGeneeskundig Onderzoek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GIN	Guidelines International Network
GMSB	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf
GV	Geneeskundige Vereniging
HARM	Hospital Admissions Related to Medication
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
iBMG	instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg

IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHDF	International Health Development Foundation
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
KKCZ	Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KPAZ	Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen
KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LAD	Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
LEV	landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LMR	Landelijke Medische Registratie
LPCF	Landelijk Patiënten en Consumenten Federatie
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIAZ	Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NMG	Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NP/CF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad van de Volksgezondheid
NSF	Nederlandse Specialisten Federatie
NSG	Nederlandse Specialisten Genootschap
NVVH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZD	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
NZr	Nationale Ziekenhuisraad
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PACE	Project Accreditatie algemene Ziekenhuizen
PAZ	Patiëntvriendelijkheid Algemene Ziekenhuizen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SRC	Specialisten Registratie Commissie
SIG	Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
SMR	Stichting Medische Registratie

TRIP	Transfusie- en Transplantatiereacties in Patiënten
TQM	Total Quality Management
UMC	Universitair Centrum
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen
VMS	Veiligheid Management Systeem
VWS	ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WKZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstelling
WOB	Wet Openbaarheid van Bestuur
WOK	raad van Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON	ZorgOnderzoek Nederland
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
ZVS	ZiekenhuisVergelijkingsSysteem

Bijlagen

Bijlage 1	Respondenten	235
Bijlage 2	Overzicht regulerende patronen	236
Bijlage 3	Relaties kwaliteitsactiviteiten en regulerende patronen	239
Bijlage 4	Overzicht regulerende patronen die specifiek door een kwaliteitsactiviteit zijn ontstaan (S)	241

Bijlage I Respondenten

Respondenten interviews

In relatie tot onderzoek werkzaam of werkzaam geweest bij

Dr. M. Berg	iBMG Erasmus universiteit Rotterdam
Drs. M. Bik	Isala klinieken Zwolle
B. Bouter, MBA	Diakonessenhuis Utrecht/Zeist
Prof.dr. T. Casparie	iBMG Erasmus Universiteit Rotterdam
Prof.dr. D. Delnoij	Centrum Klantervaring Zorg
Dr. J. van Everdingen	Regieraad Kwaliteit
Prof.dr. T. van der Grinten	iBMG Erasmus Universiteit
Dr. H. Kingma	Medisch Spectrum Twente
Prof.dr. N. Klazinga	Universiteit van Amsterdam
Drs. K. van de Klundert	Orde van Medisch Specialisten
Drs. E. Mulder	Zichtbare Zorg
Dr. M. Ouwens	IQ Healthcare Radboud Nijmegen.
Drs. W. Schellekens	Inspectie voor de Gezondheidszorg

Voorbereidende fase

In relatie tot onderzoek werkzaam of werkzaam geweest bij

Dr. E. Borst	Ministerie van VWS
Drs. M. Buiting	CBO, kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
Drs. S. van Dijk	Nationaal Ziekenhuisinstituut
Drs. H. Dubbelboer	Nationaal Ziekenhuisinstituut
Mr. A. Elderman	Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn/Zutphen
Dr. L. Imandt	Orde van Medisch Specialisten
Drs. S. Kleefstra	KIWA/Prismant
Drs. R. Lantain	Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn/Zutphen
Prof.dr. K. Lombarts	Universiteit van Amsterdam
Mr. F. Meyer	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. A. van Sluijs	Eemland ziekenhuis Amersfoort
Mr. J. Stappers	MediRisk
Drs. A. van der Veen	De Praktijkindex

Bijlage 2 Overzicht regulerende patronen

Gecodeerd met een * betekent dat het regulerende patroon in de periode 1985-2012 nieuw is of veranderd.

Regulerende patronen bij partijen (P)

	1985	1985 → 2012
	Medisch specialisten	
P1	<i>De medische professie neemt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie.</i>	<i>De medische professie neemt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie.</i>
P2	<i>Voor het verdedigen van een nieuw belang richten de medisch specialisten steeds weer een nieuw collectief op.</i>	<i>Voor het verdedigen van een nieuw belang richten de medisch specialisten steeds weer een nieuw collectief op.</i>
P3	<i>De medische professie ontwikkelt steeds weer nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de toelating tot de professie te behouden.</i>	<i>De medische professie ontwikkelt steeds weer nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de toelating tot de professie te behouden.</i>
P4	<i>Een toenemende interne controle door de medische professie op de toelating tot de professie.</i>	<i>Een toenemende interne controle door de medische professie op de toelating tot de professie.</i>
P5	<i>Een toenemende interne controle vanuit de medische professie op het medisch handelen.</i>	<i>Een toenemende interne controle vanuit de medische professie op het medisch handelen.</i>
PII*		<i>Steeds vaker moet afstemming plaatsvinden tussen bestuur en achterban van een collectief van medisch specialisten.</i>
	Overheid	
P6*	<i>De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor een goede gezondheidszorg voor de burgers.</i>	<i>De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de burgers.</i>
P7*	<i>De overheid richt, ter ondersteuning van het uitvoering geven aan haar verantwoordelijkheden, steeds weer nieuwe instituten en adviesorganen op.</i>	<i>Om uitvoering te geven aan haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit richt de overheid, instituten en adviesorganen op en stelt toezichthouders aan.</i>

1985		1985 → 2012
Ziekenhuizen		
P8*	Toename van afspraken en regels binnen het ziekenhuis.	Toename van afspraken en regels binnen het ziekenhuis specifiek voor kwaliteit.
P9*	x	Onderlinge controle tussen de ziekenhuizen op het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht.
P10*	x	Ziekenhuizen stellen ondersteunende functionarissen aan om de formele verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg na te komen.
Patiënten(organisaties)		
P12*	x	Versterking van de positie van de individuele patiënt.
Zorgverzekeraars		
	x	x

Regulerende patronen in het sociale veld (V)

1985		1985 → 2012
V1	Toename wetten en regels gericht op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.	Toename wetten en regels gericht op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.
V2	Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit.	Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit.
V3	Toenemend overheidstoezicht op de zelf-regulering van de zorgaanbieders.	Toenemend overheidstoezicht op de zelf-regulering van de zorgaanbieders.
V4	Toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg.	Toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg.
V5*	Strijd om de macht op lokaal niveau.	Strijd in het veld om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten.
V6*	x	Toenemende invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in het veld.

Regulerende patronen in de maatschappij (M)

1985	1985 → 2012
M1 <i>Toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen.</i>	<i>Toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen.</i>
M2* <i>De burger verwacht dat de overheid voorwaarden en condities creëert om de verleende zorg te kunnen beoordelen.</i>	<i>Toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van ziekenhuiskwaliteit.</i>
M3* x	<i>Burgers (patiënten) vervullen een controlerende rol bij de eigen zorg.</i>

Bijlage 3

Relaties kwaliteitsactiviteiten en regulerende patronen

○ = regulerend patroon is van invloed geweest op het ondernemen van de activiteit

X = implementatie kwaliteitsactiviteit heeft een relatie met regulerend patroon

		richtlijn- ontwikkeling	kwaliteits- visitatie	ziekenhuis- accreditatie	patiënten-enquête	indicator- ontwikkeling
P1	De medische professie neemt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel medisch handelen en de toelating tot de professie.	○	○			
P2	Voor het verdedigen van een nieuw belang richten de medisch specialisten steeds weer een nieuw collectief op.	X				X
P3	De medische professie ontwikkelt steeds weer nieuwe instrumenten om de verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen en de toelating tot de professie te behouden.	X	○ X			X
P4	Een toenemende interne controle door de medische professie op de toelating tot de professie.					
P5	Een toenemende interne controle vanuit de medische professie op het medisch handelen.	○	○ X			○
P6	De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor het creëren van condities en voorwaarden voor een goede gezondheidszorg voor de burgers.					○
P7*	Om uitvoering te geven aan haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit richt de overheid, instituten en advies-organen op en stelt toezichthouders aan.					X
P8*	Toename van afspraken en regels binnen het ziekenhuis specifiek voor kwaliteit.			X		
P9*	Onderlinge controle tussen de ziekenhuizen op het nakomen van gemeenschappelijke eisen aan bestuur en toezicht.					
P10*	Ziekenhuizen stellen ondersteunende functionarissen aan om de formele verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg na te komen.			X	X	X
P11*	Steeds vaker moet afstemming plaatsvinden tussen bestuur en achterban van een collectief van medisch specialisten.		X			X
P12*	Versterking van de positie van de individuele patiënt.				X	

		richtlijn- ontwikkeling	kwaliteits- visitatie	ziekenhuis- accreditatie	patiënten-enquête	indicator- ontwikkeling
V1	Toename wetten en regels gericht op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.		O			
V2	Toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit.	X	X	X	O	O
V3	Toenemend overheidstoezicht op de zelfregulering van de zorgaanbieders.	O	O	O	X	O
V4	Toenemende aandacht voor kwaliteit van de zorg.		X		O	O
V5*	Strijd in het veld om de hiërarchische rangschikking van kwaliteitsaspecten.				X	X
V6*	Een toenemende invloed van de overheid op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in het veld.	X		X	X	
M1	Toenemende vraag vanuit de maatschappij om controle op het medisch handelen.				O	X
M2*	Toenemende vraag vanuit de maatschappij om transparantie van ziekenhuis kwaliteit.		X		X	X
M3*	Burgers (patiënten) vervullen een controlerende rol bij de eigen zorg.	X				

Een * bij de codering van het regulerend patroon betekent dat het regulerende patroon in de periode 1985-2012 nieuw is of veranderd.

Bijlage 4

Overzicht regulerende patronen specifiek ontstaan door een kwaliteitsactiviteit (S)

Richtlijnontwikkeling

- S1** *Een sterkere wetenschappelijke onderbouwing van het professioneel handelen*
- S2** *Richtlijnen als kapstok voor andere kwaliteitsactiviteiten in het veld.*

Visitatie

- S3** *Participatie aan kwaliteitsvisitatie door medisch specialisten.*
- S4** *Toenemende interne controle op het individueel functioneren van de medisch specialist.*

Ziekenhuisaccreditatie

x

Patiëntenenquête

- S5** *Het gebruik van een gestandaardiseerde landelijke patiëntenenquête voor de inventarisering van de mening van de patiënt.*
- S6** *De patiëntenenquête als een geïntegreerd onderdeel van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.*

Indicatorontwikkeling

- S7** *Een toegenomen inzichtelijkheid van het professioneel handelen van de medisch specialist.*
- S8** *Medisch handelen wordt mede bepaald door eisen uit het veld.*
- S9** *Specifieke organisaties krijgen de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van kwaliteitseisen en de registratie of hieraan wordt voldaan.*

Samenvatting

Doel van dit proefschrift is het vergroten van het inzicht hoe veranderingen in de vormgeving van de kwaliteit van ziekenhuiszorg tot stand zijn gekomen en welke factoren deze veranderingen hebben beïnvloed. Hiertoe wordt de kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen in een bredere en dynamische context van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen geplaatst. Onderzocht wordt hoe de verschuiving heeft plaatsgevonden van een door de medische professie gecontroleerd systeem naar een systeem waar de beroepsgroep zijn zeggenschap met andere actoren moet delen en nieuwe sturingsmechanismen naast reeds bestaande zijn geïntroduceerd. Daartoe worden de veranderingen in de rol van de overheid en andere veldpartijen en de invloed van financiële, bestuurlijke en maatschappelijke ontwikkelingen onderzocht.

De historische analyse in dit proefschrift geeft inzicht in de wijze waarop duurzame collectieve gedragspatronen (regulerende patronen) veranderen. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de theorievorming over institutionele veranderingen en over sturing van de kwaliteit van ziekenhuiszorg.

Deel I

Deel I van het proefschrift bestaat uit vier hoofdstukken.

Hoofdstuk 1 bespreekt de motivatie voor het thema van de dissertatie en behandelt het ontstaan van de leidende onderzoeksvraag: *‘Hoe is de kwaliteit van ziekenhuiszorg vormgegeven, welke veranderingen hebben zich hierin de afgelopen decennia voorgedaan en hoe kunnen we deze veranderingen begrijpen?’* Besloten is gebruik te maken van de clustering van kwaliteit van zorg door de Nationale Raad van de Volksgezondheid uit 1986 in organisatorische, methodisch technische en patiëntgerelateerde aspecten. Tegelijkertijd wordt betoogd dat de praktische definitie van kwaliteit afhankelijk is van het werk van en de verhouding tussen de betrokken actoren en veranderlijk is in de tijd. De opgave van het proefschrift is deze veranderingen te achterhalen. Ingezoomd wordt op de regulerende mechanismen die hierop van invloed zijn, zoals maatschappelijke ontwikkelingen, de invloed van nieuwe wetten en actoren, wijzigingen in verantwoordelijkheden en financieringsstructuur en subsidiëring van landelijke kwaliteitsactiviteiten. Specifiek wordt de rol van regulerende patronen hierbij onderzocht. Een regulerend patroon wordt gedefinieerd als: *‘een collectief gedragspatroon dat het samenleven van mensen vormgeeft en door middel van socialisatieprocessen wordt overgedragen’*.

Hoofdstuk 2 geeft een selectie van veertien verwonder- en leermomenten uit de praktijk van de onderzoeker in de ziekenhuiswereld in de periode 1989 tot 2007. Het betreft een aantal korte casussen die laten zien hoe gedrag bepalend is voor kwaliteit, maar ook hoe kwaliteitsonderwerpen in de loop der tijd veranderen. Dit overzicht schetst een beeld van de wijze waarop ziekenhuizen in deze periode omgingen met landelijke kwaliteitsontwikkelingen en hoe aan het interne kwaliteitsbeleid werd vormgegeven.

In **Hoofdstuk 3** wordt een theoretische onderbouwing gegeven van het uitgangspunt van het onderzoek, dat de samenleving van mensen gevormd wordt door regulerende patronen en dat deze patronen de kwaliteit van zorg vormgeven. Met behulp van vier sociale theorieën is een theoretisch kader geformuleerd ter ondersteuning van de analyse van regulerende patronen. De civilisatietheorie van *Elias* laat zien, dat ontwikkelingen in de vormgeving van gedrag samenhangen met bredere veranderingen in de maatschappij. *Foucault* verheldert met zijn beschrijving van het voortschrijdende proces van maatschappelijke disciplineren de ontwikkeling van toenemende standaardisering en controle. *Bourdieu* biedt door zijn vertaling van het begrip ‘macht’ naar economisch, cultureel, en sociaal kapitaal, verklaringen voor het verloop en de uitkomsten van de machtsstrijd tussen de verschillende veldpartijen en *De Swaan* tenslotte maakt duidelijk hoe vereniging van individuen in een collectief de kans op het bereiken van gezamenlijke doelstellingen vergroot en hoe dit samenhangt met individuele zelfdisciplineren.

Hoofdstuk 4 geeft de methodologische verantwoording van de historisch sociologische reconstructie van de kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen. Het gaat ondermeer in op de analyse en het vaststellen van de regulerende patronen. Met de reconstructie en analyse wordt de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen en de positionering en invloed van de verschillende partijen – overheid, medisch specialisten, (besturen van) ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiënten(organisaties) – inzichtelijk gemaakt.

Tevens biedt dit hoofdstuk een methodologische verantwoording van de selectie van vijf specifieke kwaliteitsactiviteiten, die in het derde deel worden onderzocht en waarvan de specifieke invloed op de algemene kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen wordt geanalyseerd.

Deel II

Deel II, bestaat uit hoofdstuk 5 en 6 en doet verslag van het eerste deel van het empirisch onderzoek.

Hoofdstuk 5 beschrijft de historie van de kwaliteitsontwikkeling vanaf de toedeling van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit aan de medische professie in de 19^e eeuw tot het moment dat in 1985 kwaliteit een politiek agendapunt wordt. Veel veranderingen die in de loop der tijd binnen de medische beroepsgroep plaatsvinden blijken een gevolg van externe en interne disciplineren en gericht op behoud van de maatschappelijke positie. Binnen de medische professie blijken vijf regulerende patronen de vormgeving van kwaliteit te beïnvloeden. In deze periode krijgt de overheid door toenemende maatschappelijke druk steeds meer verantwoordelijkheden voor de *gezondheid van* en de *gezondheidszorg voor* de burgers. Om daaraan te kunnen voldoen richt de overheid in de loop van de 20^e eeuw allerlei ondersteunende instituten en adviesorganen op. Door de toenemende complexiteit van de ziekenhuizenzorg neemt in de 20^e eeuw binnen de ziekenhuizen het aantal afspraken en regels gestaag toe. Dit wordt in de tweede helft van deze eeuw nog eens extra versterkt

door de externe druk van telkens nieuwe wetten en regels. De behoefte van ziekenhuisbestuurders aan onderlinge afspraken om op landelijk niveau bij beleidsdiscussies een rol te kunnen spelen wordt sterker. Vanaf de jaren zeventig veranderen de spelregels in relatie tot de kwaliteit van zorg, zowel door wetten en regels, als door toename van toezicht en controle en veranderingen in de financieringsstructuur. Door de maatschappelijke ontwikkelingen van ontzuiling, democratisering en individualisering gaan burgers met een andere blik naar de zorg kijken. De vraag naar controle van het medisch handelen groeit, evenals de verwachting van burgers dat de overheid hiervoor de juiste condities en voorwaarden schept.

Aan het einde van deze onderzoeksperiode (1985) spelen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiënten(organisaties) niet of nauwelijks een rol bij de vormgeving van de medische kwaliteit in ziekenhuizen. Dit verandert in de periode daarna.

Hoofdstuk 6 beschrijft de ontwikkelingen vanaf 1985 tot en met 2012. Positiebehoud is voor medisch specialisten ook in deze periode belangrijk. De bij de beroepsgroep eerder geconstateerde regulerende patronen veranderen niet. Wel wordt de onderlinge samenhang sterker. Dit komt onder andere tot uiting in de ontwikkeling van een eigen kwaliteitssysteem gericht op de professionele kwaliteit. De overheid richt zich steeds meer op het creëren van condities en voorwaarden voor 'de kwaliteit' van de gezondheidszorg. Door wetgeving, subsidieverstrekking, veranderingen in de financiering en de opzet van landelijke kwaliteitsprogramma's wordt de invloed van de overheid op het functioneren van het veld sterker, daarbij ondersteund door adviesorganen en toezichthouders. Binnen de ziekenhuizen krijgen regels en afspraken steeds vaker een kwaliteitslabel en ze gaan deel uitmaken van het kwaliteitssysteem van de organisatie, mede beïnvloed door wettelijke verplichtingen en vragen van externe partijen (inspectie, zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties). Ziekenhuisbestuurders krijgen de integrale verantwoordelijkheid voor de ziekenhuiskwaliteit en stellen ondersteunende functionarissen aan voor het nakomen van formele externe kwaliteitseisen en verantwoording aan externe partijen. Door externe eisen wordt de vormgeving van kwaliteit binnen de ziekenhuizen steeds meer gestandaardiseerd. De rol van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars bij kwaliteitsdiscussies wordt groter. Beide partijen richten een collectief op om op landelijk niveau als gesprekspartner te kunnen functioneren. Wetgeving ter verbetering van de positie van patiënten en subsidieverstrekking aan patiëntenorganisaties versterken de positie van de patiënt binnen de zorgverlening. Patiëntenorganisaties worden toegelaten in allerlei besluitvormende gremia en de patiënt wordt naast zorgvrager ook zorgafnemer en geeft vaker een oordeel over de kwaliteit.

Het aantal wetten en regels specifiek voor de ziekenhuiskwaliteit neemt in snel tempo toe. In eerste instantie gericht op grote lijnen zoals de kwaliteitswet, maar later ontstaan ook specifieke regels voor kwaliteitsverantwoording, bijvoorbeeld de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Met de uitbreiding van het aantal veldpartijen en de groeiende belangstelling voor het verantwoorden van de kwaliteit, wordt duidelijk, dat de prioriteiten van partijen bij bepaalde kwaliteitsaspecten verschillen, met als gevolg strijd om

de prioriteitstelling. In de maatschappij groeit de vraag naar transparantie van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.

Een groot deel van de eerder vastgestelde regulerende patronen blijkt sinds 1985 niet of nauwelijks te zijn veranderd. Wel spelen ze een nadrukkelijker rol bij de vormgeving van kwaliteit. Disciplineren is steeds belangrijker geworden. Dit komt ook tot uiting in de formulering van de nieuwe regulerende patronen die in deze periode zijn ontstaan.

Deel III

Deel III omvat het tweede deel van het empirisch onderzoek en geeft in hoofdstuk 7 tot en met 11 een beschrijving en analyse van vijf geselecteerde landelijke kwaliteitsactiviteiten. De samenhang tussen de betreffende kwaliteitsactiviteit en de eerder geconstateerde regulerende patronen wordt in kaart gebracht en er wordt vastgesteld welke specifieke regulerende patronen door de activiteit zijn ontstaan.

Hoofdstuk 7 behandelt de *richtlijnontwikkeling*. In een tijdsbestek van enkele decennia hebben zich verschillende veranderingen voorgedaan in de functie en het gebruik van richtlijnen. In de jaren tachtig krijgen richtlijnen, naast kennisoverdracht, een rol als kwaliteitsverbeterinstrument, in de jaren negentig worden ze een middel om de interdoktervariantie terug te dringen. In de 21^e eeuw worden allerlei thema's aan de richtlijnen gekoppeld, zoals kosteneffectiviteit, multidisciplinariteit, patiëntenparticipatie, bekostiging en verantwoording (ondermeer via indicatoren). Daardoor worden richtlijnen voor de andere veldpartijen – inspectie, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties – steeds belangrijker. Aan het einde van het eerste decennium van de 21^e eeuw ontstaan twee parallelle trajecten:

- (1) De medische professie tracht de regie over de richtlijnen weer terug te krijgen door het ontwikkelen van registratiesystemen waarmee ze zelf informatie verkrijgt over de toepassing ervan en door de oprichting van een kwaliteitskoepel met als kerntaak richtlijnontwikkeling.
- (2) De minister tracht de ontwikkeling van richtlijnen te bevorderen door eerst een Regieraad in te stellen met de opdracht te inventariseren welke richtlijnen tot stand moeten komen en vervolgens te besluiten tot oprichting van een Kwaliteitsinstituut dat de verantwoordelijkheid krijgt voor de prioritering van richtlijnen.

Hoofdstuk 8 beschrijft de *kwaliteitsvisitatie*. De basis hiervoor ligt in de opleidingsvisitatie en de intercollegiale toetsing, mede geactiveerd door discussies over certificering van instellingen. Kwaliteitsvisitatie wordt in een korte tijdspanne landelijk ingevoerd. In de jaren tachtig onderzoekt de Nederlandse vereniging voor heelkunde of visitatie bij niet opleidingspraktijken kan worden ingevoerd en in de jaren negentig ontwikkelt iedere wetenschappelijke vereniging een eigen visitatiesysteem. De succesvolle snelle invoering is mede te danken aan bekendheid met het systeem van visitatie, gerichtheid op de maatschap (en niet op het individu) en vertrouwelijkheid van de resultaten. De verplichting tot deelname aan visitatie ten behoeve van herregistratie als onderdeel van de wet BIG impliceert ook nog eens

wettelijke dwang. In de loop der tijd wordt de visitatie meer gericht op het individueel functioneren.

Hoofdstuk 9 gaat in op de *ziekenhuisaccreditatie*. De basis hiervoor ligt in de tweede helft van de jaren tachtig, wanneer naar aanleiding van het rapport van de commissie Dekker een discussie op gang komt over certificering van instellingen in de gezondheidszorg. Certificatie en accreditatie leiden beide tot een keurmerk dat aangeeft of aan bepaalde maatstaven is voldaan. Certificatie is een *extern* controlesysteem, omdat toetsing plaatsvindt door een onafhankelijke instelling. Bij accreditatie wordt getoetst door een auditorenteam uit de eigen geledingen, dit is een *intern* controlesysteem. Ziekenhuizen kiezen voor interne controle. In 1989 wordt de stichting PACE (Project Accreditatie Algemene Ziekenhuizen) opgericht en worden kwaliteitsnormen ontwikkeld voor 35 verschillende ziekenhuisonderdelen. Na proefaccreditaties in 1996 en 1997 wordt in december 1998 het NIAZ (Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen) opgericht en een overkoepelende kwaliteitnorm geformuleerd die geldig is voor het hele ziekenhuis. De afspraak binnen de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), dat in 2005 alle ziekenhuizen moeten beschikken over een initiële NIAZ-accreditatie, wordt door nogal wat ziekenhuizen niet nagekomen. In 2010 is 55% van de ziekenhuizen in het bezit van een NIAZ-accreditatie.

Hoofdstuk 10 reconstrueert de ontwikkeling van een gestandaardiseerde *landelijke enquête voor ziekenhuispatiënten*. Evenals in andere sectoren is de mening van ‘de klant’ de afgelopen decennia een belangrijk aandachtsgebied geworden. Diverse pogingen worden ondernomen om tot een breed geaccepteerde gestandaardiseerde enquête te komen. In de eerste helft van de jaren negentig onderneemt de Patiëntenfederatie (NPCF) een eerste poging, eind jaren negentig gevolgd door de Consumentenbond. Beide enquêtes krijgen na de pilotfase geen vervolg. Begin 20^e eeuw ontwikkelen de academische ziekenhuizen een eigen vragenlijst die al snel wordt geadopteerd door de koepel van algemene ziekenhuizen, maar lang niet alle ziekenhuizen besluiten tot participatie. In 2005 ontwikkelen de zorgverzekeraars een patiëntenenquête die wordt uitgezet onder hun verzekerdenbestand. Vervolgens ontwikkelt het onderzoeksinstituut NIVEL, gefinancierd door de organisatie voor gezondheidsonderzoek, ZonMw, op basis van de eerder ontwikkelde vragenlijsten, de *Consumer Quality Index*, een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten. In 2006 wijst de overheid deze methodiek aan als de standaard voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Hoofdstuk 11 behandelt de *indicatorontwikkeling*. Gegevens van specifieke patiëntengroepen en behandelingen vormen een belangrijke kennisbron voor kwaliteitsverbetering. Door deze gegevens in meetbare normen uit te drukken kan worden vastgesteld of een bepaald afgesproken niveau van kwaliteit is behaald. Al in de jaren zestig wordt begonnen klinische en poliklinische gegevens op landelijk niveau te verzamelen, analyseren en terug te koppelen. Pas eind 20^e eeuw krijgt deze informatie een kwaliteitslabel en in de ziekenhuizen begint men over (kwaliteits)indicatoren te spreken. Tijdens de Leidschendamconferentie in 2000 maken de veldpartijen de afspraak om kwaliteitsindicatoren te gaan ontwikkelen. In

2003 komen, specifiek ten behoeve van het toezicht van de Inspectie van de Gezondheidszorg, indicatoren tot stand, de zogenaamde IGZ-basisset. In 2007 start het programma Zichtbare Zorg, waarin indicatoren worden ontwikkeld voor gebruik door alle veldpartijen en in 2010 besluit de minister dit programma onder te brengen in een nieuw op te zetten kwaliteitsinstituut. Daarnaast ontwikkelen verschillende partijen, zoals verzekeraars, beroeps- en patiëntenorganisaties, ook eigen indicatoren.

Deel IV

Deel IV bestaat uit hoofdstuk 12. Het eerste deel van dit hoofdstuk gaat in op belangrijke uitkomsten van het onderzoek en blikt terug op de bijdrage van het theoretisch kader. Het tweede deel richt zich op de implicaties van de studie, geeft aanbevelingen voor de toekomst en reflecteert op het onderzoek en de rol van de onderzoeker. Het hoofdstuk besluit met een aantal inzichten.

Belangrijke uitkomsten

Tot een aantal decennia geleden lag de verantwoordelijkheid voor de medische kwaliteit in ziekenhuizen nog volledig bij de medisch specialisten. In de jaren zeventig van de 20^e eeuw gaan overheid en politiek zich ermee bemoeien, gevolgd door de inspectie en de bestuurders van ziekenhuizen. Medische kwaliteit wordt een integraal onderdeel van de ziekenhuis-kwaliteit en in het laatste decennium voor de eeuwwisseling gaan ook patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars een rol spelen bij de vormgeving. Het sociale veld van de ziekenhuiszorg heeft hierdoor een andere samenstelling gekregen. Door overheveling van economisch kapitaal en het verstrekken van subsidies aan bepaalde partijen zorgt de overheid voor machtsverschuivingen in dit veld. Dit heeft betekenis voor de regulerende patronen in het veld en daarmee voor de vormgeving van de ziekenhuis-kwaliteit.

Het onderzoek naar de relaties tussen kwaliteitsactiviteiten en regulerende patronen bevestigt de sterker wordende samenhang tussen de regulerende patronen binnen de beroepsgroep van medisch specialisten. Door de landelijke kwaliteitsactiviteiten neemt het aantal ondersteunende functionarissen binnen de ziekenhuizen nog verder toe en de deelname aan landelijke kwaliteitsprojecten versterkt de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen voor kwaliteit. Duidelijk wordt ook dat de overheid steeds vaker invloed uitoefent op de zorginhoud en dat kwaliteitsactiviteiten de maatschappelijke vraag naar transparantie versterken.

Door geloof in de juistheid van een kwaliteitsactiviteit wordt die activiteit een vanzelfsprekend onderdeel van de zorgverlening. Dit komt tot uiting in het ontstaan van specifieke aan de kwaliteitsactiviteit gekoppelde regulerende patronen. Deze patronen blijken alleen te ontstaan indien alle drie gelijkvormigheidsprocessen zich voordoen: nabootsing, het ontstaan van professionele normen en dwang vanuit een machtige externe instantie.

Uit het onderzoek blijkt dat, van de verschillende kenmerken waarin kwaliteitsactiviteiten zich onderscheiden, alleen het kenmerk 'overheidssubsidie' van invloed is op bestaande

regulerende patronen. Overheidssubsidiëring vormt voor partijen een belangrijke reden om aan een kwaliteitsactiviteit deel te nemen. Deze financiering door een 'machtige instantie' leidt niet alleen tot gedwongen gelijkvormigheid, maar ook tot nabootsing uit angst voor negatieve consequenties. De specifieke regulerende patronen die door dergelijke kwaliteitsactiviteiten ontstaan gaan, als gevolg van zelfdisciplinerende gecombineerd met de mogelijkheid van sancties, ook invloed uitoefenen op al bestaande regulerende patronen.

Bijdrage theoretisch kader

Toepassing van onderdelen uit alle vier de sociale theorieën heeft een bijdrage geleverd aan het begrijpen en analyseren van de historische ontwikkelingen. Door op zoek te gaan naar regulerende patronen en veranderingen hierin in kaart te brengen, is inzicht verworven in de oorzaken van veranderingen in de vormgeving van ziekenhuiskwaliteit in de afgelopen decennia en waarom disciplinerende hierbij een steeds belangrijker rol ging spelen. Behalve de invloed van regulerende patronen op verschillende niveaus vormt ook het geloof in de juistheid van een bepaalde activiteit of handeling een belangrijke voorwaarde voor het ontstaan van veranderingen. De toenemende disciplinerende wordt bevestigd door het feit dat alle vier de vormen van disciplinerende die in het theoretisch kader worden genoemd (ten behoeve van economisch nut, individueel voordeel, noodzaak van bewijsbare kwalificaties en door toename van regels, toezicht en controle) in de analyse worden teruggevonden.

Theoretische implicaties

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de theorievorming over institutionele veranderingen door te laten zien hoe de vormgeving van een sector (inrichting, uitvoering en besluitvormingsstructuur) wordt beïnvloed door regulerende patronen. Daarnaast biedt dit proefschrift theoretische handvatten voor het 'ontdekken' van deze patronen en geeft het inzicht in het ontstaan van (veranderingen in) deze patronen.

Het onderzoek laat zien hoe verschillende vormen van macht in het sociale veld worden ingezet. Overheveling van *economisch kapitaal* door de overheid kan niet alleen het machts-evenwicht veranderen, maar ook nieuwe partijen aan het veld toevoegen en de prioriteitstelling van handelingen beïnvloeden. Daarmee stuurt de overheid het gedrag binnen het veld en de veldpartijen. *Cultureel kapitaal* vormt, met de waarde die het veld en de maatschappij daaraan hechten, een belangrijke tegenkracht tegen deze overheidssturing. Behoud van cultureel kapitaal en de wijze waarop dit wordt ingezet, blijkt mede de machts-verhoudingen in het veld te bepalen.

Uit het onderzoek blijkt, dat 'aandacht voor kwaliteit' geïnitieerd door de overheid een toenemende disciplinerende tot gevolg heeft. Deze disciplinerende komt tot uiting in het veelvuldige gebruik van woorden als 'steeds vaker', 'toename' en 'toenemend' in de formulering van de regulerende patronen. De disciplinerende functie van regulerende patronen is inherent aan het socialisatieproces, maar de in dit proefschrift blootgelegde patronen verwijzen vooral naar disciplinerende in de vorm van 'controle', 'regels en afspraken' en 'verantwoording'. Daarnaast hebben alle vijf de onderzochte kwaliteitsactiviteiten een toenemende

disciplineren van alle partijen in het veld tot gevolg en zijn alle vier de verschillende soorten disciplineren uit het theoretisch kader terug te vinden bij de vormgeving van ziekenhuis-kwaliteit. Het inzicht, dat de 'aandacht voor kwaliteit' bij de overheid in essentie gericht is op disciplineren van het sociale veld en de veldpartijen, zal naar verwachting ook van toepassing zijn in andere professionele werelden.

Inzichten

Dit onderzoek laat zien hoe en waarom veranderingen in de kwaliteit van ziekenhuiszorg tot stand zijn gekomen en heeft de volgende inzichten voortgebracht:

1. De sturende rol van de overheid. De maatschappelijke vraag om controle en transparantie heeft, samen met de eis van toegankelijkheid, geleid tot veel aandacht van overheid en politiek voor ziekenhuis-kwaliteit. De overheid zet de lijn uit, de andere partijen zorgen voor de invulling.
2. Disciplineren is doel geworden. Kwaliteit en disciplineren zijn de afgelopen decennia een onlosmakelijke combinatie gaan vormen, ondanks het feit dat een antwoord op de vraag of disciplineren leidt tot een betere zorgkwaliteit, niet te geven is. De autonomie van handelen is, zowel professioneel als organisatorisch, steeds verder ingeperkt.
3. Doordat een breed gedragen eenduidige kwaliteitsvisie niet mogelijk blijkt te zijn, heeft kwaliteit een negatieve connotatie gekregen. Doordat veldpartijen verschillende waarde hechten aan de diverse vormen van disciplineren, is het onmogelijk om tot een gezamenlijke visie op kwaliteit te komen. Dit leidt enerzijds tot 'afgedwongen' disciplineren en anderzijds tot onvrede over onvoldoende disciplineren.
4. Het belang van aandacht voor de interactie tussen arts en patiënt. Ziekenhuis-kwaliteit heeft de afgelopen decennia vooral vorm gekregen in de ontwikkeling van ondersteunende instrumenten en de inrichting van systemen. De interactie tussen individuele arts en patiënt ontsnapt hieraan, terwijl verondersteld mag worden dat juist daar een belangrijk aanknopingspunt voor verbeteringen ligt. Een koppeling van deze interactie met instrumenten en systemen kan mogelijk gevonden worden in de groeiende zeggenschap van patiënten over hun eigen zorg.

Summary

The aim of this thesis is to increase understanding of how changes in the design of quality in hospital care have come about, and what factors influenced these changes. For this purpose, quality development in hospitals has been placed in the broader context of dynamic political and social developments. The thesis examines the shift from a system of governance by medical specialists to a system in which they have to share governance with other actors and new mechanisms were introduced to stand beside the existing ones. To that end, the thesis studies the changing roles of government and other parties in the field, and the impact of financial, administrative, and social developments.

The historical analysis in this thesis provides insights into how sustainable collective behavior (regulatory patterns) change, thus contributing to the theory of institutional change and knowledge of quality management in hospital care.

Part I

Part I of the thesis consists of four chapters.

Chapter 1 discusses the motivation for the theme of the dissertation and deals with the emergence of the primary research question: *‘What form does quality of hospital care take, what changes has it undergone in recent years, and how can we understand these changes?’* It was decided to use the clustering of quality of care in organizational, methodical, technical, and patient-related aspects provided by the National Board of Health in 1986. At the same time, the thesis argues that a practical definition of quality depends on the work involved and the relationships between the actors involved, and is changeable over time. The task of the thesis is to identify these changes, zooming in on the regulatory mechanisms that affect change, such as social trends, the impact of new laws and actors, changes in responsibilities, and the structure of finance and subsidies for national quality activities. Specifically, the role of regulatory patterns is investigated. A regulatory pattern is defined as *‘collective behavior that shapes the lives of people and is transferred by socialization processes.’*

Chapter 2 provides a selection of fourteen significant learning moments in the practice of a quality manager in the hospital world in the period from 1989 to 2007. It includes several case studies that show how behavior determines quality, and how quality issues change in the course of time. This analysis paints a picture of how hospitals dealt with national quality developments in this period, and how they designed their internal quality policies.

Chapter 3 supplies the theoretical substantiation for the starting point of the study, that human society is shaped by regulatory patterns and that these patterns shape the quality of care. Four social theories help to formulate a theoretical framework to support the analysis of regulatory patterns. The theory of civilization by *Elias* shows that developments in shaping

behavior are associated with broader changes in society. With his description of the ongoing social disciplinary process, *Foucault* clarifies the trend toward increasing standardization and control. Through his translation of 'power' in terms of economic, cultural, and social capital, *Bourdieu* explains the conduct and outcome of the power struggle between various field parties. Finally, *De Swaan* points out that association of individuals in collectives increases the chance of achieving common goals. He clarifies how this relates to individual self-discipline.

Chapter 4 presents the methodological justification for the historical sociological reconstruction of quality development in hospitals. Among other things, the chapter analyzes and defines regulatory patterns. Both the reconstruction and analysis explain the impact of social trends, and the position and influence of various concerned parties – government, medical specialists, hospitals (boards), health insurers, and patients (organizations). This chapter also provides a methodological justification for the selection of five particular quality activities, which are examined further in Part III, and analyzes their specific impact on overall quality improvement in hospitals.

Part II

Part II consists of Chapters 5 and 6, and reports on the first portion of empirical research.

Chapter 5 describes the history of quality development, from the allocation of responsibility for quality to the medical profession in the 19th century to the moment in 1985 when quality was put on the political agenda. Many changes taking place over time inside the medical profession appear to be a result of external and internal disciplinary activities aimed at preserving social positioning. Five regulatory patterns within the medical profession seem to influence the form of quality. During this period, the government came under increasing pressure to take more responsibility for the *health of* and *health care for* citizens. To meet this demand, the government established a wide range of supportive institutions and advisory bodies in the course of the 20th century. Due to the growing complexity of hospital care, the number of agreements and regulations rose steadily for hospitals. This growth was boosted in the second half of the century by the external pressure of new laws and regulations. There was a stronger need for mutual agreements among hospital administrators if they were to play a role in policy discussions at the national level. From the seventies onwards, the rules of the game changed in relation to quality of care, through new laws and regulations, by increased surveillance and monitoring, as well as by alterations in the financing structure. Citizens began looking at care differently, due to the social developments of depillarization, democratization, and individualization. There was a growing demand for controls on medical practices, and rising expectations among citizens that the government should create the right conditions and terms for this to happen.

By the end of the period under study (1985) hospitals, health insurers and patients (organizations) were barely involved in the formation of medical quality in hospitals. This changed in the subsequent period.

Chapter 6 describes the developments from 1985 to 2012. Maintaining position remains important for medical specialists in this period. For the professionals, the previously identified regulatory patterns did not change. However, their interdependence did grow stronger. This was reflected by, among other things, the development of their own quality system aimed at professional quality. The government focused increasingly on creating conditions and terms for the 'quality' of healthcare. Supported by advisory bodies and regulators, the government exerted a stronger influence on the way the field functioned by introducing laws, subsidies, and changes in the financing and organization of national quality programs. Within hospitals, rules and agreements increasingly gained a 'quality label' and became an inherent part of the hospital's quality system, partly influenced by the legal obligations and demands of external parties (inspectors, insurers, and patient/consumer organizations). Hospital managers, with overall responsibility for quality, appointed staff to meet the formal external requirements for quality and accountability to external parties. Because of the external requirements, quality design was increasingly standardized in hospitals. Patient organizations and health insurers began taking a more prominent role in quality discussions. Both parties formed collectives for representation at the national level. Legislation improved the situation of patients and subsidies for patient organizations strengthened the position of the patient within healthcare. Patient organizations were allowed to be involved in all decision-making bodies and, besides the caregivers, patients were more often given the opportunity to express an opinion on the quality of care.

The number of laws and regulations pertaining to hospital quality grew quickly. Initially they focused on major lines such as the quality law but later, they introduced specific rules for accountability of quality, for example, the Health Inspectorate's performance indicators. With an increasing number of involved parties, and the growing interest in the justification of quality, it soon became clear that the priorities of the parties differed on aspects of quality, resulting in a battle for prioritization. Meanwhile, in society, there was a growing demand for transparency in the quality of hospital care.

It seems that a large portion of the regulatory patterns established since 1985 saw little or no change, although they did play a more emphatic role in shaping quality. Disciplinary action became increasingly important. This is reflected in the formulation of new regulatory patterns that emerged in this period.

Part III

Part III covers the second portion of empirical research and, in Chapters 7 to 11, describes and analyzes selected national quality activities. It charts the cohesion between quality activities and the identified regulatory patterns and determines which activity led to the emergence of specific regulatory patterns.

Chapter 7 deals with *guideline development*. In the space of a few decades, several changes occurred in the function and application of guidelines. In the eighties, besides transferring knowledge, guidelines became a quality improvement tool. In the nineties, they became a means to prevent inter-doctor variation. In the 21st century, various themes were coupled to the guidelines, such as cost effectiveness, multidisciplinary, patient participation, funding and accountability (e.g., by indicators). Hence, guidelines became increasingly important to other parties in the field – inspection, health insurance companies and patient organizations. By the end of the first decade of the 21st century, two parallel trajectories were underway:

1. The medical profession sought to regain governance over guidelines by establishing registration systems to obtain information on guideline application. In addition, they founded the Quality Collective of Medical Specialists (*kwaliiteitskoepel*) whose core task is guideline development.
2. The Minister sought to promote guideline development, initially by commissioning a Management Council to inventorize the required guidelines and subsequently decided to establish a Quality Institute to assume responsibility for prioritizing the guidelines.

Chapter 8 describes *quality visitation*. The basis for this lies in the visitation program and peer review, partly triggered by the debate on certification bodies. Quality visitation practices spread rapidly nationwide. In the eighties, the Association of Surgeons examined whether visitation could be introduced in non-educational practices, and in the nineties, each scientific association developed its own visitation system. The successful deployment was due to familiarity with the visitation system, a focus on the collective/partnership (and not on the individual) and the confidentiality of the results. The obligation to participate in visitations for the purpose of re-registration, as part of the Individual Healthcare Professions Act (*wet BIG*), also implied an additional legal compulsion to comply. In the course of time, visitation has concentrated on individual performance.

Chapter 9 discusses *hospital accreditation*. The basis of this lies in the second half of the eighties when, in response to the Dekker Committee report, a debate on the certification of healthcare institutions began. Certification and accreditation both led to a quality mark that indicates whether certain standards have been met. Certification is an *external* control system, because review is conducted by an independent body. In accreditation, review is done by a team of auditors from their own ranks; hence, this is an *internal* control system. Hospitals prefer internal control. In 1989, the PACE Foundation (Project Accreditation General Hospital) established and developed quality standards for 35 hospital units. After pilot accreditation projects in 1996 and 1997, the NIAZ (Dutch Institute for the Accreditation of Hospitals) was founded in December 1998 and it formulated a comprehensive quality standard valid for the entire hospital (all units). Quite a few hospitals have still not complied with the agreement within the NVZ (Dutch Association of Hospitals) that by 2005 all hospitals must have initial NIAZ accreditation. By 2010, however, 55 % of hospitals did possess NIAZ accreditation.

Chapter 10 reconstructs the development of a standardized *nationwide survey of hospital patients*. As in other sectors, the opinion of 'the customer' has become a major focus in recent years. It took several attempts to create a widely accepted standard survey. In the first half of the nineties, the Federation of Patients (NPCF) made the first attempt, followed in the late nineties by the Consumers Association. Both surveys never saw a sequel to their pilot project phase. Early in the 20th century, the academic hospitals (university medical centers/teaching hospitals) wrote their own questionnaire, which was quickly adopted by the collective of general hospitals, although not all hospitals decided to participate. In 2005, the health insurance companies developed their own patient survey for distribution to their clients. Then, NIVEL (the Netherlands Institute for Health Services Research) developed the Consumer Quality Index, a standardized methodology to measure customer experience in healthcare, based on the previous surveys and funded by the Ministry of Health (ZonMw). In 2006, the government appointed this method as the standard for Dutch health care.

Chapter 11 deals with the *development of indicators*. Data from specific patient groups and on treatments are important sources of knowledge for quality improvement. By expressing these data in measurable standards, it can be established whether a certain agreed level of quality has been achieved. In the sixties, healthcare professionals were already gathering, analyzing, and providing feedback on inpatient and outpatient data at the national level. Only by the end of the 20th century did this information obtain a quality label, and the discussion on (quality) indicators began in hospitals. At the Leidschendam Conference in 2000, the parties in the field agreed to develop quality indicators. In 2003, the IGZ (*Inspectie voor de Gezondheidszorg*, Health Care Inspectorate) produced the so-called 'basic set' of indicators, specifically for their quality supervision programs. In 2007, the Visible Care (*Zichtbare Zorg*) program began developing indicators for use by all parties in the field and in 2010, the Minister decided to bring this program under the auspices of the Quality Institute. In addition, various parties such as insurers, professional associations, and patient organizations also developed their own indicators.

Part IV

Part IV consists of **Chapter 12**. The first part of this chapter looks at key findings of the study and reflects on the contribution of the theoretical framework. The second part focuses on the implications of the study, makes recommendations for the future, and reflects on the research and the role of the researcher. The chapter concludes with some insights resulting from the study.

Important findings

Until a few decades ago, responsibility for medical quality in hospitals lay entirely with the medical specialists. In the seventies, government and politics became involved, followed by the inspectorate and hospital managers. Medical quality became an integral part of hospital quality in the final decade of the last century, and patient organizations and health insurance

companies started playing a role in its design. The social field of hospital care thus gained a new composition. The government created power shifts in this field by transferring economic capital and the provision of subsidies to certain parties. This was important for the regulatory patterns in the field and the design of hospital quality.

The analysis of the relationship between quality and regulatory activity patterns confirms a strong coherence between regulatory patterns within the profession of medical specialists. With the national quality activities, the number of support staff in hospitals rose further and participation in national quality projects strengthened the parties' joint responsibility for quality. Clearly, the government exerted more and more influence on the content of care, and quality activities strengthened public demand for transparency.

Through a belief in the correctness of a quality activity, that activity became a natural element of health care. This was reflected in the emergence of regulatory patterns linked to particular quality activities. These patterns seemed to emerge only when all three conforming processes were present: imitation, the emergence of professional standards and pressure from a powerful external body, which was true for all quality initiatives studied, except accreditation.

Of the various attributes that distinguish quality activities, this study finds that only the attribute 'government subsidies' had an impact on existing regulatory patterns. Government subsidy is an important driver for parties to participate in a quality activity. Funding by a 'powerful body' not only leads to enforced conformity, but also to imitation out of a fear of negative consequences. Because of self-disciplinary actions, combined with the possibility of sanctions, the regulatory patterns generated specifically by these quality activities also affected the existing regulatory patterns.

Contribution of the theoretical framework

Applying aspects from all four social theories contributes to the understanding and analysis of historical trends. Looking at the regulatory patterns and charting their changes brought insight into the causes of changes in the design of hospital quality in recent years, and why disciplinary action took on an increasingly important role. In addition to the impact of regulatory patterns at different levels, a belief in the correctness of a particular activity or action is an important prerequisite for the production of change. The growth of disciplinary actions is confirmed by the fact that all four forms of discipline mentioned in the theoretical framework (for economic benefit, individual benefit, need for demonstrable qualifications, and by an increase in regulations, monitoring and control) re-appeared in the analysis.

Theoretical implications

This thesis contributes to the theory on institutional change by showing how the form of a sector (establishment, implementation, and decision-making structure) is shaped by regulatory patterns. In addition, it provides theoretical tools for the 'discovery' of these patterns and provides insight into the origin of (changes in) these patterns.

The study shows how different forms of power are applied in the social field. The government's transfer of *economic capital* not only changed the balance of power, but also added new parties to the field, and influenced the prioritization of actions. Thus, the government controlled behavior both in the field and of the field parties. Forms of *cultural capital*, with the values the field and society attach to it, are an important counterbalance to government control. Preserving cultural capital and how it gets used seems also to determine the power relations in the field.

The thesis shows that the government's 'focus on quality' has had a mounting disciplinary effect. This is reflected in the frequent occurrence of words like 'increasingly', 'rising' and 'growing' in the formulation of regulatory patterns. The disciplinary function of regulatory patterns is inherent in the socialization process, but the patterns revealed in this thesis refer mainly to discipline in the form of 'governance' ('control'), 'rules and regulations' and 'accountability'. All five of the investigated quality activities led to more disciplinary action by all parties in the field. Moreover, all four disciplinary types in the theoretical framework are found in the design of hospital quality. The finding that governmental 'focus on quality' is directed essentially at disciplining the social field and the parties involved, is expected to apply in other professional worlds as well.

Insights

This research into how and why changes occurred in the quality of hospital care has produced the following insights:

1. *The steering role of government.* The social demand for control and transparency, together with the requirement of accessibility led the government and political parties to focus closely on hospital quality. The government set out the policy, and the other parties looked after implementation.
2. *Disciplinary action has become an objective.* In recent years, quality and discipline have come together to form an inseparable combination, despite the fact that there is no proven answer to the question whether discipline (conformity) leads to better quality care. Autonomy, both professionally and organizationally, is increasingly curtailed.
3. *The term 'quality' has gained a negative connotation since a broad-based, uniform vision of quality seems impossible to attain.* Because parties in the field attach different values to various forms of disciplinary action, it is impossible to achieve a shared vision of quality. This has led to 'enforced' discipline as well as dissatisfaction about inadequate discipline. For many, this has given quality a negative connotation.
4. *The importance of considering the interaction between doctor and patient.* In recent years hospital quality has mostly taken shape in developing supportive tools and designing systems. This overlooked the interaction between individual doctor and patient, whereas it is safe to assume that this is an important point of improvement. A way to couple this interaction with tools and systems can possibly be found in the emergent empowerment of patients in their own care.

Dankwoord

Graag wil ik iedereen bedanken die aan het succesvol verloop van mijn promotietraject heeft bijgedragen. In het bijzonder mijn promotor Roland Bal. Roland, jouw geduld om steeds weer de vele pagina's tekst te lezen en van opbouwend commentaar te voorzien, kan niet voldoende worden geprezen. Veel waardering heb ik voor je eruditie waardoor je mij telkens nieuwe aanwijzingen kon geven voor verdere verdieping in sociale theorieën en kwaliteitsliteratuur. Met veel plezier denk ik terug aan de boeiende discussies waarin we op zoek gingen naar de verbinding tussen theorie en praktijk. Ik zal deze gesprekken erg missen. Roland, heel veel dank voor je steun en vertrouwen in al die jaren.

De laatste anderhalf jaar van het promotietraject heeft Annemiek Stoopendaal, als copromotor, een belangrijke rol gespeeld. Annemiek, dankzij jouw 'meelezen' en je heldere en kritische blik heb ik vele bijstellingen kunnen aanbrengen in de beschrijving en onderbouwing van de toegepaste methoden. Dit heeft niet alleen geleid tot belangrijke verschuivingen in de teksten maar zelfs tot een andere hoofdstukindeling. Veel goede herinneringen heb ik ook aan je enthousiasme bij 'geslaagde' verbeteringen en je bereidheid om steeds weer mee te denken.

Roy Lantain en Ferry Franzen, ten tijde van het besluit tot een promotieonderzoek respectievelijk voorzitter van de raad van bestuur en hoofd personeelszaken van de Gelre ziekenhuizen, jullie wil ik hier nogmaals bedanken voor het creatief meedenken en mogelijk maken van de eerste fase van het promotieonderzoek. Ook dank aan al diegenen die in de voorbereidende fase bereid waren mij te vertellen hoe zij in de voorliggende decennia de kwaliteitsontwikkelingen in de ziekenhuizen hebben ervaren.

Hans Dubbelboer, jou wil ik specifiek noemen. Als beleidsmedewerker van het Nationaal Ziekenhuisinstituut heb jij mij in de jaren negentig belangrijke kwaliteitsontwikkelingen weten te duiden, maar ik wil je met name danken voor het opzetten van onze intervisiegroep en de activerende rol die jij hierin in de afgelopen twintig jaar hebt gespeeld. De intensieve onderlinge uitwisseling heeft mijn interesse in de vormgeving van kwaliteit extra versterkt en diverse leden van deze groep hebben door middel van gesprekken en interviews een bijdrage geleverd aan mijn onderzoek.

Daarnaast zijn degenen die ik formeel voor dit proefschrift heb geïnterviewd van onschatbaar belang geweest. Zij hebben niet alleen richting gegeven aan de keuze van de te analyseren kwaliteitsactiviteiten, maar hebben mij ook geïnspireerd in mijn zoektocht naar de historie. Het noemen van bepaalde namen zou de bijdrage van anderen tekortdoen. Door de verschillende invalshoeken en ervaringen op specifieke terreinen heeft ieder een eigen waardevolle bijdrage geleverd. Nog veel dank hiervoor.

Annemiek Goris, jouw rol was weliswaar meer indirect van belang voor mijn onderzoek, maar als directeur van STG/Health Management Forum zorgde jij ervoor dat ik aan tafel

kwam te zitten met alle partijen uit het veld van de zorg, inclusief de overheid. Daarnaast zag ik door de participatie aan de toekomstverkenningen steeds duidelijker hoe de regulerende patronen verleden en toekomst met elkaar verbinden.

Marij Vulto, ik ben erg blij dat wij elkaar via STG/Health Management Forum hebben leren kennen. Jouw redactie van belangrijke hoofdstukken heeft de toegankelijkheid voor de lezer vergroot. Ook heb ik van jou geleerd mijn schrijfstijl te verbeteren en dat je met minder woorden soms meer kunt zeggen. Maar zoals jij het doet, dat zal mij wel nooit lukken.

Ans Lavèn, veel dank voor jouw kritische blik op de laatste versie van mijn proefschrift, dit heeft nog geleid tot vele verbeteringen.

Angelique van Sluijs, onze vele inhoudelijke discussies in de afgelopen jaren hebben mij steeds weer nieuwe inspiratie en moed gegeven om door te gaan. Gesprekken waarvoor de basis al medio jaren negentig tijdens onze samenwerking in het Diaconessenhuis is gelegd. Jouw onwankelbaar vertrouwen in mij en in het eindproduct, is van grote waarde geweest.

Marjolein de Boer, al die momenten waarop je telkens weer hebt meegeweest met de voortgang van het onderzoek en bereid was mee te denken over het promotietraject hebben mij veel steun gegeven, evenals je positieve reacties op bepaalde resultaten. Ook denk ik met veel plezier terug aan onze discussies over de inrichting van de gezondheidszorg.

Tanja Groenendijk-de Vos, lieve zus, jouw voortdurende belangstelling voor de stand van zaken en wat er allemaal nog moest gebeuren voordat de promotie daadwerkelijk zou kunnen plaatsvinden, heeft het werk aan dit onderzoek een stuk minder eenzaam gemaakt. Ik wist steeds, dat wanneer ik ergens niet uit zou komen, jij bereid zou zijn mij te helpen.

Lieve mams, het was je misschien niet altijd helemaal duidelijk waar ik mee bezig was, maar je meeleven wanneer ik weer een afspraak had met Roland en de spanning waarmee je uitzag naar zijn reactie op een volgend hoofdstuk, heeft mij veel goed gedaan. Ik ben ook erg blij dat je het hele promotietraject hebt kunnen meemaken.

Lieve Frank, wanneer jij in 1989 er niet op had aangedrongen dat ik mijn afstudeeronderzoek over kwaliteit aan de directie van het Diaconessenhuis zou laten lezen, was mijn carrière waarschijnlijk heel anders verlopen. Eigenlijk heb jij aan de wieg gestaan van dit proefschrift. Jij hebt mij ook direct gesteund bij de promotieplannen en je was steeds bereid je privéleven aan weer een nieuwe deadline aan te passen. Gelukkig heb je mij ook regelmatig kunnen verleiden om samen andere leuke dingen te ondernemen. Jouw voortdurend vertrouwen in mij was ongelooflijk belangrijk en dat een van jouw 'lichtkunstwerken' nu mijn boek omhult brengt dat goed in beeld.

Dan zijn er zoveel vrienden, kennissen en ex-collega's die telkens weer belangstelling voor de voortgang hebben getoond. Die mij troostten als ik nog niet kon zeggen wanneer de promotie zou plaatsvinden, maar die mij ook wanhopig maakten door daar steeds opnieuw naar te vragen. Eindelijk is het nu zo ver.

Over de auteur

Lia de Vos werd in 1954 in Vlaardingen geboren. Op haar tiende verhuisde ze naar Schoonhoven, waar ze haar Mulo-diploma behaalde. Na het voorbereidend jaar hoger beroepsonderwijs voltooide zij in 1974 in Utrecht de HBO-opleiding Medische Microbiologie. Van 1974 tot 1989 werkte ze als analist en waarnemend hoofd op het medisch microbiologisch laboratorium van het Diaconessenhuis in Utrecht.

Haar ervaringen als lid van de ondernemingsraad en op de Kaderopleiding in Amsterdam, leidden tot het besluit om aan de Universiteit Utrecht in deeltijd sociologie te gaan studeren. In 1983 behaalde ze haar colloquium doctum wiskunde, Engels en geschiedenis en in 1989 haar doctoraal examen sociologie. Thema van haar afstudeeronderzoek, dat werd begeleid door de vakgroepen Planning & Beleid en Algemene Gezondheidszorg, was de kwaliteit van de psychogeriatrische begeleiding door de Riagg Stad Utrecht. Dit afstudeeronderzoek kreeg een vervolg in de opzet en begeleiding van een aantal vergelijkende kwaliteitsprojecten bij de Riagg's in Utrecht, Arnhem en Rotterdam (1989 - 1995) en het landelijk scholingstraject 'Kwaliteit en Programma's' van de Nederlandse Vereniging Ambulante Gezondheidszorg (NVAGG) (1995 - 1997).

Naast haar activiteiten in de ambulante GGZ bekleedde Lia de Vos vanaf 1989 in het Diaconessenhuis Utrecht de functie van coördinator en later hoofd van de afdeling Kwaliteitsbeleid. Ze was verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid en voor het opzetten, begeleiden en uitvoeren van kwaliteitstoetsingen. In 1997 heeft ze in het Diaconessenhuis het ziekenhuisbrede traject Patiëntenrouting opgezet. Binnen dit traject zijn, met betrokkenheid van alle disciplines (van medisch specialist tot schoonmaakdienst), en in samenwerking met een patiëntenpanel en het Provinciaal Patiënten- en Consumentenplatform, kwaliteitsnormen vastgesteld voor elke stap die een patiënt in het ziekenhuis doorloopt. Zelfevaluaties in de gehele organisatie, toetsingen bij huisartsen en patiëntenenquêtees leidden tot verbeteracties en bijstellingen van de kwaliteitsnormen. In 2000 is voor dit traject de *Golden Helix Quality Award* en de *innovatieprijs van de Geneeskundige Vereniging* uitgereikt.

Eind 2000 kwam Lia de Vos in dienst van de Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn/Zutphen als directeur Kwaliteit, Product- en Marktontwikkeling met als opdracht een gelijknamige stafdienst op te zetten. Binnen deze stafdienst werden de volgende aandachtsgebieden geïntegreerd: kwaliteitbeleid, indicatoren, accreditatie, patiëntenenquête, transmurale zorg, zorgvernieuwing, patiënteninformatie, oncologiebeleid, calamiteiten, klachtenbemiddeling, hygiëne- en infectiepreventie en (steriele) medische hulpmiddelen. Nadat, door de invoering van het nieuwe zorgstelsel, marketing meer centraal kwam te staan, kwaliteit steeds meer een rol kreeg in relatie tot externe presentatie en de ruimte voor interne kwaliteitsinitiatieven minder werd, besloot ze in een promotietraject op zoek te gaan naar verklaringen voor de veranderingen in de vormgeving van kwaliteit. De start van dit onder-

zoek is door Gelre ziekenhuizen mogelijk gemaakt en heeft uiteindelijk geleid tot dit proefschrift.

In 2009 ging Lia de Vos, naast haar promotieonderzoek, werken als senior adviseur en onderzoeker voor STG/Health Management Forum, een netwerkorganisatie met als doel verbetering van de gezondheidszorg door middel van toekomstverkenningen, strategieontwikkeling en zorginnovatie. Naast de begeleiding van bestuurders bij de uitwerking van thema's voor het Toekomstforum over Moedig Leiderschap in 2010, heeft ze zich bezighouden met het voorbereiden en begeleiden van netwerkbijeenkomsten over strategische zorgthema's. Vanaf 2011 werkt ze als zelfstandig adviseur/onderzoeker in bureau VOS.

