

Implementatie van richtlijnen Adviesrapport



Zuyd Hogeschool
Faculteit Management en Recht
People & Business Management
Eline Dorssers
0833126
17-03-2015

Implementatie van richtlijnen Adviesrapport

Zuyd Hogeschool
Faculteit Management en Recht
People & Business Management
Eline Dorssers
0833126
17-03-2015

Bedrijfsmentor VieCuri MC Noord Limburg: Gon Tullemans
Docent begeleider Zuyd Hogeschool: Rob Heine

"Hierbij verklaar ik, Gon Tullemans, dat ik akkoord ga met de inhoud van dit afstudeerwerkstuk.

Datum: 17-03-2015 Handtekening: "

Voorwoord

Het adviesrapport dat voor u ligt, is geschreven in het kader van de afstudeeropdracht voor de opleiding People & Business Management van Zuyd Hogeschool.

In opdracht van Gon Tullemans, controller kwaliteit en veiligheid van VieCuri Medisch Centrum voor Noord Limburg, hierna VieCuri, werd een onderzoek uitgevoerd naar de implementatie van richtlijnen door specialisten van VieCuri. Dit onderzoek werd uitgevoerd door mijzelf, Eline Dorssers. Dit adviesrapport is het eindproduct van dit onderzoek.

Sinds september 2011 ben ik werkzaam bij VieCuri. Hierdoor kende ik de organisatie al. Dit maakte het makkelijker om mij te verplaatsen in de organisatie en de mensen die er werkzaam zijn.

Voordat ik ben gestart met het schrijven van dit adviesrapport heb ik eerst een plan van aanpak geschreven. Dit plan van aanpak bevatte de doelstelling, probleemstelling, onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek. Na goedkeuring van dit plan van aanpak ben ik van start gegaan met de uitvoering. De uitvoering verliep zoals van te voren was ingeschat. Naast het grootste obstakel, het vinden van deelnemers, waren er geen tegenslagen.

Dit adviesrapport is het laatste onderdeel van mijn studie. Ik heb veel plezier gehad in het studeren, maar ook in het uitvoeren van alle opdrachten. De afstudeerstage en het schrijven van de scriptie heb ik als erg leuk ervaren. Uiteindelijk was dit adviesrapport niet tot stand gekomen zonder de medewerking van iedereen die mij te woord heeft willen staan. Mijn speciale dank gaat uit naar Gon Tullemans en Rob Heine voor hun tips en ideeën en voor de goede begeleiding.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van dit adviesrapport.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	1
1 Inleiding	2
2 Probleemcontext	3
2.1 Organisatieomschrijving	3
2.2 Probleemherkenning	4
3 Probleemstelling	6
3.1 Doel van het onderzoek	6
3.2 Managementprobleem	7
3.3 Researchprobleem	7
3.4 Researchdoelen	8
4 Informatiebronnen	10
4.1 Bronnen van secundaire data	10
4.2 Bronnen van primaire data	11
5 Onderzoeksopzet	12
5.1 Deskresearch	12
5.2 Fieldresearch	12
5.3 Opzet van het onderzoek	14
6 Onderzoeksverantwoording	15
6.1 Uitvoering	15
6.2 Interviews	16
6.3 Wijzigingen in de deskresearch en fieldresearch	16
7 Researchresultaten	17
7.1 Omgevingsanalyse VieCuri	17
7.2 Deskresearch	20
7.2.1 Wet en regelgeving in de Nederlandse gezondheidszorg	20
7.2.2 Nederlandse organen	24
7.3 Fieldresearch	26
7.3.1 Nederlandse Internisten Vereniging	26
7.3.2 Specialisten van VieCuri	26
7.3.3 Databank l'artis	32
7.3.4 Iprova	35
8 Conclusie	37
8.1 Antwoorden op de researchdoelen	37
8.1.1 Wat zeggen wet en regelgeving over het naleven en implementeren van richtlijnen? ..	37
8.1.2 Welke Nederlandse organen spelen een rol bij het naleven en implementeren van richtlijnen in de zorg en welke rol is dat?	38
8.1.3 Op welke manier hebben andere ziekenhuizen het proces van implementatie van richtlijnen gereguleerd?	38
8.1.4 Hoe is het proces van implementatie van richtlijnen momenteel vormgegeven binnen VieCuri?	39
8.1.5 Welk belang hechten specialisten aan richtlijnen?	39
8.1.6 Hoe kijken specialisten aan tegen het gebruik van richtlijnen bij hun werkzaamheden? ..	39
8.1.7 Welke belemmeringen ondervinden specialisten van VieCuri bij de implementatie van nieuwe richtlijnen?	39
8.1.8 Welke faciliteiten hebben specialisten nodig om de nieuwe richtlijnen goed te kunnen implementeren?	40
8.1.9 Wat is het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie (ist en soll)?	40
8.1.10 Wat kan de organisatie doen om dit verschil weg te nemen?	41
8.1.11 Kan de databank l'artis een rol spelen in het gewenste beleid?	41
8.1.12 Verandermodel Metselaar	42
8.2 Antwoord op het researchprobleem	42
8.2.1 Welke route volgen richtlijnen zodat ze bij de betrokken specialisten van VieCuri terecht komen?	43
8.2.2 Wat wordt er vervolgens door de specialisten gedaan met de nieuwe richtlijnen om ze te implementeren in het medisch handelen?	43
8.2.3 Wat kan de organisatie VieCuri doen om de compliance van specialisten te bevorderen?	44
9 Advies en aanbevelingen	45

9.1 Advies	45
9.2 Aanbevelingen	47
Literatuurlijst	50
Bijlagen	54
Bijlage I Lijst met geselecteerde richtlijnen en aangeschreven vakgroepen	55
Bijlage II Volledige uitwerking omgevingsanalyse VieCuri MC	56

Managementsamenvatting

Medische richtlijnen zijn een belangrijk middel om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Dit maakt dat het ook voor VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg (hierna VieCuri) belangrijk is om bewust bezig te zijn met kwaliteitsbeleid. Dit adviesrapport is hier een onderdeel van.

De centrale probleemstelling, ook wel researchprobleem, in dit adviesrapport luidt:

1. Welke route volgen richtlijnen zodat ze bij de betrokken specialisten van VieCuri terecht komen?
2. Wat wordt er vervolgens door de specialisten gedaan met de nieuwe richtlijnen om ze te implementeren in het medisch handelen?
3. Wat kan de organisatie VieCuri doen om de compliance van specialisten met de richtlijnen, te bevorderen?

Uit de probleemcontext kan het volgende worden opgemerkt; specialisten zijn niet altijd op de hoogte van de nieuwste richtlijnen en kunnen deze in dat geval dus niet naleven en er is op dit moment geen inzicht in de route die richtlijnen afleggen. Dit is gebleken uit ervaringen van de controller kwaliteit en veiligheid van VieCuri en uit een onderzoek van L. Blume. Door middel van interviews met specialisten wordt een beeld gevormd van de ervaringen en werkwijzen met betrekking tot implementatie van medische richtlijnen. De inzichten die ontstaan door dit onderzoek kunnen leiden tot een advies over hoe de implementatie idealiter zou moeten verlopen en wat de organisatie kan bijdragen om dit proces te faciliteren zodat de richtlijnen wel worden nageleefd. Het moeten, willen en kunnen van specialisten staat centraal in het onderzoek. Naast zeven specialisten van zeven verschillende vakgroepen binnen VieCuri, zijn diverse andere interne en externe personen geïnterviewd. Daarnaast werd deskresearch gedaan. Uit de deskresearch is het volgende gebleken. In de wet staat benoemd dat de zorg in Nederland van een bepaalde kwaliteit moet zijn. De kwaliteit is omschreven in de professionele standaard en een onderdeel hiervan zijn de medische richtlijnen. Specialisten moeten tot op zekere hoogte werken volgens de geldende richtlijn. Afwijken van de richtlijn mag in het geval dit beter is voor de patiënt, maar moet wel gemotiveerd en gedocumenteerd worden. Uit jurisprudentie is gebleken dat de mate waarin een specialist dit doet, meetelt in een eventuele tucht- of rechtszaak. Verder is uit de deskresearch gebleken dat diverse instanties zich bezig houden met medische richtlijnen. Uit de fieldresearch is gebleken dat de geïnterviewde specialisten allemaal bewust bezig zijn met richtlijnen. De ene vakgroep doet meer om richtlijnen te implementeren dan de andere. De vakgroep interne geneeskunde van VieCuri heeft een methode gevonden om de richtlijnen te integreren in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Tevens blijkt dat het documentbeheersysteem van VieCuri, Iprova, te wensen over laat. Verder is gebleken dat de Nederlandse beroepsverenigingen een hoofdrol spelen in het ontwikkelen en verspreiden van richtlijnen. De conclusie van het onderzoek is dat specialisten van VieCuri moeten, willen en kunnen werken volgens de laatste richtlijnen, maar dat optimalisatie van het proces gewenst is. De eerste stap, opschonen van Iprova, is al genomen door VieCuri. Het advies luidt om richtlijnen te integreren in het EPD. Dit zorgt ervoor dat specialisten tijdens hun werk worden geconfronteerd met de richtlijnen en dat het eenvoudig is om cijfers te genereren over behandelingen. Prestatie indicatoren kunnen zo eenvoudig worden ingevuld. Een dergelijke aanpassing zal voor de specialisten geen ingrijpende verandering zijn omdat nu ook al patiëntengegevens moeten worden ingevuld in het EPD. Omdat specialisten niet gedwongen worden tot extra administratieve werkzaamheden en het systeem ondersteunend is, past deze methode bij het gedachtegoed van Hart. De verandering kan alleen maar succesvol zijn als de specialisten hun medewerking verlenen en ook een verantwoordelijkheidsgevoel hebben ten aanzien van de verandering. Er moet voorkomen worden dat specialisten het gevoel krijgen dat iets wordt opgelegd vanuit de organisatie zonder dat daar draagvlak voor is. De kenmerken van een professionele bureaucratie moeten een aandachtspunt zijn in het veranderproces.

1 Inleiding

In Nederland wordt veel gedaan om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Dit blijkt wel uit de vele verschillende instanties die zich bezig houden met dit thema. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) is er een. Daarnaast zijn er nog diverse andere instanties zoals het CBO, de Regieraad Kwaliteit van Zorg en het Kwaliteitsinstituut. Dit laatste instituut houdt zich onder andere bezig met het zichtbaar maken van de kwaliteit van verschillende zorginstellingen in Nederland. Om dit doel te bereiken is onder andere de website KiesBeter.nl opgericht. Op deze website kunnen patiënten bekijken hoe Nederlandse zorginstellingen zoals ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en kraamzorginstellingen scoren op de kwaliteitsladder. KiesBeter.nl maakt gebruik van prestatie indicatoren, kwaliteitsstandaarden en patiëntenervaringen. Aan welke eisen de zorg moet voldoen om het predicaat kwaliteitszorg te krijgen, wordt bepaald door zorginstellingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. In de kwaliteitsstandaarden wordt per ziektebeeld vastgelegd welke eisen dit zijn. De prestatie indicatoren die moeten worden ingevuld door de zorginstellingen, zijn een product van de geleverde zorg en zijn gekoppeld aan medische richtlijnen. (KiesBeter, 2014)

Hieruit blijkt dat medische richtlijnen een belangrijk middel zijn om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Als zorginstellingen, waaronder ziekenhuizen, een rol willen spelen op de zorgmarkt, zal kwalitatief goede zorg geleverd moeten worden. Zeker nu zorgverzekeraars steeds meer invloed krijgen op zorgmarkt en steeds kritischere vragen stellen alvorens contracten te sluiten met zorgverleners. Dit maakt dat het ook voor VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg (hierna VieCuri) belangrijk is om bewust bezig te zijn met kwaliteitsbeleid. Dit adviesrapport is hier een onderdeel van. Door een antwoord te geven op onderstaande probleemstelling en daaraan een advies te koppelen, wordt getracht een bijdrage te leveren aan het verlenen van kwalitatief goede zorg. (Rutte, 2014)

De centrale probleemstelling, ook wel researchprobleem, in dit adviesrapport luidt:

4. Welke route volgen richtlijnen zodat ze bij de betrokken specialisten van VieCuri terecht komen?
5. Wat wordt er vervolgens door de specialisten gedaan met de nieuwe richtlijnen om ze te implementeren in het medisch handelen?
6. Wat kan de organisatie VieCuri doen om de compliance van specialisten met de richtlijnen, te bevorderen?

Leeswijzer

Ik dit rapport zal langzaam toegewerkt worden naar een antwoord op deze probleemstelling. Als eerst zal de context waarin het probleem speelt, beschreven worden. Hierin komt onder anderen een beschrijving van de organisatie aan bod. In het daarop volgende hoofdstuk, zal de totstandkoming van de probleemstelling aan bod komen. Tevens zal dit hoofdstuk een theoretische onderbouwing van de probleemstelling bevatten. In hoofdstuk vier zal beschreven worden welke primaire en secundaire bronnen geraadpleegd zullen worden om een antwoord op de probleemstelling te kunnen geven. Daarna zal in hoofdstuk vijf uitgelegd worden op welke manier de researchdoelen onderzocht zullen worden en op welke manier het onderzoek zal worden uitgevoerd. Na de beschrijving van de onderzoeksopzet volgt de beschrijving van hoe het onderzoek daadwerkelijk is uitgevoerd. In hoofdstuk zeven zullen de resultaten van de fieldresearch en deskresearch beschreven worden. De conclusie, oftewel, het antwoord op de probleemstelling volgt in hoofdstuk acht. Als laatste zal, aan de hand van de conclusie, in hoofdstuk negen een advies gegeven worden aan VieCuri.

2 Probleemcontext

In dit hoofdstuk zal de context waarin het probleem zich voordoet, beschreven worden. Allereerst zal in het kort een beschrijving van de organisatie gegeven worden. Daarna zal dieper worden ingegaan op de aanleiding van het onderzoek.

2.1 Organisatieomschrijving

De stichting VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg (Hierna VieCuri), is een medisch specialistisch bedrijf met als hoofddoel het verlenen van tweedelijns klinische en poliklinische zorg. VieCuri heeft twee hoofdlocaties welke gevestigd zijn in Venlo en in Venray. Naast deze centrale locaties heeft VieCuri zogenaamde buitenpoli's in Panningen, Horst en Reuver. Op deze buitenpoli's wordt enkel poliklinische zorg geleverd. Het verzorgingsgebied van VieCuri bestaat uit ongeveer 280000 personen en strekt zich uit over heel Noord Limburg.

Naast zorgverlener is VieCuri een topklinisch opleidingsziekenhuis.

De huidige strategie van VieCuri is omschreven in de strategische visie 2012-2017. Naast de strategie zijn in deze strategische visie de missie en visie van de organisatie omschreven. De missie omschrijft waar VieCuri voor staat en de visie omschrijft waar de organisatie de komende jaren voor wil gaan. De hoofdpunten van de missie en visie luiden:

1. *“Voor onze patiënten in Noord- en Midden Limburg zijn wij een open organisatie voor medisch specialistische netwerkzorg;*
2. *Wij zijn een mens- en opleidingsgericht topklinisch ziekenhuis;*
3. *De beleving van onze zorg gebeurt vanuit onze kernwaarden: ‘Verstand van zaken, gevoel voor mensen’, ofwel ‘gewoon beter’. (VieCuri, 2013)*

Het beleid van VieCuri is gericht op vier strategische speerpunten.

1. *“Versterken toegankelijkheid voor de patiënt en eerste lijn;*
2. *Borgen kwaliteit en veiligheid voor de patiënt;*
3. *Ontwikkeling geoliede organisatie;*
4. *Netwerksamenwerking met andere ziekenhuizen.” (VieCuri, 2013)*

Het borgen van de kwaliteit en veiligheid voor de patiënt heeft te maken met het bereiken van een bepaalde veiligheidscultuur binnen de organisatie. Elk jaar neemt VieCuri zich voor bepaalde doelen te behalen met betrekking tot elk van de vier strategische punten. In het kader van het tweede strategische speerpunt; ‘borgen van kwaliteit en veiligheid voor patiënten’ waren in 2013 de volgende voornemens opgesteld:

- *“Implementatie methodiek QRV (Kwaliteit, Risico en Valorisatie) als tool voor integraal risicomanagement;*
- *Borging van methodiek in planning- en controlcyclus en dashboard met duidelijke parameters;*
- *Uitwerking risicomatrix met overzicht risico's, aanwijzing domeineigenaren en uitwerking daarbij aansluitende beheersmaatregelen;*
- *Voortzetten traject op orde brengen beheer en onderhoud technische installaties en medische apparatuur (inclusief scholing en opleiding in deskundig gebruik).” (VieCuri, 2013)*

2.2 Probleemherkenning

De onderzoeksfocus van dit rapport zal liggen bij het strategische speerpunt, *'het borgen van kwaliteit en veiligheid voor de patiënt'*. Een onderdeel hiervan zijn de prestatie indicatoren, welke elk jaar door het ziekenhuis moeten worden aangeleverd aan diverse partijen zoals de Inspectie Voor De Gezondheidszorg. (IGZ) Deze worden deels opgelegd door de IGZ, maar ook door patiënten organisaties, medische beroepsverenigingen en zorgverzekeraars. (VieCuri, 2013)

De IGZ is een onpartijdige, niet politieke organisatie die door middel van handhaving van kwaliteit van zorg, preventie en medische producten de volksgezondheid in Nederland bevordert. De instrumenten die de IGZ inzet om dit te bereiken zijn, advies, stimulans, drang en dwang. Een van de manieren waarop de IGZ de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg handhaaft is door middel van de eerder genoemde prestatie indicatoren of kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen. De IGZ stelt elk jaar een basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen op, waarin indicatoren staan beschreven die de Nederlandse ziekenhuizen moeten invullen. De indicatoren hebben als doel vast te stellen welke zorgprocessen extra aandacht nodig hebben of nader onderzoek vragen. Een voorbeeld van een indicator is; *'Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten.'* (IGZ, 2014a)

Het vaststellen van indicatoren gebeurt in overleg tussen IGZ en wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Deze wetenschappelijke verenigingen zijn ook degene die evidence based richtlijnen opstellen voor medisch specialisten. (Orde van Medisch Specialisten, 2012)

Volgens de definitie van Van Everdingen (2004) is het doel van richtlijnen, de besluitvorming van professionals in de zorg te ondersteunen door aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies te geven die berust zijn op resultaten van wetenschappelijk onderzoek waardoor het medisch handelen doeltreffender en doelmatiger wordt. (CBO, 2006)

De controller kwaliteit en veiligheid van VieCuri is de persoon die elk jaar bewerkstelligt dat de kwaliteitsindicatoren voor VieCuri worden ingevuld. Tijdens dit proces is wel eens gebleken dat bepaalde indicatoren niet kunnen worden ingevuld omdat de cijfers niet beschikbaar zijn. Bij navraag van de controller kwaliteit en veiligheid bij de betreffende specialisten bleek dan dat zij niet op hoogte waren van het feit dat er een (nieuwe) richtlijn beschikbaar was en om die reden de juiste cijfers niet konden reproduceren. Specialisten konden een richtlijn niet naleven (er was geen sprake van compliance) omdat ze niet wisten dat de richtlijn bestond of vernieuwd was.

Omdat deze richtlijnen steeds belangrijker worden in het borgen van kwaliteit van geleverde zorg en er steeds meer richtlijnen bij komen, is het zaak dat ziekenhuizen een systematische aanpak hanteren bij het reguleren van richtlijnen.¹ L. Blume van het Atrium Medisch Centrum Parkstad heeft in het kader hiervan een database genaamd l'artis ontwikkeld waarin meer dan 1500 richtlijnen worden aangeboden en gerangschikt naar prioriteit. De reden van rangschikken is dat richtlijnen in sommige gevallen tegenstrijdig kunnen zijn. De richtlijnen waarbij een associatie bestaat met ernstige risico's hebben prioriteit boven andere richtlijnen.¹

In het begin van 2014 heeft L. Blume een Delphi studie verricht waarbij zeven managers kwaliteit en veiligheid (hierna; experts) van verschillende medische centra, waaronder VieCuri, toegang kregen tot l'artis. Nadat de experts de database l'artis bekeken hadden, kregen zij gedurende drie rondes de opdracht om stellingen te beantwoorden met eens of oneens. In elke volgende ronde werden stellingen meegenomen waarover in de voorgaande ronde geen consensus was bereikt. Na de drie rondes werd een groepsdiscussie gevoerd.

¹ Blume, L.H.K. van Weert, N.J.H.W. & Delnoij, D. (2014) *Optimal use of external demands in hospitals – a Delphi study from the Netherlands.*

Uit deze Delphi studie bleek dat de experts het eens waren over het feit dat er meer structuur moet worden aangebracht in de manier waarop ziekenhuizen nu met richtlijnen omgaan. De experts gaven aan dat bestuurders van ziekenhuizen op dit moment onmogelijk op de hoogte kunnen zijn van de mate van compliance met richtlijnen binnen hun organisatie.

Om deze huidige gang van zaken te kunnen verbeteren, is het van belang dat inzicht wordt verkregen in de route die richtlijnen afleggen tot dat deze bij de specialist terecht komen en wat de specialist hier vervolgens mee doet.¹

3 Probleemstelling

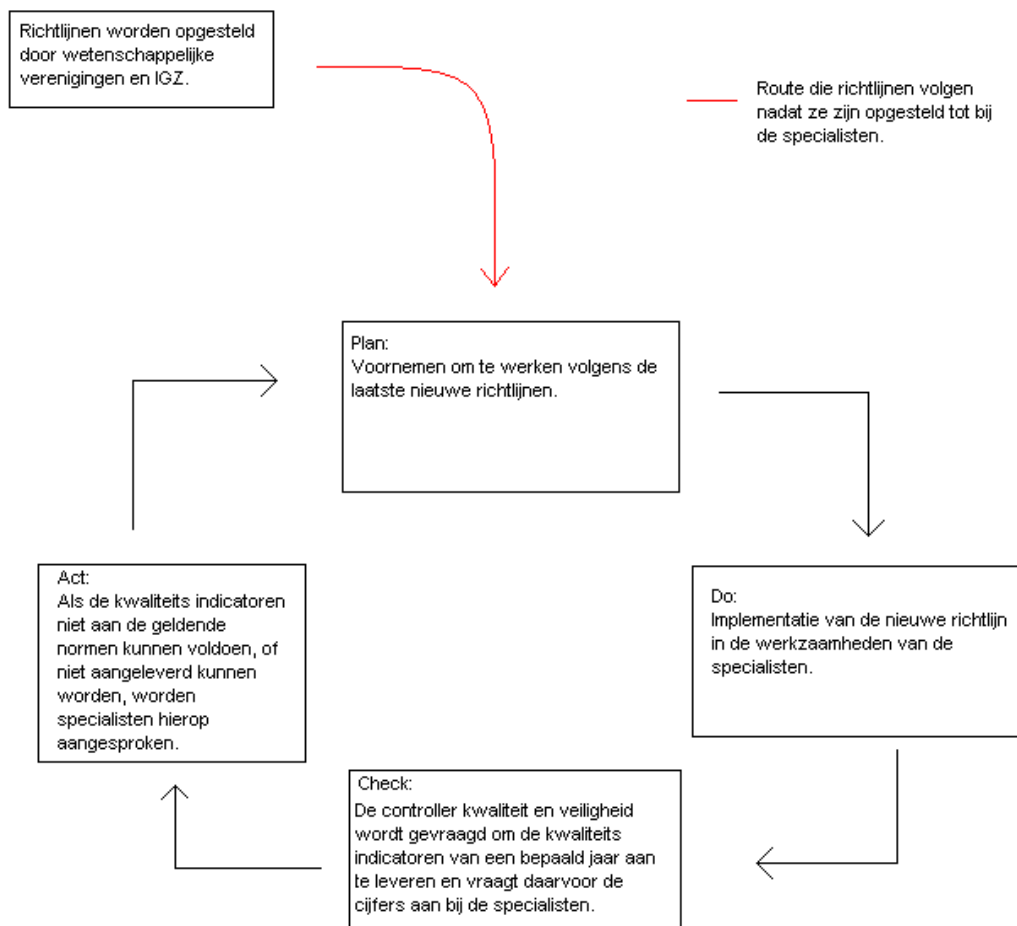
Na een omschrijving van de context volgt nu een beschrijving van de probleemstelling. Daarbij zal eerst in worden gegaan op het doel van het onderzoek welke tevens theoretisch onderbouwd wordt. Hierna volgt achtereenvolgens een omschrijving van het managementprobleem, het researchprobleem en de researchdoelen.

3.1 Doel van het onderzoek

In de probleemcontext kunnen twee punten als opvallend worden aangemerkt. Eén; specialisten zijn niet altijd op de hoogte van de nieuwste richtlijnen en kunnen deze in dat geval dus niet naleven en twee; er is op dit moment geen inzicht in de route die richtlijnen afleggen. Dit is gebleken uit ervaringen van de controller kwaliteit en veiligheid van VieCuri en uit het onderzoek van L. Blume.

Omdat er een bepaalde onwetendheid bestaat met betrekking tot deze twee punten, is een onderzoek wenselijk.

In onderstaande PCDA-cyclus is het proces van naleven van de geldende richtlijnen weergegeven. Het onderzoek dat zal worden uitgevoerd om helderheid te krijgen over bovengenoemde punten, kan gezien worden als de 'check'.



Figuur 1: PDCA- cyclus voor het naleven van richtlijnen (E. Dorssers, oktober 2014)

De check zoals die beschreven is in de PDCA cyclus is eigenlijk niet bedoeld als check voor het naleven van de richtlijnen. Bij deze 'onbedoelde' check zijn echter wel signalen opgevangen welke een gedegen check gewenst maken. Het gene wat voortvloeit uit deze

gedegen check is een advies voor de organisatie VieCuri hoe het onderdeel 'act' vormgegeven kan worden. Het moet een actie opleveren die de huidige gang van zaken verbeterd. Daarbij wordt het stukje 'do' onderzocht en het stukje 'route' dat vooraf gaat aan dit proces.

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is te zorgen dat specialisten wel steeds de laatste nieuwe richtlijnen naleven waardoor de kwaliteit van de door VieCuri geleverde zorg gewaarborgd is. De inzichten die ontstaan door het onderzoek kunnen leiden tot een advies over hoe de implementatie idealiter zou moeten verlopen en wat de organisatie kan bijdragen om dit implementatieproces te faciliteren zodat de richtlijnen wel worden nageleefd.

De specialistische afdelingen en de controller kwaliteit en veiligheid vormen samen de doelgroep van dit onderzoek. Zij zijn degene die het advies kunnen gebruiken om het proces van implementatie van richtlijnen te verbeteren.

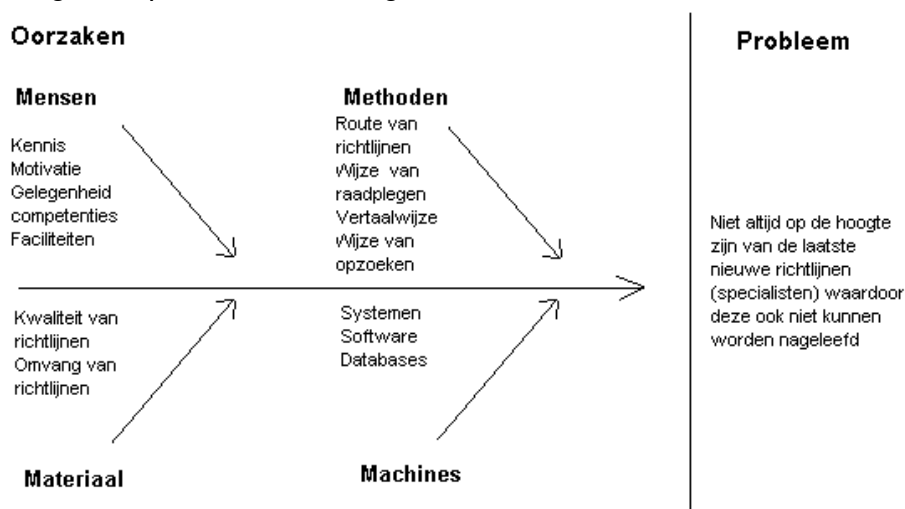
3.2 Managementprobleem

De controller kwaliteit en veiligheid van de organisatie is verantwoordelijk voor het monitoren van de compliance met het externe beleid dat omschreven is in normen, standaarden en medische richtlijnen. Medische specialisten zijn verantwoordelijk voor het implementeren van de laatste richtlijnen in hun werkzaamheden en handelingen zodat zij deze richtlijnen naleven. Zoals uit de ervaringen van de controller kwaliteit en veiligheid is gebleken, zijn specialisten niet altijd op de hoogte van de laatste nieuwe richtlijnen waardoor zij deze ook niet naleven. Gezien het feit dat dit wel verplicht is, is hier dus spraken van een probleem. Dit is enerzijds een probleem voor de specialisten en anderzijds voor de controller kwaliteit en veiligheid. Het managementprobleem luidt daarom als volgt:

De specialisten van VieCuri zijn niet altijd op de hoogte van de laatste nieuwe richtlijnen waardoor zij deze niet of niet volledig kunnen naleven.

3.3 Researchprobleem

Het bovenstaande managementprobleem kan vertaald worden naar een researchprobleem. Dit researchprobleem zal in dit rapport gelden als centrale vraagstelling. Met behulp van het visgraatdiagram zijn de mogelijke oorzaken van het managementprobleem in kaart gebracht.



Figuur 2: Visgraatdiagram (E. Dorssers, oktober 2014)

Het bovenstaande diagram bestaat uit vier categorieën oorzaken; mensen, methoden, materialen en machines. Onder het kopje 'mensen' wordt menselijk handelen gezien als de oorzaak van het probleem. In bovenstaand ingevuld visgraatdiagram is te zien dat specialisten zelf de veroorzaker kunnen zijn van het probleem dat ze niet of niet volledig de laatste nieuwe richtlijnen naleven.

Onder het kopje 'methoden' is de oorzaak 'route van richtlijnen' benoemd. Zoals in de PDCA cyclus is te zien gaat het hier om de logistiek van de richtlijnen, dus op welke manier richtlijnen bij de specialisten terecht komen.

Verder is te zien dat ook de richtlijnen zelf een aandeel kunnen hebben in het veroorzaken van het probleem bijvoorbeeld omdat ze veel te groot zijn in omvang om binnen een acceptabel tijdsbestek te kunnen lezen. Daarnaast zijn er nog de zogenaamde machines, zoals databases, die veroorzaker kunnen zijn.

In het visgraatdiagram zijn twee min of meer verschillende processen te ontdekken. Zo is er het logistieke proces, de route van richtlijnen, en het proces van implementatie waaronder alle andere mogelijke oorzaken vallen die in het visgraatdiagram zijn benoemd.

Deze twee verschillende processen zullen worden onderzocht als twee afzonderlijke researchproblemen. Een derde researchprobleem heeft betrekking op acties die de organisatie kan nemen om de compliance te bevorderen.

Het researchprobleem is dus driedelig en kan als volgt worden geformuleerd:

1. Welke route volgen richtlijnen zodat ze bij de betrokken specialisten van VieCuri terecht komen?
2. Wat wordt er vervolgens door de specialisten gedaan met de nieuwe richtlijnen om ze te implementeren in het medisch handelen?
3. Wat kan de organisatie VieCuri doen om de compliance van specialisten te bevorderen?

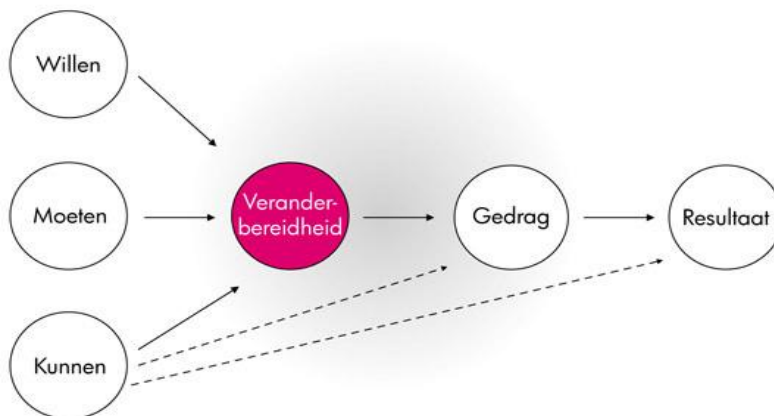
3.4 Researchdoelen

Het researchprobleem zal worden opgedeeld in zogenaamde researchdoelen of deelvragen. Deze researchdoelen vormen de input voor het onderzoek.

Zoals gezegd is het doel van het onderzoek om een verandering te weeg te brengen in de compliance van specialisten. Met behulp van de researchdoelen wordt de veranderbereidheid van specialisten in kaart gebracht. Dit gebeurt aan de hand van het verandermodel van Metselaar. (Metselaar, 2011)

In dit model worden drie aspecten van veranderbereidheid, willen, moeten en kunnen, in kaart gebracht waardoor duidelijk wordt hoe groot de veranderbereidheid is. De resultaten kunnen gebruikt worden om tot de beste veranderaanpak te komen.

Het verandermodel van Metselaar ziet er als volgt uit:



Figuur 3: Verandermodel Metselaar (Dinamo for change, 2014)

Met behulp van de researchdoelen zullen de aspecten, willen, moeten en kunnen worden getoetst bij de specialisten van VieCuri. Uiteindelijk kunnen deze resultaten worden gebruikt om te bepalen wat de organisatie VieCuri kan doen om de compliance te bevorderen.

1. Wat zeggen wet en regelgeving over het naleven en implementeren van richtlijnen?
2. Welke Nederlandse organen spelen een rol bij het naleven en implementeren van richtlijnen in de zorg, en welke rol is dat?
3. Op welke manier hebben andere ziekenhuizen het proces van implementatie van richtlijnen gereguleerd?
4. Hoe is het proces van implementatie van richtlijnen momenteel vormgegeven binnen VieCuri?
5. Welk belang hechten specialisten aan richtlijnen?
6. Hoe kijken specialisten aan tegen het gebruik van richtlijnen bij hun werkzaamheden?
7. Welke belemmeringen ondervinden specialisten van VieCuri bij de implementatie van nieuwe richtlijnen?
8. Welke faciliteiten hebben specialisten nodig om nieuwe richtlijnen goed te kunnen implementeren?
9. Wat is het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie (ist en soll)?
10. Wat kan de organisatie doen om dit verschil weg te nemen?
11. Kan de databank l'artis een rol spelen in het gewenste beleid?

Ter verduidelijking van de relatie tussen het visgraatdiagram, het verandermodel van Metselaar en de researchdoelen volgt nu een schema waarin de researchdoelen gekoppeld worden aan het bijbehorende onderdeel van de modellen.

Researchdoel:	Heeft betrekking op:
1. Wet en regelgeving	Moeten
2. Welke Nederlandse organen	Moeten
3. Andere ziekenhuizen	Methoden
4. Huidige vormgeving implementatieproces	Methoden en kunnen
5. Belang voor specialisten	Willen en mensen
6. Hoe kijken specialisten ertegenaan	Willen en mensen
7. Belemmeringen bij implementatie	Kunnen, mensen, machines en materiaal
8. Welke faciliteiten zijn er nodig	Kunnen, mensen, machines en materiaal
9. Verschil tussen ist en soll	Betrekking op alle aspecten
10. Wat kan de organisatie doen	Veranderbereidheid, moeten, willen en kunnen.
11. Kan l'artis nog een rol spelen	Kunnen en machines

Tabel 1: verband tussen researchdoelen en theoretische modellen (E.Dorssers, oktober 2014)

In de volgende hoofdstukken zal per researchdoel worden omschreven op welke manier dit onderzocht wordt en welke bronnen, theorieën en modellen hiervoor worden gebruikt.

4 Informatiebronnen

In de eerste paragraaf van hoofdstuk vier wordt benoemd welke secundaire bronnen gebruikt worden om de researchdoelen te onderzoeken. Secundaire bronnen zijn bronnen van reeds bestaande gegevens. Daarna wordt in de tweede paragraaf gesproken over de bronnen van primaire data. Primaire data zijn data die specifiek voor dit onderzoek zijn verzameld. Om deze bronnen te verzamelen wordt fieldresearch verricht.

4.1 Bronnen van secundaire data

Voordat wordt gestart met het eigenlijke onderzoek zal middels deskresearch de omgeving van VieCuri worden geanalyseerd. Dit gebeurt aan de hand van modellen zoals het DESTEP model, het ABCD model en het 7S model. De modellen en theorieën die gebruikt worden, zijn afkomstig uit literatuur.

De informatie die voort komt uit deze analyse zal worden verwerkt in een SWOT analyse. (Kleijn, 2012) Voor deze analyse zullen secundaire bronnen zoals het jaardocument van VieCuri gebruikt worden.

Verder zal voor de analyse van de context gebruik gemaakt worden van diverse rapporten van instanties zoals de Inspectie van de gezondheidszorg het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg en de Orde van medisch specialisten.

Niet alleen voor de omgevingsanalyse worden bestaande modellen en theorieën gebruikt. Ook voor het opstellen van het uiteindelijke advies zal gebruik worden gemaakt van de literatuur. Mintzberg heeft zeven organisatievormen benoemd, de professionele organisatie is er daar één van. (Van Dam, 2009) Deze organisatievorm wordt gekenmerkt door de veelal hoogopgeleide professionals die ingewikkelde werkzaamheden verrichten en is van toepassing op ziekenhuizen en dus op VieCuri. De professionals hebben een hoge mate van zelfstandigheid en de managers of bestuurders van de organisatie zijn zelf vaak niet in staat om de werkzaamheden te controleren of standaardiseren omdat het werk te ingewikkeld is. In de professionele organisatie is macht verbonden aan de hoeveelheid kennis en kunde die iemand bezit, dit is in tegenstelling tot de bureaucratische organisatie waar de macht verband houdt met de status en positie van iemand. Dit maakt leidinggeven in een professionele organisatie lastig. Een ander punt van aandacht bij het uitbrengen van een advies is het fenomeen dat het vernieuwen of veranderen van een proces in een professionele organisatie vaak op verzet stuit. (Bovens, 2012)

In het advies dat voortvloeit uit dit rapport zal verder rekening gehouden worden met de kleur van een eventueel veranderproces. De Caluwé en Vermaak introduceerden het kleurdruk denken. Deze theorie suggereert dat het woord veranderen vijf verschillende betekenissen kan hebben. Deze vijf betekenissen hebben een kleur gekregen. Zo is er het geeldruk denken, het blauwdruk denken, het rooddruk denken, het groendruk denken en het witdruk denken. Elke kleur heeft zijn eigen kenmerken waardoor elke kleur gekoppeld kan worden aan bepaalde diagnosemodellen en interventies. Bij het opstellen van het advies zal rekening gehouden worden met de kleur van de gewenste verandering. (de Caluwé, 2010)

Naast de bovenstaande theorieën zal bij het schrijven van dit rapport gebruik worden gemaakt van de modellen en theorieën uit het boek Verdraaide Organisatie. (Hart, 2013) Dit boek heeft als uitgangspunt dat organisaties excelleren als zij werken vanuit hun natuurlijke bedoeling en niet vanuit de gecreëerde systeemwereld. Het geeft handvaten voor het terugdringen van bureaucratie en het versterken van professionals in de organisatie.

4.2 Bronnen van primaire data

Voor dit onderzoek zullen een aantal specialisten van VieCuri als primaire bron worden geraadpleegd. Mogelijk zullen ook andere personen die betrokken zijn bij kwaliteitsmanagement worden geraadpleegd. Dit kunnen medewerkers zijn van VieCuri, maar ook externe mensen.

In het volgende hoofdstuk worden beschreven op welke manier de deskresearch en de fieldresearch zullen worden uitgevoerd.

5 Onderzoeksopzet

De researchdoelen zoals beschreven in paragraaf 3.4 zullen onderzocht worden aan de hand van deskresearch of fieldresearch. In het voorgaande hoofdstuk is al beschreven welke bronnen hiervoor gebruikt zullen worden. Nu zal beschreven worden op welke manier het onderzoek verricht zal worden.

5.1 Deskresearch

De researchdoelen die met behulp van deskresearch zullen worden onderzocht zijn;

- Wat zeggen wet en regelgeving over het naleven van richtlijnen?
- Welke Nederlandse organen spelen een rol bij het naleven van richtlijnen in de zorg en welke rol is dat?

Deze eerste twee researchdoelen geven een beeld van het aspect 'moeten' uit het verandermodel van Metselaar. De Nederlandse wet en regelgeving schrijft immers voor welke regels door ziekenhuizen moeten worden gevolgd bij het uitvoeren van hun taak als zorgverlener. De resultaten van de deskresearch zijn terug te vinden in paragraaf 7.2.

5.2 Fieldresearch

De researchdoelen die met behulp van fieldresearch zullen worden onderzocht zijn;

- Op welke manier hebben andere ziekenhuizen het proces van implementatie van richtlijnen gereguleerd?
- Hoe is het logistieke proces van implementatie van richtlijnen momenteel vormgegeven binnen VieCuri?
- Welk belang hechten specialisten aan richtlijnen?
- Hoe kijken specialisten aan tegen het gebruik van richtlijnen bij hun werkzaamheden?
- Welke belemmeringen ondervinden specialisten van VieCuri bij de implementatie van nieuwe richtlijnen?
- Welke faciliteiten hebben specialisten nodig om nieuwe richtlijnen goed te kunnen implementeren?
- Wat is het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie?
- Wat kan de organisatie doen om dit verschil weg te nemen?
- Kan de databank l'artis een rol spelen in het gewenste beleid?

De bovenstaande researchdoelen zullen elk op een bepaalde manier worden onderzocht. Ter verduidelijking zal in deze paragraaf per researchdoel worden beschreven hoe de onderzoeksopzet wordt vormgegeven.

Researchdoel 3: Op welke manier hebben andere ziekenhuizen het proces van implementatie van richtlijnen gereguleerd?

In het kader van kwaliteitsmanagement hebben een aantal medewerkers van VieCuri in het voorjaar van dit jaar een bezoek gebracht aan het Isala ziekenhuis in Zwolle. Hier is gekeken hoe dit ziekenhuis, met behulp van de Infoland tool Complianceofficer, te werk gaat. In een gesprek/interview met één van deze medewerkers zal een beeld worden verkregen hoe het Isala ziekenhuis het proces van implementatie van richtlijnen heeft gereguleerd.

Daarnaast zullen wellicht nog andere ziekenhuizen bezocht worden om researchdoel 3 te kunnen beantwoorden.

Researchdoel 4: Hoe is het logistieke proces van implementatie van richtlijnen momenteel vormgegeven binnen VieCuri?

Dit researchdoel zal worden onderzocht door middel van het voeren van half gestructureerde interviews met specialisten van VieCuri. Tijdens deze interviews zal een topiclijst de rode draad vormen en zal met behulp van doorvragen een beeld van de huidige gang van zaken op een afdeling worden verkregen. Uit de resultaten van dit researchdoel zal blijken of er eigenlijk wel echt een probleem is met betrekking tot het kennen en naleven van richtlijnen.

Researchdoel 5 Welk belang hechten specialisten aan richtlijnen?

Tijdens de interviews met de specialisten zal deze vraag gesteld worden. Hiermee wordt gezocht naar een antwoord op de vraag of specialisten gemotiveerd zijn om richtlijnen te gebruiken, of ze de wil hebben.

Researchdoel 6 Hoe kijken specialisten aan tegen het gebruik van richtlijnen bij hun werkzaamheden?

Net als researchdoel 5 wordt dit doel bevraagd in de interviews. De antwoorden op deze vraag zullen eveneens gebruikt worden om in kaart te brengen of specialisten de wil hebben om te werken volgens de laatste nieuwe richtlijnen.

Researchdoel 7: Welke belemmeringen ondervinden specialisten van VieCuri bij de implementatie van nieuwe richtlijnen?

In de interviews zal ook gevraagd worden naar de belemmeringen zodat dit researchdoel beantwoord kan worden.

Researchdoel 8: Welke faciliteiten hebben specialisten nodig om nieuwe richtlijnen goed te kunnen implementeren?

Tijdens de interviews met de specialisten zal worden getracht een beeld te krijgen van de motieven voor bepaald gedrag en welke weerstanden een rol spelen bij het implementatieproces. Tevens zal worden gevraagd welke faciliteiten specialisten nodig hebben om richtlijnen goed te kunnen implementeren. Dit kunnen tastbare en niet tastbare faciliteiten zijn. Hiermee wordt het aspect 'kunnen' van het verandermodel van Metselaar in kaart gebracht.

Researchdoel 9: Wat is het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie?

De gewenste situatie kan worden beschreven aan de hand van de deskresearch en door het ontstane beeld van het beleid in andere ziekenhuizen. De huidige situatie wordt in kaart gebracht door middel van interviews. Deze beide situaties kunnen vervolgens worden vergeleken met elkaar waardoor de verschillen zichtbaar worden.

Researchdoel 10: Wat kan de organisatie doen om dit verschil weg te nemen?

Het antwoord op researchdoel 8 geeft inzicht in wat specialisten zouden willen dat er gedaan wordt. Dit geeft al een beeld van wat de organisatie kan doen. Daarnaast zijn alle aspecten van het verandermodel van Metselaar in kaart gebracht waardoor er een beeld is ontstaan van de veranderbereidheid. Nu kan worden bekeken hoe groot deze veranderbereidheid is en welke acties de organisatie moet nemen om deze eventueel te vergroten.

Researchdoel 11 Kan de databank l'artis een rol spelen in het gewenste beleid?

De mogelijke rol van de databank l'artis zal worden onderzocht door in gesprek te gaan met een beleidsmedewerker van het Atrium MC Parkstad. Het initiatief voor de databank kwam van het Atrium.

5.3 Opzet van het onderzoek

Er is gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen aan de hand van interviews. Er had ook gekozen kunnen worden voor een kwantitatief onderzoek door het uitzetten van een enquête onder een grote groep specialisten, maar het vermoeden bestaat dat de respons hierop laag zal zijn. Bovendien is het juist interessant om erachter te komen welke visies en denkwijzen de specialisten hebben met betrekking tot het onderwerp implementatie van richtlijnen. De doelgroep van dit onderzoek is 'de specialisten van VieCuri' er worden dus ook geen uitspraken gedaan die van toepassing zijn op specialisten in het algemeen. Daarom is het niet noodzakelijk dat de resultaten representatief zijn of statistisch relevant. Verder zal een advies worden uitgebracht dat de afdeling kwaliteit en veiligheid van VieCuri kan gebruiken om de huidige gang van zaken te verbeteren.

Gezien het tijdsbestek van dit onderzoek is ervoor gekozen om een beperkte groep specialisten te bevragen. Deze specialisten hebben één kenmerk gemeen en dat is dat er binnen hun vakgroep een vernieuwde of verbeterde richtlijn is gepubliceerd binnen de afgelopen twee jaar. De richtlijn moet gepubliceerd zijn bij de Kwaliteitskoepel van medisch specialisten in de periode van 1-9-2012 tot 1-9-2014.

Er zullen zowel snijdende als beschouwende specialisten worden geïnterviewd. Het streven is om 10 tot 15 specialisten te interviewen. Hierbij zal worden gekeken naar de saturatie, de verzadiging, van de verkregen gegevens. Dit houdt in dat gestopt wordt met verzamelen van gegevens middels interviews op het moment dat er geen nieuwe informatie meer naar voren komt uit de interviews. Het is vooraf niet vast te stellen hoeveel interviews hiervoor precies nodig zijn.

Tijdens de interviews zal enerzijds gevraagd worden naar de implementatie van specifieke richtlijnen en anderzijds naar de algemene gang van zaken op de betreffende specialistische afdeling met betrekking tot de implementatie van richtlijnen.

6 Onderzoeksverantwoording

In het vorige hoofdstuk is besproken op welke manier dit onderzoek is opgezet. In dit hoofdstuk zal besproken worden hoe het feitelijke onderzoek uiteindelijk verlopen is. Hierbij zal bekeken worden of de opzet is gevolgd en of hierbij bijzonderheden zijn ontstaan.

6.1 Uitvoering

In november 2014 is gestart met het traject om specialisten te includeren in het onderzoek. Dit traject begon met het selecteren van richtlijnen uit de databank van de kwaliteitskoepel. Via de website van de kwaliteitskoepel werd gezocht naar richtlijnen die waren gepubliceerd tussen 1 september 2012 en 1 september 2014. Uit al deze richtlijnen werden vijftien richtlijnen geselecteerd en in een lijst opgenomen. (Zie bijlage 1) Hierbij werd rekening gehouden met de betrokken specialismen. Het doel was namelijk om richtlijnen van zoveel mogelijk verschillende (sub)specialismen te selecteren.

Aan de hand van de lijst met geselecteerde richtlijnen werden de betreffende poliklinieken van VieCuri bezocht. Het doel van deze bezoeken was om de meest geschikte manier te zoeken om in contact te komen met de specialisten.

Aan de hand van de bezoeken aan de poliklinieken is gestart met het leggen van contacten met specialisten. Naar aanleiding van deze bezoeken is via e-mail contact gemaakt met de specialisten. In sommige gevallen verliep dit mail contact via de teamleider van een polikliniek en in sommige gevallen via de specialisten zelf. Verder werd in sommige gevallen een complete vakgroep benaderd en in andere gevallen één specialist per vakgroep.

Het mail contact leverde het volgende op:

- Met twee van de vijftien benaderde specialisten is direct na het eerste mailcontact een afspraak gemaakt voor een interview.
- Bij één vakgroep werd direct na het eerste mailcontact aangegeven dat er op dit moment geen tijd was om een interview af te geven.
- Eén specialist van een andere vakgroep gaf persoonlijk aan wel mee te willen werken, maar hier geen tijd voor te hebben.
- Bij één vakgroep kwam het antwoord dat het verzoek doorgestuurd zou worden naar de voorzitter van de vakgroep. Deze voorzitter gaf aan geen heil te zien in interviews met meerdere vakgroepleden. In plaats daarvan werd één van de vakgroepleden naar voren geschoven om een interview af te geven.
- Bij twee vakgroepen kwam het antwoord dat het verzoek doorgespeeld zou worden naar de gehele vakgroep.
- Zes van de vijftien benaderden gaven geen antwoord op de eerste mail.

De zes benaderden die niet reageerde op de eerste mail werden een tweede keer gemaild. Deze tweede mailronde leverde het volgende op:

- Twee van deze benaderden gaven aan dat het verzoek was neergelegd bij één van de vakgroepleden.
- Eén van benaderden gaf aan dat één van de vakgroepleden bereid was om mee te werken. Deze specialist is vervolgens benaderd voor het maken van een afspraak voor een interview.
- De andere drie benaderden gaven ook op de tweede mail geen reactie.

6.2 Interviews

Naar aanleiding van de uitgezette vraag waren zeven specialisten bereid om mee te werken. De specialisten vertegenwoordigde zeven verschillende vakgroepen te weten; chirurgie, orthopedie, kindergeneeskunde, geriatrie, interne geneeskunde, neurologie en gynaecologie. De interviews hebben plaats gevonden in de periode van 4 december 2014 tot 14 januari 2015.

Alle specialisten werden afzonderlijk, gedurende ongeveer 30 minuten, geïnterviewd. Alle afgenomen interviews zijn schriftelijk vastgelegd. Sommige specialisten wilden het verslag van het interview terug lezen, anderen gaven aan alleen het eindrapport te willen lezen.

Een afspraak met de beleidsmedewerker van het Atrium om te praten over de databank l'artis werd via de mail gemaakt. VieCuri en dan voornamelijk de controller kwaliteit en veiligheid, had al contacten met deze beleidsmedewerker omdat het ziekenhuis heeft deelgenomen aan het onderzoek van L. Blume.

6.3 Wijzigingen in de deskresearch en fieldresearch

Gedurende het onderzoekstraject kwamen verschillende zaken naar voren die nadere toelichting vroegen. Deze verheldering werd gezocht in gesprekken met interne en externe personen.

Gedurende de deskresearch werd duidelijk dat de rol van bepaalde organisaties in het proces van naleven van richtlijnen, niet alleen middels deskresearch onderzocht kon worden. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) speelt een belangrijke rol in dit proces en om deze rol goed te kunnen omschrijven, werd contact gezocht met de verantwoordelijke beleidsmedewerker van de NIV. De resultaten van dit interview zijn terug te lezen in paragraaf 7.3.1.

Verder wezen signalen uit de interviews met specialisten richting het documentbeheerssysteem van VieCuri, Iprova. VieCuri is bezig met het opschonen van dit systeem. Gedurende het onderzoekstraject werd daarom besloten om ook met de hiervoor verantwoordelijke persoon te gaan praten. De uitkomst van dit gesprek is terug te lezen in paragraaf 7.3.4.

In paragraaf 5.2 werd gesproken over een gesprek over de Isala kliniek met een aantal medewerkers van VieCuri. Gedurende het onderzoek bleek dat de kennis die medewerkers van VieCuri hadden opgedaan in de kliniek in Zwolle, niet relevant was voor dit onderzoek. Om die reden komt deze informatie ook niet terug in dit rapport. Om toch een antwoord te kunnen geven op researchdoel drie, werd in het gesprek met de beleidsmedewerker van het Artium MC in Heerlen gesproken over de manier waarop dit ziekenhuis omgaat met de implementatie van richtlijnen.

7 Researchresultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de deskresearch en de fieldresearch besproken. Allereerst komt een beknopte versie van de omgevingsanalyse met daaruit vloeiend de SWOT analyse, aan bod. Daarna volgt de rest van de deskresearch. Als laatste komen de resultaten van de fieldresearch aan bod. Deze geven antwoord op de researchdoelen vier tot en met elf.

7.1 Omgevingsanalyse VieCuri

De externe en interne omgeving van VieCuri zijn uitgebreid geanalyseerd met behulp van de DESTEP methode, het ABCD model, het Vijfkrachtenmodel van Porter en het 7S model. (Zie bijlage 2) Deze analyse wordt hier samengevat en de strengths, weaknesses, opportunities en threats worden schematisch weergegeven in de SWOT analyse.

De externe omgeving van VieCuri bestaat uit de directe en indirecte externe omgeving. De indirecte omgeving wordt gekenmerkt door een vergrijzende bevolking. Naast vergrijzing is er sprake van ontgroening, waardoor de bevolking krimpt.

(Nationaalkompas, 2014) De vergrijzing heeft als gevolg dat de zorgvraag voor zorginstellingen ondanks de krimp toe neemt en dat chronische aandoeningen en ouderdomsaandoeningen steeds vaker zullen voorkomen waardoor de zorgvraag tevens verandert. ² Dit kan worden beschouwd als een kans voor VieCuri.

Op economisch gebied heeft vooral de economische crisis waarin Nederland de afgelopen jaren heeft gezeten, een grote rol gespeeld in de maatschappij. De Nederlandse overheid heeft gedurende de crisis fors moeten bezuinigen maar heeft ondanks dat de laatste jaren meer uitgegeven dan er binnen kwam. (Miljoenennota 2014, 2013) Een positief iets is dat het kabinet heeft aangekondigd de eerdere bezuinigingen in de zorg te verzachten door geld ter beschikking te stellen voor de transitie naar de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning.

Deze nieuwe wet gaat een deel van de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vervangen. Niet voor alle zorginstellingen hebben de wetswijzigingen gevolgen. De financiering van ziekenhuizen (curatieve zorg) loopt al via de Zorgverzekeringswet (Zvw), dit zal ook niet veranderen. (Boot, 2010)

Een ander kenmerk op sociaal-cultureel gebied dat gezien kan worden als een kans voor VieCuri is de hogere levensverwachting van mensen in de GGD regio Noord Limburg. Daartegenover staat wel dat Limburg een lage bevolkingsdichtheid heeft van de provincie. (Zorgatlas, 2014a)

Ook de levensstijl van mensen, rookgedrag en overgewicht, kan kansen creëren voor het ziekenhuis VieCuri. Ongeveer een kwart van de bevolking rookte in 2011 en ruim 40% van de bevolking had overgewicht. Beide leefgewoonten hebben invloed op de gezondheid en zorgbehoefte van mensen. (Gezondheid en zorg in cijfers, 2013)

Het gebruik van social media wordt door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) gezien als een kans om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Met behulp van sociale media kunnen artsen een groter netwerk opbouwen en kennis delen. Ook zou sociale media een manier kunnen zijn om contact te houden met patiënten zonder dat patiënten daadwerkelijk naar de arts toe hoeven te komen, of andersom. Uiteraard is het van belang dat de privacy van patiënten hierbij gewaarborgd blijft. (Steentjes, 2013)

² Raad van Bestuur VieCuri. (2013). *Meerjaren beleidskader 2014-2019 'Gewoon Beter'*. (Rapport). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

Een andere kans op technologisch gebied is het Elektronisch patiënten dossier (EPD). Dit is een hulpmiddel voor zorgverleners om te beschikken over medische gegevens van specifieke patiënten. Specialisten, huisartsen en apothekers kunnen gebruik maken van dit systeem.

Een ontwikkeling op technologisch gebied die minder gunstig is voor VieCuri en dus gezien kan worden als een bedreiging is de concentratie van complexe zorg als gevolg van de noodzaak van dure hightech medische apparatuur.³

Naast de kenmerken van de indirecte externe omgeving zijn er ook kenmerken van de directe externe omgeving van VieCuri die een kans of een bedreiging vormen.

De manier waarop de zorg in Nederland georganiseerd is, creëert deze kansen en bedreigingen. Een kans voor VieCuri is het feit dat patiënten, de afnemers, in zekere mate zelf mogen bepalen bij welk ziekenhuis zij zorg afnemen. VieCuri kan hierop inspelen door te streven naar optimale kwaliteit van de patiëntenzorg in al haar facetten. Een bedreiging die gevormd wordt door de organisatie van de zorg in Nederland is de macht van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen zelf bepalen bij wie zij de zorg inkopen. Zij kunnen macht uitoefenen door hun keuze te baseren op bijvoorbeeld kwaliteit van de geleverde zorg en prestaties van de zorginstellingen. (Boot, 2010)

De interne concurrentie op de markt van de curatieve zorg levert een bedreiging in de vorm van de ziekenhuizen die een zorggebied hebben dat overlapt met dat van VieCuri. Dit is het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer en het Laurentius ziekenhuis in Roermond. Als wordt gekeken naar de gecorrigeerde sterftcijfers (HSMR) die alle drie de ziekenhuizen hebben aangeleverd in 2014, dan kan gezegd worden dat VieCuri de beste papieren heeft. De HSMR geeft weer of er in een ziekenhuis meer of minder personen zijn gestorven dan verwacht. Een score > 100 betekent dat er meer sterftegevallen voorkwamen en een score <100 betekent dat er minder sterftegevallen voorkwamen dan verwacht. Hoewel deze cijfers niet gemakkelijk met elkaar vergeleken kunnen worden, geven ze wel een indicatie van de kwaliteit van ziekenhuizen. Het doel van de publicatie is een ziekenhuis te dwingen bewust bezig te zijn met kwaliteit verbetering. (Zorgkaart Nederland, 2014)

De analyse van de interne omgeving van VieCuri heeft sterkten en zwakten van de organisatie opgeleverd. De organisatie is geanalyseerd aan de hand van het 7S model. Een van de 7S-en is de S van strategy. De strategie van VieCuri is vormgegeven in speerpunten welke weer zijn geconcretiseerd in strategische doelen. De vier speerpunten zijn gebaseerd op de missie en visie van VieCuri. De missie en visie zoals VieCuri deze omschrijft bestaat in feite uit drie missies en drie visies, welke in drie paren bij elkaar horen. Dit maakt dat het voor medewerkers van VieCuri lastig zal zijn om de missie en visie te reproduceren. In de derde missie en visie wordt gesproken over de kernwaarden 'Verstand van zaken, gevoel voor mensen'. Vervolgens wordt deze kernwaarden ontrafeld tot vier kernwaarden; verantwoordelijk, samen, vraaggericht en zin. Naar de externe omgeving worden deze kernwaarden weer gecommuniceerd als 'Gewoon Beter'. Het schept verwarring dat de kernwaarden niet op één manier worden omschreven, maar op drie verschillende manieren. De vier kernwaarden, verantwoordelijk, samen, vraaggericht en zin, worden overigens wel duidelijk en kernachtig omschreven in het Meerjaren Beleidskader 2014-2019 en zijn ook makkelijk toe te passen door medewerkers van VieCuri.²

Tijdens de jaargesprekken met medewerkers van VieCuri wordt het functioneren van de medewerker geëvalueerd met behulp van de vier kernwaarden. Op deze manier wordt het uitdragen van de kernwaarden door medewerkers, gestimuleerd. De kernwaarden vormen tevens een omschrijving van de gewenste bedrijfscultuur.

³ Raad van Bestuur VieCuri. (2013). *Meerjaren beleidskader 2014-2019 'Gewoon Beter'*. (Rapport). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

De organisatiestructuur van VieCuri werd in 2012 aangepast aan de nieuwe besturingsfilosofie. Daarbij lag de focus op de onderstaande doelstellingen;

- *“Organisatie van de zorgprocessen rondom de patiënt;*
- *Creëren van regelruimte voor professionals;*
- *Versterken van de rol en inbreng van de Medische Staf in geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.” (VieCuri, 2014)*

De organisatie is nu platter geworden en de directe (operationele) leidinggevende van een team is de meewerkend teamleider. Deze staat dicht bij de werkvloer en vormt de link tussen OE-manager en de werkvloer.

De werkzaamheden die bij VieCuri worden uitgevoerd, zijn veelal gebaseerd op richtlijnen en protocollen. Dit geldt niet alleen voor specialisten maar ook voor bijvoorbeeld verpleegkundige, analist, fysiotherapeut of verloskundige. Het systeem waarin de protocollen worden verzameld, beheerd en aangeboden, is Iprova. Via het intranet van VieCuri kunnen medewerkers terecht in Iprova.

Een ander systeem dat onlangs gebruik is genomen is het Elektronisch patiënten dossier (EPD). Dit is een hulpmiddel voor zorgverleners om te beschikken over medische gegevens van specifieke patiënten. Op 7 november 2014, ging het EPD ‘live’ bij VieCuri.

Uit de bovenstaande omgevingsanalyse kunnen sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen worden gefilterd. Deze zijn in onderstaande tabel weergegeven.

	Positief	Negatief
Intern	Sterkten	Zwakten
	○ Duidelijk omschreven kernwaarden; ○ Uitdragen kernwaarden wordt gestimuleerd; ○ Eenvoudige, platte organisatiestructuur; ○ Implementatie EPD; ○ Meewerkend teamleider staat dicht bij de werkvloer.	○ Missie, visie, strategie en kernwaarden lopen te zeer in elkaar over en geven geen eenduidig beeld van wat de organisatie nu eigenlijk wil.
Extern	Kansen	Bedreigingen
	○ Vergrijzing Limburgse bevolking; ○ Hogere levensverwachting GGD regio Noord Limburg; ○ Ongezonde leefstijl, roken en overgewicht; ○ Gebruik Social Media in de zorg; ○ EPD. ○ Keuzevrijheid van patiënten	○ Lage bevolkingsdichtheid Noord Limburg; ○ Daling geboortecijfer en krimpende bevolking; ○ Concentratie complexe zorg door dure high tech apparatuur; ○ Macht van de zorgverzekeraars; ○ Concurrentie van Maasziekenhuis Pantein in Noordelijkste deel zorggebied VieCuri en van Laurentius ziekenhuis Roermond in zuidelijkste deel zorggebied VieCuri.

Tabel 2: SWOT analyse VieCuri (E. Dorssers, oktober 2014)

7.2 Deskresearch

Met behulp van deskresearch, door het verzamelen van reeds bestaande data, zal nu een antwoord worden gegeven op de eerste twee researchdoelen:

1. Wat zeggen wet en regelgeving over het naleven van richtlijnen?
2. Welke Nederlandse organen spelen een rol bij het naleven van richtlijnen in de zorg en welke rol is dat?

7.2.1 Wet en regelgeving in de Nederlandse gezondheidszorg

In deze paragraaf zal de wet en regelgeving die van toepassing is op het gebruik van richtlijnen in de gezondheidszorg worden geanalyseerd. Hierbij zal eerst kort worden ingegaan op wet en regelgeving in algemene zin.

De wet is naast het verdrag, de jurisprudentie en de gewoonte een rechtsbron. Rechtsbronnen zijn verzamelingen van geschreven en ongeschreven regels. Hierin is het 'recht' terug te vinden. Het recht heeft vier functies, de normatieve functie, de geschiloplossende functie, de additionele functie en de instrumentele functie. De normatieve functie van recht bepaalt welke gedragingen in de maatschappij strafbaar zijn. Dit is gebaseerd op gedragsregels die volgens grote delen van de samenleving moeten worden nageleefd. Een voorbeeld van zo'n gedragsregel is; moorden mag niet. De geschiloplossende functie van het recht houdt in dat een rechterlijke organisatie bepaalt wanneer iemand strafbaar is of gestraft moet worden en op welke manier. De additionele functie van recht betekent dat het recht regels omschrijft die van toepassing zijn als partijen over bepaalde zaken geen afspraken gemaakt hebben. Zijn die afspraken wel gemaakt, dan gelden de rechtsregels niet. Denk bijvoorbeeld aan afspraken bij een koopovereenkomst. De instrumentele functie van recht heeft als doel knopen door te hakken en te bepalen hoe dingen worden gedaan in Nederland. Een voorbeeld hiervan is het verkeersrecht. (Loonstra, 2009)

Naast een onderscheid in functie, kan er een onderscheid in rechtsgebieden gemaakt worden. Allereerst is recht in te delen in Europees/internationaal recht en in nationaal recht. Het nationaal recht kan ingedeeld worden in privaatrecht en publiek recht. Bij privaatrecht is er sprake van recht dat geldt tussen burgers onderling. Bij publiekrecht is sprake van recht dat geldt tussen de overheid en de burger. Er zijn rechtsgebieden die raakvlakken hebben met zowel publiekrecht als privaatrecht. Het recht dat specifiek betrekking heeft op de gezondheidszorg, heeft kenmerken van privaatrecht en publiekrecht. Het tuchtrecht is een vorm van strafrecht (publiekrecht) in de gezondheidszorg. Terwijl de relatie tussen patiënt en zorgverlener (privaatrecht) wordt beschreven in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) welke is opgenomen in het onder privaatrecht vallende burgerlijk wetboek. (Loonstra, 2009)

De wetten die de gezondheidszorg in Nederland regelen hebben voornamelijk een instrumentele functie. Bij wet wordt geregeld wie in Nederland zorg mag verlenen en aan welke regels en eisen hierbij moet worden voldaan. Hiervoor zijn verschillende wetten opgenomen in het Nederlandse recht.

De wetten die de Nederlandse gezondheidszorg regelen hebben betrekking op vier gebieden. (CNV, 2011)

- Kwaliteit van Zorg
- Ethiek
- Planning van gezondheidszorg
- Toegang tot voorzieningen van de gezondheidszorg

Het researchdoel dat middels deze deskresearch wordt uitgewerkt heeft vooral betrekking op de kwaliteit van zorg. De andere drie gebieden zullen daarom verder buiten beschouwing worden gelaten.

Kwaliteit van zorg wordt bevorderd middels kwaliteitswetgeving. De IGZ is de overheidsinstantie die toezicht houdt op de handhaving van de wetgeving. Er zijn een aantal wetten die de kwaliteit van zorg regelen of waarborgen. Twee daarvan zijn de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Wet Big heeft betrekking op de zorg die rechtstreeks geleverd wordt door een zorgverlener aan een persoon. De Kwaliteitswet zorginstelling heeft, zoals de naam al doet vermoeden, betrekking op instellingen die zorg verlenen.

De Wet Big is allereerst bedoeld om te voorkomen dat mensen die niet of onvoldoende geschoold zijn en dus niet bevoegd en bekwaam zijn, een bepaald beroep aannemen. (Tand)artsen, verloskundigen, apothekers, psychotherapeuten gezondheidszorgpsychologen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen moeten een Bigregistratie hebben om hun beroep te mogen uitvoeren en een van deze titels te voeren. Deze beroepen hebben namelijk titelbescherming. Om een registratie te krijgen en te behouden is een succesvol afgeronde opleiding, relevant werk en regelmatige bijscholing nodig. Deze zogenaamde artikel 3 beroepen vallen onder het tuchtrecht. BIG geregistreerde personen die de zorg niet zorgvuldig verlenen kunnen door het tuchtcollege 'gestraft' worden. Er zijn vier strafcategorieën, van licht naar zwaar; waarschuwing, berisping, geldboete en tijdelijk of definitief schrappen uit het BIG register. (Boot, 2010)

Naast de titelbescherming regelt de Wet BIG de voorbehouden handelingen. Voorbehouden handelingen zijn handelingen van medische aard die alleen mogen worden uitgevoerd door door de wet aangewezen BIG geregistreerde personen. In artikel 36 Wet BIG staat benoemd welke handelingen voorbehouden zijn en welke personen deze handelingen mogen uitvoeren. Een voorbeeld van een uitsluitend aan een arts voorbehouden handeling is het uitvoeren van een sectio Caesarea, oftewel een keizersnede. In artikel 40 lid 1 van de Wet BIG staat benoemd dat de BIG geregistreerde zorgverleners verantwoorde zorg moeten leveren. (Wet BIG, 2014)

In de Kwaliteitswet zorginstellingen staat ook iets dergelijks beschreven. Alleen heeft deze wet betrekking op zorginstellingen. Onder zorginstelling wordt verstaan; "organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg". (Kwaliteitswet zorginstellingen, 2014) Zorgaanbieders, niet alleen individueel zoals omschreven in de Wet BIG, maar ook vanuit een instelling, zijn verplicht om verantwoorde zorg te leveren. Verantwoorde zorg wordt in artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen omschreven als; "zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt". (Kwaliteitswet zorginstellingen, 2014). In lid 2 van artikel 2 staat dat het handelen van de zorgverleners is gebaseerd op de '*voor hen geldende zogenaamde professionele standaard.*'

Het Zorginstituut Nederland beheert het openbare register waarin professionele standaarden en meetinstrumenten zijn opgenomen. Dit is terug te vinden in artikel 66b van de Zorgverzekeringswet. De professionele standaard beschrijft een zorgproces. Cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk of de Adviescommissie Kwaliteit kunnen voordragen dat een professionele standaard of meetinstrument wordt opgenomen in het openbare register.

Verder staat in de algemene bepalingen, artikel 1z, van de Zorgverzekeringswet benoemd dat richtlijnen een onderdeel zijn van de professionele standaard. (Zorgverzekeringswet, 2014) Hier komt het woord richtlijn dus letterlijk voor.

Een voorbeeld van een professionele standaard is de zorgstandaard COPD. In deze zorgstandaard COPD wordt beschreven wat de norm voor goede zorg is met betrekking tot de behandeling van mensen met COPD. Deze norm is gebaseerd op richtlijnen en

wetgeving en heeft niet alleen betrekking op de inhoud van zorg, maar ook op het proces van het leveren van zorg. (Long Alliantie Nederland, 2013)

De zorgstandaard lijkt heel erg op de richtlijn. Een richtlijn is volgens van Everdingen;

“een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen” (van Everdingen, 2004)

Zowel de zorgstandaard als de richtlijn hebben als doel het bevorderen van optimale zorg ofwel het verbeteren van de kwaliteit van zorg ofwel het behalen van een bepaald niveau van kwaliteit.

In de wet staat dus niet specifiek benoemd dat zorgverleners zich moeten houden aan richtlijnen bij het verlenen van zorg. De orde van medisch specialisten zegt hierover dat richtlijnen geen “dwingende voorschriften” zijn maar aanbevelingen voor kwalitatief optimale zorg waarbij rekening gehouden moet worden met de individuele patiënt. Indien goed gedocumenteerd en onderbouwd in het patiëntendossier, mag de arts afwijken van een richtlijn. (Orde van Medisch Specialisten, 2012)

Naast ‘verantwoorde zorg’ schrijft de Kwaliteitswet zorginstellingen voor dat zorginstellingen bewust beleid moeten voeren. Hiermee wordt bedoeld dat zorginstellingen bewust moeten werken aan het leveren van verantwoorde zorg. De punten waar de zorginstellingen vooral beleid voor moeten maken zijn; personeel en materiaal, verdeling van taken en verantwoordelijkheden en geestelijke verzorging. Ook zegt de kwaliteitswet dat zorginstellingen een kwaliteitssysteem moeten hebben waarmee de kwaliteit van zorg wordt bewaakt en dat een zorginstelling elk jaar een kwaliteitsjaarverslag moeten publiceren. (Boot, 2010)

Het toezicht op de Nederlandse zorginstelling is een taak voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ is een bestuursorgaan en er is in dit verband dus spraken van publiekrecht waarbij de IGZ optreedt als overheid. De IGZ is een onderdeel van de centrale overheid omdat het onderdeel is van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en wordt gefinancierd met overheidsgelden. De IGZ is bevoegd tot bestuurlijke handhaving. Dit houdt in dat het toezichtorgaan in bepaalde gevallen een bestuurlijke boete of een last onder dwangsom kan opleggen. (Jaarbeeld IGZ 2013, 2013) Een bestuurlijke boete is de verplichting tot het betalen van een geldbedrag en heeft een straffend karakter. Een last onder dwangsom heeft een herstellend karakter waarbij de overtreding ongedaan moet worden gemaakt anders volgt de verplichting tot betalen van een geldboete. (Verschut, 2012) In de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (WUBHV) staat benoemd bij overtreding van welke specifieke wetten de IGZ een bestuurlijke boete mag opleggen. (IGZ, 2014b) Naast de bestuurlijke boete en de last onder dwangsom zijn er nog andere bestuursrechtelijke maatregelen die de IGZ kan toepassen; (IGZ, 2014c)

- Het bevel: De IGZ kan een zorginstelling of een individuele zorgverlener bevelen iets te doen of laten. Bijvoorbeeld het niet langer aanbieden van bepaalde zorg of uitvoeren van bepaalde medische handelingen.
- De aanwijzing: De minster van VWS kan een dwingende maatregel opleggen aan zorginstellingen op advies van de IGZ. Dit houdt in dat de zorginstelling bijvoorbeeld opgelegd wordt veranderingen in de praktijkvoering door te voeren voordat er weer zorg verleend mag worden. Het gaat bijvoorbeeld om het ordenen van patiëntendossiers of het opkrikken van het opleidingsniveau van medewerkers.
- Last onder dwangsom

- Bestuurlijke boete
- Voordracht aan College Medisch Toezicht (CMT): Individuele zorgverleners die volgens de IGZ niet (meer) geschikt zijn om hun vak uit te oefenen vanwege ziekte, verslaving of persoonlijke gebreken, kunnen worden voorgedragen aan het CMT. De zorgverleners moeten wel geregistreerd zijn in het BIG register. Het CMT beoordeelt of een zorgverlener geschikt is tot het uitoefenen van het beroep en kan de inschrijving in het BIG register dus zo nodig doorhalen. (Joeloemsingh, 2003)

Deze sancties, of maatregelen worden alleen toegepast als er spraken is van ernstig risico voor patiënten of cliënten.

Naast de bestuursrechtelijke maatregelen kan de IGZ tuchtrechtelijke- of strafrechtelijke maatregelen nemen tegen individuele BIG geregistreerde beroepsbeoefenaars. De tuchtrechter spreekt zich uit over een zaak als er spraken is van “ernstig normoverschrijdend gedrag”. (IGZ, 2014d) De tuchtrechter kan één van de hierboven genoemde maatregelen opleggen.

Als een individuele beroepsbeoefenaar een strafrechtelijke norm overschrijdt, kan de IGZ een zogenaamd opsporingsonderzoek instellen of aangifte doen bij het Openbaar Ministerie (OM). Het OM bepaalt of de strafrechtelijke vervolging van een zorgverlener gegrond is. (IGZ, 2014e)

Jurisprudentie

Begin 2014 heeft de rechtbank in Almelo uitspraak gedaan in het strafrechtelijk proces tegen de voormalig neuroloog ‘Jansen Steur’ van Medisch Spectrum Twente. Dit is één van de bekendste medische strafzaken in Nederland. De rechter veroordeelde Jansen Steur tot drie jaar onvoorwaardelijke gevangenisstraf. Zowel de advocaat van Jansen Steur als het OM is in hoger beroep gegaan tegen de uitspraak. (NOS, 2014)

In het verslag van het proces tegen Jansen Steur wordt door zowel aanklager (OM) en rechter meerdere malen gerefereerd naar het gebruik van richtlijnen door specialisten bij het stellen van een diagnose. Jansen Steur wordt onder anderen verweten dat hij bij verschillende patiënten een verkeerde diagnoses heeft gesteld op basis van onvolledige diagnostiek. De neuroloog heeft bij het stellen van die diagnoses de geldende richtlijnen compleet genegeerd. Daarnaast heeft hij nog tal van andere misstappen begaan, waardoor hij uiteindelijk strafbaar gesteld is. Het lijkt er dus op dat het gebruik van richtlijnen door specialisten weliswaar niet dwingend is, maar dat het opzettelijk negeren van geldende richtlijnen zonder gedocumenteerde motivatie en met ernstige gevolgen voor de patiënt, uiteindelijk wel verwijtbaar kan zijn. (Rechtspraak, 2014)

Afhankelijk van de situatie en de ernst van de gevolgen, volgen er wel of niet maatregelen tegen de betreffende zorgverlener.

Naast een strafzaak, is er een tuchtzaak aangespannen tegen Jansen Steur. Eind 2013 heeft de tuchtrechter besloten dat Jansen Steur nooit meer mag werken als arts. De tuchtrechter heeft hier dus de zwaarste tuchtrechtelijke maatregel genomen, namelijk doorhaling van de inschrijving in het BIG register of in dit geval ontzegging van het recht om (wederom) in het BIG register te worden ingeschreven. (Tuchtrecht, 2014)

Samenvattend kan gezegd worden dat de wet voorschrijft dat zorgverleners en zorginstellingen verantwoorde zorg moeten leveren die voldoet aan de professionele standaard. Het gebruik van richtlijnen door zorgverleners is niet verplicht, maar het negeren van richtlijnen kan in bepaalde situaties wel verwijtbaar zijn. De IGZ houdt als bestuursorgaan toezicht op de zorg in Nederland. Als blijkt dat een zorginstelling of individuele zorgverlener geen verantwoorde zorg levert, dan kunnen er bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregelen volgen.

7.2.2 Nederlandse organen

In deze paragraaf zal blijken welke Nederlandse organen een rol spelen in het naleven van richtlijnen door specialisten. Deze rol kan direct of indirect zijn. Vaak zal het gaan om een indirecte rol omdat de zorginstelling, en niet zo zeer de individuele zorgverlener, gecontroleerd en getoetst wordt op de kwaliteit van zorg.

In de vorige paragraaf is al een publiek orgaan aan bod gekomen dat een rol speelt in het toezicht op zorgverleners en zorginstellingen, namelijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ speelt een indirecte rol in het naleven van richtlijnen door specialisten. De werkzaamheden van zorginstellingen worden door de IGZ getoetst aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en aan vastgestelde normen.

Zoals hierboven al beschreven is, staat in de Kwaliteitswet zorginstellingen benoemd dat de zorg die wordt verleend verantwoord moet zijn, ofwel van goed niveau en afgestemd op de patiënt maar ook doelmatig en doeltreffend. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk om in elke situatie te besluiten welke zorg doelmatig en doeltreffend is. Richtlijnen zijn hierbij een hulpmiddel en dragen dus bij aan verantwoorde zorg. Door toezicht te houden op de zorginstelling en of deze wel verantwoorde zorg levert, wordt indirect ook bekeken of de specialisten van die zorginstelling bezig zijn met verantwoorde zorg door onder andere de richtlijnen in acht te nemen.

Naast de IGZ zijn er nog andere publieke organen die een rol spelen bij het naleven van richtlijnen door specialisten.

Het Kwaliteitsinstituut is een onderdeel van Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut Nederland is belast met een aantal taken die vooral te maken hebben met de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Tot de taken horen onder anderen het vaststellen van de inhoud van het basispakket van de zorgverzekering, beheer van de fondsen van de Zvw en AWBZ en het uitvoeren van regelingen voor bijzondere groepen zoals onverzekerde vreemdelingen of mensen die om religieuze of culturele redenen geen zorgverzekering willen hebben. Daarnaast heeft het Zorginstituut een kwaliteitsverbeterende taak welke wordt uitgevoerd door een onderdeel van het Zorginstituut, het Kwaliteitsinstituut. Er zijn drie manieren waarop het Kwaliteitsinstituut bezig is met het stimuleren van kwaliteitsverbetering. Als eerste is er aandacht voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten door het werkveld. Daarnaast is er aandacht voor de toepassing van die standaarden en als laatste verzameld het Kwaliteitsinstituut gegevens die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken zowel voor degene die zorg nodig hebben als voor de toezichthouder. Dit wordt gedaan aan de hand van het uitvragen van kwaliteitsindicatoren. (Zorginstituut Nederland, 2014a) Tot 2013 was dit de taak van het programmabureau Zichtbare Zorg. (Zichtbare Zorg ziekenhuizen, 2013)

Niet alleen door het publiceren van cijfers over de kwaliteit van zorg, maar ook door middel van andere activiteiten, wordt de zorg 'zichtbaar' gemaakt door het Kwaliteitsinstituut.

Het houdt zich bijvoorbeeld ook bezig met het maken van een kwaliteitsbibliotheek waarin allerlei richtlijnen en zorgstandaarden openbaar worden gemaakt. Theoretisch gezien zou een patiënt de kwaliteitsbibliotheek kunnen raadplegen om te bepalen welke zorg gezien wordt als de 'standaard zorg'. Met deze informatie kan de patiënt een keuze maken welke zorginstelling of specialist minimaal deze 'standaard zorg' kan leveren.

Ook kan de patiënt de ingevulde kwaliteitsindicatoren gebruiken om een keuze te maken voor een bepaalde zorgverlener. Dit maakt dat het Kwaliteitsinstituut ook een indirecte rol heeft in het naleven van richtlijnen door specialisten omdat de openbare gegevens een indruk kunnen geven van de kwaliteit van geleverde zorg. (Zorginstituut Nederland, 2014b)

Zoals in de probleemcontext al beschreven is, houdt de IGZ zich net als het Kwaliteitsinstituut bezig met het verzamelen van gegevens van Ziekenhuizen om de basisset indicatoren in te kunnen vullen. De basisset indicatoren van de IGZ en de

kwaliteitsindicatoren van het Kwaliteitsinstituut lijken op elkaar maar zijn niet gelijk en hebben bovendien een ander doel. Het doel van de IGZ is toezicht houden door te toetsen welke onderwerpen in ziekenhuizen meer aandacht nodig hebben. Het doel van het Kwaliteitsinstituut is puur informatief. De informatie waar beide instanties naar op zoek zijn, is bovendien niet gelijk aan elkaar. Het IGZ is op zoek naar verantwoordingsinformatie en het Kwaliteitsinstituut is op zoek naar keuze informatie.

In 2009 werd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Regieraad Kwaliteit van Zorg benoemd. Deze raad kreeg als taak om de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen aan te sturen en meer structuur aan te brengen in deze processen. De minister constateerde dat er op dit terrein winst te behalen viel waardoor veiligheid en doelmatigheid van de zorg voor patiënten zou kunnen verbeteren. De regieraad voerde een knelpuntenanalyse uit waarna een prioriteitenlijst werd ontwikkeld met aandachtspunten met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen. Hierna werd door de Regieraad de Richtlijn voor Richtlijnen opgesteld. Dit is een rapport waarin stap voor stap staat beschreven op welke manier een goede, bruikbare richtlijn tot stand zou moeten komen. De Regieraad heeft hierbij gebruik gemaakt van een internationaal gevalideerd meetinstrument, het AGREE instrument. De kwaliteit van richtlijnen wordt met dit instrument gemeten. Het doel van de Richtlijn voor Richtlijnen is een uniform beleid te maken voor de ontwikkeling van landelijke richtlijnen. De Regieraad wil verder bereiken dat de gebruikers en ontwikkelaars van richtlijnen samenwerken om re richtlijnen up to date te houden door na ontwikkeling en implementatie de richtlijn te evalueren, waar nodig herzien en onderhouden. Inmiddels is de Richtlijn voor Richtlijnen ook herzien. De laatste versie werd in 2012 gepubliceerd. (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012)

Een ander kwaliteitsinstituut ter bevordering van de kwaliteit van zorg in Nederland, is het CBO. CBO bv is sinds 2010 een onderdeel van TNO. CBO staat voor centraal begeleidingsorgaan. Hieruit blijkt al deels wat het doel is van het CBO, het begeleiden van de zorgsector. Middels “toetsings-, innovatie-, begeleidings- en scholingstrajecten” worden professionals in de zorg aangespoord en geïnspireerd tot verbeteren. (CBO, 2015) Een van de thema's waar het CBO zich mee bezig houdt is evidence based werken, oftewel werken volgens de geldende richtlijnen. Ook biedt het CBO ondersteuning in het maken van richtlijnen. Alle richtlijnen die in samenwerking met het CBO ontwikkeld zijn, zijn terug te vinden op de website www.diliguide.nl. (CBO, 2015)

Naast overheidsinstanties zoals de IGZ en het Kwaliteitsinstituut speelt het werkveld zelf ook een rol in het naleven van richtlijnen. De verschillende specialismen die in Nederlandse ziekenhuizen specifieke zorg verlenen worden landelijk vertegenwoordigd door vakverenigingen. Voorbeelden hiervan zijn; de Nederlandse vereniging voor obstetrie en gynaecologie (NVOG), de Nederlandse internisten vereniging (NIV), de Nederlandse vereniging voor cardiologie (NVVC), de Nederlandse vereniging voor neurologie (NVN), etc. Deze vakverenigingen houden zich onder andere bezig met onderwijs en nascholing, wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsbevordering. In het kader van kwaliteitsbevordering houden vakverenigingen zich bezig met het ontwikkelen, verspreiden en implementeren van richtlijnen. Deze richtlijnen worden opgesteld aan de hand van wetenschappelijk onderzoek. De implementatie van richtlijnen wordt door sommige vakverenigingen gestimuleerd door bijvoorbeeld een handreiking te publiceren. Een voorbeeld hiervan is de internisten vereniging. Deze heeft een handreiking opgesteld voor het implementeren van richtlijn en publiceert deze op de website van de NIV. In deze handreiking staat onder andere beschreven op welke manier de implementatie gecoördineerd kan worden, op welke manier internisten actief bezig kunnen zijn met implementatie van richtlijnen en op welke manier hierover gerapporteerd kan worden. (NIV, 2014)

In een interview met mevrouw J van de NIV, is onder andere gesproken over deze handreiking. Dit interview zal aan bod komen in paragraaf 7.3.1.

7.3 Fieldresearch

Het doel van de fieldresearch is inzicht te krijgen in bepaalde zaken waardoor antwoord gegeven kan worden op de researchdoelen. De primaire data die hiervoor nodig zijn, zijn verzameld middels interviews met verschillende partijen. De uitkomsten van deze interviews worden hier weergegeven, geanalyseerd en geïnterpreteerd. Waarbij steeds rekening gehouden wordt met de researchdoelen.

7.3.1 Nederlandse Internisten Vereniging

Gecensureerd

7.3.2 Specialisten van VieCuri

De specialisten die geïnterviewd zijn, vertegenwoordigen zeven van de zevenentwintig specialistische vakgroepen (aantal is op basis van organogram VieCuri, zie bijlag 2). Het betreft de volgende vakgroepen; chirurgie, orthopedie, kindergeneeskunde, gynaecologie, neurologie, geriatrie en interne geneeskunde. Dit zijn een aantal vakgroepen uit het cluster Snijdend, moeder en kind en een aantal vakgroepen uit het cluster Beschouwend. De volgende specialisten zijn geïnterviewd; dr K(chirurg), dr de B (orthooped), dr. van H (kinderarts), prof. dr. van den B (internist-endocrinoloog), dr van G (gynaecoloog), dr. C (geriater) en dr. K (neuroloog).

De uitspraken die de geïnterviewde specialisten hebben gedaan, zijn verdeeld in zeven groepen te weten; route, belang, implementatie, belemmeringen, welke faciliteiten zijn nodig, wat kan de organisatie doen en l'artis. Dit laatste onderwerp komt in paragraaf 7.3.3. aan bod.

In paragraaf 3.1 werd het doel van dit onderzoek besproken. Aan de hand van de PCDA-cyclus is het proces van naleven van de geldende richtlijnen weergegeven. In het schema was te zien dat voorafgaand aan de Plan, Do, Check en Act een extra fase was toegevoegd. Dit was de fase waarin richtlijnen worden opgesteld. Via een bepaalde route komen de richtlijnen vervolgens bij de specialisten. Tijdens de interviews is gevraagd hoe deze route verloopt en welk belang specialisten hechten aan het werken volgens richtlijnen. Dit is het onderdeel 'Route' voorafgaand aan de PDCA-cyclus en het onderdeel 'Plan'. Ook is gevraagd wat er vervolgens met de nieuwe richtlijnen gebeurt en op welke manier deze worden geïmplementeerd in de werkzaamheden. Dit is het onderdeel 'Do' van de PDCA-cyclus. Het verloop van dit proces zal nu in chronologische volgorde besproken worden.

Route

Alle specialisten waarmee gesproken is, geven aan dat de beroepsvereniging een sleutelrol heeft in het publiceren van richtlijnen. Ook geven alle zeven specialisten aan dat zij via de beroepsvereniging in contact komen met richtlijnen, dit gebeurt in alle gevallen via de website van de beroepsvereniging. Ook geven de beroepsverenigingen in alle zeven gevallen eerst een conceptversie van een nieuwe richtlijn uit waarop de leden commentaar kunnen geven. Na een bepaalde periode wordt de definitieve richtlijn gepubliceerd. Deze eerste fase verloopt bij alle zeven de specialisten dus globaal hetzelfde. De verschillen zitten vooral in de manier waarop beroepsverenigingen met hun leden communiceren. Bij de vakgroep Geriatrie van VieCuri verschijnt een email met de mededeling dat er een concept versie van een nieuwe richtlijn is uitgebracht. Vervolgens komt na een tijdje een bericht dat de definitieve versie van een richtlijn is gepubliceerd. De beroepsvereniging van de vakgroep Orthopedie, de Nederlandse Orthopedische

Vereniging (NOV), verzendt elke week een mailing met concept richtlijnen. Daarnaast organiseert de NOV ook congressen waar wetenschappelijk onderzoek en richtlijnen aan de orde komen. Dr. de B, orthopeed, geeft aan dat de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) een stemronde houdt tijdens een ledenvergadering om te bepalen of een nieuwe richtlijn wordt aangenomen. Naast de NOV gebruikt dr. de B ook de databank van de Kwaliteitskoepel als bron voor richtlijnen.

De vakgroep Chirurgie krijgt via de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) een seintje als er een concept richtlijn is gepubliceerd op de website van de beroepsvereniging. De chirurgen moeten zelf initiatief tonen om deze concepten in te zien. Ook wordt tijdens congressen en bijscholing aandacht besteed aan nieuwe richtlijnen. Daarnaast heeft dr. K zelf een applicatie op zijn telefoon als hulpmiddel om richtlijnen te raadplegen. Hierdoor blijft hij gemakkelijk op de hoogte van ontwikkelingen. Een nadeel van deze applicatie is dat deze geen melding geeft op het moment dat er een nieuwe richtlijn is gepubliceerd.

De vakgroep Neurologie krijgt haar richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Neurologie (NVN). Via de post krijgen de neurologen een conceptrichtlijn. Als de richtlijn definitief is, wordt deze gepubliceerd op de website van de NVN.

Ook voor de internisten van VieCuri geldt dat de richtlijnen van de beroepsvereniging richtinggevend zijn voor de dagelijkse praktijk. Maar daarnaast worden ook richtlijnen van andere makers gebruikt. In het geval van behandelingen met antibiotica wordt bijvoorbeeld frequent gebruik gemaakt van de richtlijnen van SWAB (Stichting Werkgroep Antibiotica

Beleid). Met betrekking tot de aandoening diabetes, wordt naast internationale richtlijnen (zoals de ADA guidelines) ook gebruik gemaakt van de NHG richtlijnen (huisartsen richtlijnen) omdat op dit gebied veel wordt samengewerkt met de eerste lijn.

Verder wordt in de polikliniek veel gebruik gemaakt van de CBO richtlijnen. Voor al deze richtlijnen geldt dat ze worden geraadpleegd via de website van de makers van de richtlijnen.

De maatschap Gynaecologie is lid van de NVOG en krijgt haar richtlijnen via deze beroepsvereniging. Na de commentaarronde publiceert de NVOG de definitieve richtlijn. Hierover krijgen gynaecologen geen seintje. Ze zijn dus wel op de hoogte dat er gewerkt wordt aan een richtlijn, maar moeten zelf in de gaten houden wanneer de definitieve richtlijn gepubliceerd wordt.

De kinderartsen kunnen tot zes weken na het verschijnen van de conceptrichtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) commentaar geven. De definitieve richtlijn wordt vervolgens gepubliceerd op de website van de NVK.

Belang

Na de fase van in contact komen met de richtlijnen volgt de Plan fase. Er bestaat wel of niet een bepaald voornemen om iets te doen met de richtlijnen.

Tijdens de interviews met de specialisten is gebleken dat alle zeven specialisten zich bewust zijn van het belang van richtlijnen. De specialisten probeerden dit op verschillende manieren te ondersteunen. Dr. C (Geriatr) noemt voorbeelden van richtlijnen die onlangs zijn geïmplementeerd. Het gaat om de richtlijnen 'Dementie diagnostiek en behandeling' en de richtlijn 'Delier volwassenen en ouderen'.

Dr. K (Chirurg) geeft aan dat de vakgroep Chirurgie zelf gestart is met een onderzoek naar de toepassing van de richtlijn Appendicitis binnen VieCuri. Hieruit blijkt dat de vakgroep Chirurgie actief bezig is met de inhoud en toepassing van medische richtlijnen en zich bewust is van het belang van richtlijnen. De houding van specialisten met betrekking tot de implementatie van richtlijnen verschilt echter wel per specialist, aldus dr. K. De ene specialist heeft een actievere houding dan de andere specialist.

Neuroloog dr. K is zich bewust van het belang van richtlijnen en probeert zich zoveel mogelijk te houden aan de richtlijn. Hij geeft aan dat de richtlijnen er niet voor niets zijn,

maar dat ze niet dwingend zijn, maar mogelijkheden aangeven waarvan ook afgeweken kan worden als dit beter is voor de patiënt. Dit moet wel zoveel mogelijk gemotiveerd worden volgens dr. K.

De vakgroep Interne geneeskunde heeft als een van de kerntaken het opleiden van toekomstige artsen, dit kunnen coassistenten zijn of arts-assistenten in opleiding tot specialist. Dit maakt volgens prof. dr. van den B dat het voor de internisten een must is om op de hoogte te zijn van de laatste richtlijnen.

Volgens gynaecoloog dr. van G is de wil om protocolair te werken en de zaken rond richtlijnen en protocollen op orde te hebben aanwezig binnen de vakgroep. Dr. van G geeft aan dat de gynaecologen veel belang hechten aan de NVOG richtlijnen.

Implementatie

Nu duidelijk is dat specialisten belang hechten aan het werken volgens de geldende richtlijn, kan omschreven worden op welke manier vakgroepen de nieuwe richtlijnen daadwerkelijk implementeren in de werkzaamheden.

Bij de vakgroep Geriatrie worden nieuwe richtlijnen besproken tijdens wekelijks overleg. Hierbij wordt aandacht besteed aan de punten die geïmplementeerd moeten worden in de werkwijze van de geriater. Daarbij wordt zoveel mogelijk één lijn getrokken in de werkwijze van de verschillende geriater. Omdat de vakgroep bestaat uit een klein aantal van vier geriater wordt dit streven volgens dr. C wel gehaald. Als wordt afgeweken van de richtlijn, wordt dit beargumenteerd in de status van de patiënt. De behandeling van patiënten wordt niet structureel geëvalueerd. Er wordt dus niet achteraf bekeken of volgens de geldende richtlijn is gewerkt.

Binnen de vakgroep Orthopedie worden nieuwe richtlijnen eveneens besproken tijdens vakgroeptoverleg. Sommige richtlijnen worden gepresenteerd door specialist of arts assistent.

Behalve deze werkwijze zijn er binnen de vakgroep geen afspraken gemaakt over hoe om te gaan met nieuwe richtlijnen. Dr. de B geeft aan dat dit wellicht meer gestructureerd kan worden. Bijvoorbeeld door maandelijks of tweewekelijks aandacht te besteden aan het onderwerp nieuwe richtlijnen. Of een richtlijn succesvol is geïmplementeerd, wordt beoordeeld door de NOV. Is dit niet het geval, dan wordt door de NOV geadviseerd om betreffende medische handeling niet meer uit te voeren. Over het afwijken van richtlijnen zegt dr. de B dat dit in principe gemotiveerd en gedocumenteerd wordt maar dat hij niet zeker weet of dit ook altijd gebeurt.

Binnen de vakgroep Chirurgie zijn geen afspraken gemaakt met betrekking tot de implementatie van de richtlijnen. Wel worden richtlijnen besproken tijdens overleg en worden de richtlijnen gepresenteerd aan de assistenten (artsen wel/niet in opleiding). Op het moment dat wordt afgeweken van de richtlijn, wordt dit gemotiveerd en gedocumenteerd. Wat betreft zijn eigen vakgroep is dr. K tevreden over de manier waarop wordt om gegaan met nieuwe richtlijnen en de implementatie en het toepassen hiervan. Richtlijnen die veel gebruikt worden in de praktijk, worden altijd plenair besproken binnen de vakgroep Neurologie. Sommige landelijke richtlijnen worden in een protocol gegoten. Dr. K is onlangs zelf verantwoordelijk geweest voor het opstellen van het protocol 'Status epilepticus' naar aanleiding van het uitkomen van de vernieuwde landelijke richtlijn Epilepsie.

Alvorens het protocol definitief werd ingevoerd, is het eerst door de collega neurologen van dr. K beoordeeld. Het protocol 'Status epilepticus' wordt niet alleen door de neurologen gebruikt, maar ook door de spoed eisende hulp (SEH) en door de intensive care (IC). Naar deze vakgroepen is gecommuniceerd dat er een nieuw protocol is opgesteld. Dr. K geeft aan dat met deze afdelingen nog niet geëvalueerd is of het protocol ook daadwerkelijk geïmplementeerd is, maar dat dit misschien wel een goed idee is om nog te gaan doen. De NVN vereist protocollen die aansluiten bij de geldende richtlijnen. Tijdens de visitatie wordt door de NVN gecontroleerd of de geldende richtlijnen worden toegepast en aansluiten bij de protocollen. Omdat dr. K ervaring heeft met het werken in een epilepsie centrum weet hij ook welke derdelijns medicatie toegepast kan worden. Als

het nodig is, doet hij dit ook bij zijn huidige patiënten. Deze derdelijns middelen worden vaak nog niet benoemd in richtlijnen. Het kan wel zo zijn dat deze middelen over een aantal jaren wel in de richtlijn staan. Dr. K kijkt dus wel eens af van de geldende richtlijn. Hij doet dit echter alleen als hij dit kan motiveren.

De vakgroep Interne geneeskunde van VieCuri heeft een heel andere manier gevonden om de richtlijnen daadwerkelijk te implementeren in de dagelijkse praktijk. Als eerste worden nieuwe richtlijnen besproken in een van de wekelijkse vakgroep bijeenkomsten, de zogenaamde journalclubs of tijdens refereer bijeenkomsten. De internisten hebben allemaal hun eigen vakgebied (subspecialisme) en de implementatie van een richtlijn met betrekking tot een bepaald subspecialisme is dan ook de verantwoordelijkheid van de internist met het betreffende subspecialisme. Deze internist moet er bijvoorbeeld voor zorgen dat in Iprova, het documentbeheersysteem van VieCuri, de juiste protocollen en werkinstructies conform de landelijke richtlijnen, terug te vinden zijn. Of er ook daadwerkelijk gewerkt wordt volgens de richtlijn, wordt gecheckt tijdens evaluatie van de behandeling van een patiënt. Hierbij wordt gekeken of de richtlijn gevolgd is. Als er wordt afgeweken van de richtlijn wordt veelal wel gedocumenteerd dat dit is gebeurd, maar wordt niet altijd een motivatie gegeven.

Dr. van den B geeft verder aan dat binnen de vakgroep interne geneeskunde men vanaf de zomer 2014 tot eind 2014 bezig is geweest met het op een aantal plaatsen inbouwen van de richtlijnen in het elektronisch patiënten dossier (EPD). Bepaalde aspecten van richtlijnen worden overgenomen als format in het EPD waardoor er altijd volgens de richtlijn gewerkt wordt. Een voorbeeld van deze werkwijze is dat bepaalde risicofactoren, zoals benoemd in een richtlijn, worden overgenomen in het EPD zodat kan worden ingevuld of deze van toepassing zijn op een specifieke patiënt. Het voordeel van deze manier van werken is dat cijfers over bepaalde aandoeningen en behandelingen ook makkelijk voor handen zijn. Een prestatie indicator (PI) kan op deze manier eenvoudig aangeleverd worden. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg zichtbaar en meetbaar. Het nadeel is dat bij veranderingen in de richtlijn ook de inhoud van het EPD moet worden aangepast. Aangezien er veel verschillende richtlijnen zijn die allemaal om de twee à drie jaar aangepast worden, vergt dit behoorlijk wat werk.

De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) geeft op haar website een aantal handvatten voor de implementatie van richtlijnen. De internisten van VieCuri gebruiken sommige van deze handvatten wel en sommige niet in de praktijk. Het acute boekje wordt veel gebruikt door de artsen in opleiding en in acute situaties. De e-learning modules van de NIV worden wel gebruikt, maar niet met als doel om richtlijnen te implementeren, eerder om punten te behalen voor de accreditatie.

Bij de vakgroep Gynaecologie vormt een aantal gynaecologen een 'protocollenclubje'. Tot hun taak behoort het omzetten van de landelijke richtlijn in een plaatselijk protocol. Omdat de landelijke richtlijnen vaak groot zijn, worden ze niet altijd omgezet in een protocol. Vooral verloskundige richtlijnen moeten wel omgezet worden, omdat veel verschillende professionals binnen de afdeling hiermee moeten werken. Verder wordt door de protocollenclub bekeken of bestaande protocollen moeten worden aangepast. Op deze manier worden richtlijnen geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk van de vakgroep. Dr. van G merkt op dat het niet altijd duidelijk is of de richtlijn al is omgezet in een protocol en dus op papier staat. Verder ontbreekt het tempo in het omzetten van richtlijnen. Het evalueren van de geleverde zorg en of dit volgens de geldende richtlijn heeft plaatsgevonden, vindt vooral plaats in de verloskunde en minder op het gebied van gynaecologie. Dit is volgens dr. van G vooral te wijten aan het feit dat in de verloskunde veel meer professionals bezig zijn met één patiënt, bovendien vindt hier dagelijks een overdrachtsmoment plaats. Gynaecologische patiënten worden veelal op de polikliniek gezien en hebben daardoor vaker alleen met de verantwoordelijke gynaecoloog te maken. Met betrekking tot gynaecologie is het dus lastiger om te evalueren of een richtlijn is gevolgd.

De kinderartsen van VieCuri nemen veel landelijke richtlijnen in zijn geheel over. Een deel wordt genuanceerd naar lokale setting en vervolgens in een VieCuri jasje gegoten. Welke landelijke richtlijnen in zijn geheel over genomen worden en welke niet is een bewuste keuze. In veel gevallen hoeft het wiel niet opnieuw uitgevonden te worden, aldus dr. van H. In de gevallen dat er nuances worden aangebracht gaat het vaak om richtlijnen waarbij andere disciplines betrokken zijn en waarbij binnen VieCuri bepaalde specifieke afspraken zijn gemaakt. Dit zijn bijvoorbeeld afspraken met de SEH welke onderzoeken per definitie moeten worden uitgevoerd als een kind zich meldt op de SEH. Of protocollen die ook van toepassing zijn op een ander specialisme zoals het protocol eczeem bij kinderen. Als een huisarts ervoor kiest om een kind met eczeem naar de dermatoloog te verwijzen, moet deze hetzelfde doen als dat de kinderarts zou doen in hetzelfde geval. Deze multidisciplinaire richtlijnen worden altijd onder de aandacht gebracht van de betreffende andere discipline.

De vakgroep kindergeneeskunde heeft de implementatie gestructureerd door de groep specialisten te verdelen in drie subgroepen te weten; neonatologie, kinderafdeling en polikliniek. Deze drie subgroepen hebben elk een vaste beheerder welke verantwoordelijk is voor het maken en reviseren van protocollen. Dit reviseren gebeurt om de twee à drie jaar. De beheerder is tevens contactpersoon voor andere disciplines zoals verpleegkundigen en SEH. De protocollen worden in samenwerking met een arts in opleiding gemaakt.

Maandelijks vindt een protocollen bespreking plaats waarin protocollen die aandacht nodig hebben, besproken worden. Als een protocol is gewijzigd, wordt de conceptversie altijd eerst besproken in de vakgroep. Eventueel commentaar wordt verwerkt totdat elke kinderarts instemt. In principe wordt de implementatie van een richtlijn niet geëvalueerd. In de manier van behandelen kan worden teruggezien of de protocollen worden gevolgd. Als een kinderarts consequent anders werkt, zal deze daarop aangesproken worden. In het geval dat wordt afgeweken van een richtlijn of protocol wordt dit besproken in overleg, bovendien wordt dit in het patiëntendossier vermeld.

Belemmeringen

De belemmeringen die de specialisten ondervinden lopen uit een, maar op één punt zijn de specialisten het eens. Het documentbeheersysteem van VieCuri, Iprova, werkt volgens de geïnterviewden niet naar behoren. De specialisten zeggen hier het volgende over. Dr. de B kan vaak niet vinden wat hij zoekt, terwijl de zoektermen die hij gebruikt heel gangbaar zouden moeten zijn. Volgens prof. dr. van den B vormt het huidige Iprova een obstakel in het implementeren van richtlijnen omdat de zoekfunctie van Iprova niet naar behoren werkt waardoor het moeilijk is om het juiste document te vinden. Dr. van G zegt eveneens dat er moeite wordt ondervonden met het vinden van de protocollen op Iprova. Naast Iprova wordt in de vakgroep Gynaecologie ook nog gebruik gemaakt van papieren protocollenmappen. Deze worden goed bijgehouden zodat ze up to date blijven, aldus dr. van G.

Wat betreft Iprova, zijn de kinderartsen ook niet tevreden over de zoekfunctie. Deze laat te wensen over, aldus dr. van H. De kinderartsen proberen dit te ondervangen door ieder bestand volgens dezelfde wijze te benoemen. Bijvoorbeeld de protocollen voor de subgroep neonatologie beginnen met Neonatologie en de protocollen voor de kinderafdeling met B3.

Naast de belemmeringen met betrekking tot Iprova, worden ook nog andere obstakels genoemd. Dr. de B ondervindt bij de implementatie van een nieuwe richtlijn het afwennen van gewoonten een obstakel. Dit maakt dat de specialist bewust bezig moet zijn met de verandering. Dit is volgens dr. de B soms lastig. Verder noemt hij het gebrek aan tijd als obstakel. Ook dr. K noemt dit laatste als een obstakel.

Dr. van G noemt het gebrek aan structuur in het proces van omzetten van een richtlijn in een protocol en de communicatie met andere professionals die ook met de richtlijnen en protocollen moeten werken, als obstakel. Naast de gynaecologen zelf moeten de

verpleegkundigen en de verloskundigen en andere medewerkers op de afdeling namelijk ook werken met de protocollen. Naar deze professionals moet dus gecommuniceerd worden als er wijzigingen hebben plaats gevonden. Als dit niet gebeurt, wordt het nieuwe protocol niet optimaal geïmplementeerd.

Dr. K en prof. dr. van den B geven aan dat bij multidisciplinair werken soms opvalt dat andere disciplines niet volgens de geldende richtlijn werken. Volgens prof. dr. van den B wordt dit dan geconstateerd door in opleiding zijnde artsen die merken dat richtlijnen die bepaalde overlap hebben tussen interne geneeskunde en een ander specialisme niet worden nageleefd door het andere specialisme. Dit zijn dan vaak de afdelingen waar geen opleidingsplaatsen zijn en waar men dus ook niet zo bewust bezig is met het naleven van richtlijnen als bij de afdelingen waar wel opleidingsplaatsen zijn, zoals interne geneeskunde.

Faciliteiten

Over de faciliteiten die specialisten nodig hebben, zijn de geïnterviewden kort en bondig. Vrijwel alle specialisten geven aan dat een goed werkend documentbeheersysteem uitkomst zou bieden. Zoals onder het kopje 'Belemmeringen' besproken is, lopen specialisten hier regelmatig tegen problemen aan omdat ze niet kunnen vinden wat ze zoeken.

Verder geven een paar specialisten aan het implementeren van richtlijnen in hun vrije tijd te moeten doen. Een voorbeeld hiervan is het schrijven van protocollen naar aanleiding van een nieuwe richtlijn, dit gebeurt nu dus in eigen tijd. Ook ontbreekt de tijd om een richtlijn van A tot Z te lezen. Specialisten hebben dus meer tijd nodig om optimaal bezig te kunnen zijn met de implementatie van richtlijnen.

Organisatie

De organisatie kan volgens de geïnterviewde specialisten op verschillende manieren een bijdrage leveren in het proces van implementatie van richtlijnen.

Als eerste is het aan VieCuri om te zorgen dat het documentbeheersysteem Iprova wel goed gaat functioneren en voornamelijk dat de zoekfunctie ook het juiste resultaat oplevert.

Volgens prof. dr. van den B zou dit een portal moeten zijn waarbij door alle specialisten per aandoening gezocht kan worden. In dit portal wordt verwezen naar de bron van de geldende richtlijnen (middels een link) zodat de portal zelf niet steeds geüpdate hoeft te worden wanneer een richtlijn is aangepast. Voordeel van zo'n systeem is ook dat verschillende vakgroepen voor dezelfde problematiek dezelfde richtlijn kunnen gebruiken. De richtlijn 'Gecompliceerde urineweginfectie' van de SWAB, die betrekking heeft op zowel het werk van de internist als van de uroloog, is een voorbeeld van een richtlijn die aangewezen kan worden als leidend voor beide vakgroepen.

Ook dr. van G pleit voor het gebruik van uniforme protocollen waar dit mogelijk is. Dr. K geeft daarbij nog aan dat de organisatie misschien kan ondersteunen bij het implementeren van ziekenhuisbrede protocollen, maar dat dit voor vakspecifieke richtlijnen de taak van de vakgroepen zelf is.

Zoals onder het kopje 'Route' benoemd is gebruikt dr. K een applicatie op zijn telefoon om richtlijnen in te zien. Wat hij hierbij mist is dat de applicatie een melding afgeeft als er een nieuwe richtlijn wordt toegevoegd. Wellicht kan de organisatie ook een soort applicatie voor smartphones maken waarbij wel een dergelijke melding wordt afgegeven. Dr. K zegt hier over dat het uiteindelijk wel aan de specialist is of deze bereikt wordt op deze manier. Specialisten die geen smartphone hebben en geen affiniteit hebben met computers zullen op een andere manier bereikt moeten worden.

Ook met betrekking tot het EPD zijn er ideeën over een bijdrage die de organisatie kan leveren. Volgens prof. dr. van den B zou het ideaal zijn als ook vanuit het EPD een link naar de betreffende richtlijn gemaakt zou kunnen worden en als ook andere vakgroepen de richtlijnen verankeren in het EPD, zoals de vakgroep interne geneeskunde dat al heeft gedaan. Ook hierin zou de organisatie kunnen ondersteunen.

Een bijdrage van heel andere orde is volgens dr. vanG dat de organisatie wellicht tips kan geven met betrekking tot de praktische kant van het implementeren van richtlijnen, bijvoorbeeld met betrekking tot communicatie naar professionals die ook met de richtlijnen moeten werken.

In hoofdstuk acht zullen conclusies getrokken worden uit de bovenstaande analyse van de resultaten naar aanleiding van de interviews. In de volgende paragraaf zal eerst nog worden ingegaan op de mogelijke rol van de databank l'artis. Ook zal worden ingezoomd op het documentbeheersysteem van VieCuri, Iprova. Hiervoor is gesproken met adviseur kwaliteit en veiligheid L. Zij is op dit moment binnen VieCuri bezig met een project waarbij Iprova wordt opgeschoond.

7.3.3 Databank l'artis

De richtlijnen databank l'artis welke een initiatief is van het Atrium Medisch Centrum Parkstad, heeft als doel de grote hoeveelheid aan externe richtlijnen te rangschikken naar prioriteit. De reden van rangschikken is dat richtlijnen in sommige gevallen tegenstrijdig kunnen zijn. De richtlijnen waarbij een associatie bestaat met ernstige risico's hebben prioriteit boven andere richtlijnen.⁴ Zoals omschreven in de probleemcontext heeft VieCuri deelgenomen aan een Delphi studie waarin het nut van l'artis voor andere ziekenhuizen werd onderzocht.

Na het plaatsvinden van de Delphi studie zijn bij de deelnemende ziekenhuizen experts en beheerders aangewezen welke het beheer van de databank op zich zullen nemen zodra deze in gebruik wordt genomen.

De beheerders kregen een training om kennis te maken met l'artis.

De beheerdertraining liet onder andere zien hoe l'artis gebruikt kan worden. Er wordt een compleet nieuwe applicatie ontworpen voor de databank. In deze applicatie kan met behulp van bepaalde zoektermen gezocht worden naar een externe richtlijn. Alle, op het moment van de training, 1500 externe eisen komen in zijn geheel in de databank. Er wordt dus niet verwezen naar de bron van de richtlijnen. De actief deelnemende ziekenhuizen krijgen aandachtsgebieden toegewezen. De aangewezen beheerders van de ziekenhuizen krijgen de taak om dat deel van de databank te beheren dat tot de aandachtsgebieden van het ziekenhuis behoort. Alle beheerders kunnen echter in alle aandachtsgebieden externe richtlijnen toevoegen aan de databank. De gebruikers van de databank kunnen alleen inzien en raadplegen via de applicatie.⁵

De twee personen die vanuit VieCuri werden aangewezen als beheerder kwamen terug van de training met een lijst kritische punten. Tijdens de training bleek namelijk dat het systeem nog in ontwikkeling was waardoor er nog veel onduidelijkheden bestonden over hoe het systeem er uiteindelijk uit zou komen te zien en zou functioneren. Daarnaast bleek dat de gebruiksvriendelijkheid nog wat te wensen over liet en dat er voor het documentbeheer meer tijd gevraagd werd dan oorspronkelijk de bedoeling was. Ook was er een kritische noot over het kunnen toevoegen van eisen in alle aandachtsgebieden. De kritische punten bij elkaar opgeteld maakten dat VieCuri na de beheerdertraining ging twijfelen over eventuele deelname.⁶

Om een beter beeld te krijgen van l'artis, werd gesproken met verantwoordelijke beleidsmedewerkers R van het Atrium in Heerlen.

⁴ Blume, L.H.K. van Weert, N.J.H.W. & Delnoij, D. (2014) *Optimal use of external demands in hospitals – a Delphi study from the Netherlands*.

⁵ Blume, L. (2014) *Samenwerking Richtlijncontrol*. Powerpoint presentatie van beleidsmedewerker Atrium Medisch Centrum Parkstad, Louise Blume.

⁶ Tullemans, G (2014) *Kritische punten m.b.t. l'artis richtlijnen database*. Brief van controller kwaliteit en veiligheid VieCuri, Gon Tullemans.

In 2010 kreeg het Atrium van de inspectie de mededeling dat niet werd voldaan aan de richtlijn voor luchtbehandeling. Deze richtlijn werd eerder niet als verplicht beschouwd. Daarnaast speelde het niet toepassen van hygiëne richtlijnen een rol. De IGZ overwoog om alle operatiekamers te sluiten. Het gevolg hiervan was dat medische ingrepen gedurende vier maanden elders moesten worden uitgevoerd en dat wachtlijsten opliepen. Een semi-permanent operatiecomplex werd in gebruik genomen om ruimte te creëren. Het niet voldoen aan de richtlijnen heeft dus gezorgd voor grote ongemakken voor zorgverleners, het ziekenhuis als onderneming (onder andere door hoge kosten) en voor de zorg in de regio. Deze ervaring was een stimulans voor het Atrium om alle richtlijnen en regels inzichtelijk te maken. Dit resulteerde in de databank l'artis.

L'artis biedt dus een zo compleet mogelijk overzicht van externe eisen (onder andere wet- en regelgeving, normen en richtlijnen) met betrekking tot alle bedrijfsprocessen in een ziekenhuis. Het doel van l'artis is dus het ordenen van deze externe eisen zodat duidelijk is voor een ziekenhuis waar zij aan moet voldoen. De richtlijnen hebben niet alleen betrekking op de zorgprocessen, cure en care, maar ook op HR gebied, bouw en andere aandachtsgebieden.

Het verschil met andere Nederlandse databanken is dat deze geen volledig overzicht bieden van alle Nederlandse eisen. Voor één onderwerp moeten verschillende bronnen doorzocht worden. In l'artis zijn nu (Januari 2015) ongeveer 2000 eisen toegevoegd. Een dergelijk overzicht, aangeboden door één centraal orgaan in Nederland, zou van meerwaarde zijn voor alle Nederlandse ziekenhuizen. Dit overzicht bestaat tot op heden niet, daarom heeft het Atrium ervoor gekozen om zelf een databank te maken.

In l'artis zijn alleen eisen, gesteld door externe instanties terug te vinden. De protocollen van het Atrium worden in een ander documentbeheersysteem (DIS) verzameld. Protocollen worden voorafgaand aan publicatie gescreend, waarbij extra aandacht is voor het toegepaste referentiekader (l'artis). Het is de bedoeling dat in de toekomst een koppeling gemaakt wordt tussen DIS (protocollen) en l'artis. Momenteel wordt gezocht naar een werkwijze waarbij auteurs van protocollen, eisen vanuit l'artis kunnen koppelen door een hyperklink op te nemen in het protocol die verwijst naar het document in l'artis.

Op dit moment is l'artis goed gevuld met externe eisen op het gebied van cure en care. Dit betekent dat specialisten kunnen werken met l'artis. Het Atrium is echter nog bezig met het creëren van bekendheid van l'artis in de organisatie. Dit traject is pas onlangs gestart omdat de databank pas recent goed gevuld is.

De databank wordt op dit moment vooral gebruikt als managementtool. Eisen die bij non-compliance een hoog risico met zich mee brengen (o.a. t.a.v. patiëntveiligheid, financiële gevolgen voor de organisatie, reputatieschade etc.) worden ieder kwartaal geprioriteerd. Dit gebeurt aan de hand van de methode beschreven in de Delphi studie van L. Blume. Implementatie van deze eisen wordt vervolgens bewaakt aan de hand van een kwartaalrapportage. Elk kwartaal wordt een kwartaaloverzicht gemaakt van de eisen die in voorgaand kwartaal zijn geüpload. Dit overzicht wordt vervolgens ter vaststelling aangeboden aan de raad van bestuur. Eisen die hoge prioriteit krijgen, krijgen een mandaathouder en worden met voorrang geïmplementeerd. In de kwartaalrapportages die volgen rapporteren de mandaathouders de voortgang van implementatie.

Binnenkort gaan Atrium MC, het MUMC en Amphia ziekenhuis Breda, samenwerken aan het beheer van l'artis. Ieder ziekenhuis heeft een eigen aandachtsgebied(en) (bijvoorbeeld care en cure, HRM, Gebouwen en gebouwgebonden installaties). De beheerders inventariseren in samenwerking met experts op betreffende gebieden welke externe eisen (m.b.t. hun aandachtsgebied) moeten worden toegevoegd in l'artis. Er worden geen protocollen toegevoegd in de databank.

De makers van L'artis hebben ervoor gekozen om de eisen zelf op te nemen in de databank en niet te verwijzen naar de bron. Dit heeft verschillende redenen.

Het doel van l'artis is om een compleet overzicht te bieden. Gebruikers van l'artis hebben direct toegang tot het gezochte document en worden niet doorverwezen naar een andere databank waar opnieuw gezocht moet worden.

Verder biedt l'artis de mogelijkheid allerlei informatie toe te voegen zoals statussen (status van het document en implementatiestatus), vervaldatum, belangrijke opmerkingen.

Bovendien worden documenten gekoppeld aan de diverse functionarissen waarvoor deze van toepassing zijn, waardoor makkelijk inzichtelijk gemaakt wordt welke eisen van toepassing zijn. Toevoegen van dergelijke informatie is niet mogelijk als wordt verwezen naar een andere databank.

Tot slot heeft het opnemen van de daadwerkelijke eisen als voordeel dat de eis herleidbaar blijft, ook indien een link vervalt. Eenmaal ingevoerde eisen worden namelijk in principe niet verwijderd uit l'artis zodat retrospectief geldend beleid opzoekbaar blijft. Dit kan van belang zijn wanneer er bijvoorbeeld ooit een geschil mocht komen waarbij bekeken moet worden of het ziekenhuis zich aan de op dat moment geldende eisen hield. In dat geval kan altijd verwezen worden naar een eventueel verouderde eis in l'artis.

Naast de voordelen van de bovenstaande werkwijze van het Atrium, zijn er volgens VieCuri ook nadelen verbonden aan deze werkwijze. Het niet verwijzen naar de oorspronkelijke bron levert volgens VieCuri grote risico's op voor het beheer van de richtlijnen. De update van de richtlijnen ligt immers extern. Hierdoor is het lastig om controle te houden over de juistheid van de documenten in l'artis.

Volgens R valt er in Nederland nog veel te verbeteren op richtlijnen gebied. Het is voor zorginstellingen vaak onduidelijk welke eisen verplicht zijn en welke niet. Vanwege het grote aantal eisen is het voor het bestuur van een ziekenhuis lastig om een volledig en adequaat beeld te krijgen van de mate waarin het ziekenhuis voldoet aan gestelde eisen. Dit begint al bij de twijfel of alle eisen in beeld zijn. Daarnaast wordt het primaire proces uitgevoerd door de zorgprofessionals, wat het eveneens lastig maakt om te bepalen of de gestelde eisen worden gevolgd.

Bovendien is het de vraag of zorgprofessionals niet gedemotiveerd raken door alle regels en afspraken die nageleefd moeten worden.

Opschoning van richtlijnen is wenselijk waarbij gekeken moet worden welke richtlijnen nog relevant zijn en welke richtlijnen kunnen vervallen, bijvoorbeeld vanwege overlap. Ook moet bekeken worden welke richtlijnen verplicht moeten worden nageleefd en welke richtlijnen daarentegen als leidraad kunnen gelden. Daarbij is het van belang te bepalen wat de financiële en organisatorische voorwaarden zijn en of deze uitvoerbaar zijn. In bepaalde gevallen zou dit kunnen leiden tot het inzicht dat niet alle ziekenhuizen de betreffende zorg kunnen leveren omdat dit niet haalbaar blijkt te zijn.

Over de vragen naar aanleiding van de beheerderstraining in 2014 zegt R het volgende. Inmiddels is de gebruiksvriendelijkheid verhoogd. De testversie van l'artis, waarmee tijdens de training gewerkt werd, is inmiddels vervangen door de definitieve versie.

Ook is besloten dat in de eisen verwezen zal worden naar de bron. Dus naast de eis zelf, is ook de bron terug te vinden in l'artis. Op welk manier dit vormgegeven zal worden, is echter nog niet helemaal duidelijk. Daarnaast is besloten om het toevoegen van eisen door de beheerders te beperken tot het aandachtsgebied. Beheerders kunnen dus alleen eisen toevoegen die betrekking hebben op hun eigen aandachtsgebied.

Over de tijdsinvestering door de beheerders zei R dat alle ziekenhuizen die actief deelnemen in l'artis en dus beheerder worden, maximaal vier uur per week, verdeeld over twee beleidsmedewerkers, hoeven te besteden aan het beheer van l'artis. Dit getal is onafhankelijk van de hoeveelheid werk die het beheer op een bepaald moment specifiek vraagt. Als de vier uur voorbij zijn, kan het werk dat niet af is, vooruitgeschoven worden.

Er zijn handleidingen die de gemaakte afspraken beschrijven om een gestandaardiseerde wijze van vullen te verzekeren. Afgesproken is verder om van start te gaan met deze handleiding en de huidige inrichting van l'artis en daarna de overige verbeteringen samen te bepalen en in te voeren.

De mening van specialisten ten aanzien van l'artis

Het is nu de vraag of de databank, ontwikkeld door het Atrium MC Parkstad, een rol kan spelen in het structureren van het implementatie proces van richtlijnen binnen VieCuri. (researchdoel drie)

Hiervoor is ook gekeken naar de mening van de eventuele gebruikers, de specialisten, ten aanzien van de databank.

Uit de interviews met de specialisten is gebleken dat de meningen uit een lopen. De ene specialist ziet wel wat in l'artis, de ander niet. Dr. C is van mening dat l'artis wel uitkomst zou kunnen bieden omdat volgens haar op Iprova weinig specialistische richtlijnen te vinden zijn, maar vooral verpleegkundige protocollen. L'artis zou een instrument kunnen zijn waarmee specialisten eenvoudig toegang hebben tot de medisch specialistische richtlijnen. Volgens dr. de B zou een databank zoals l'artis niks toevoegen omdat er al zoveel bronnen zijn waar richtlijnen geraadpleegd kunnen worden. Hij zou het juist goed vinden als er minder bronnen en minder richtlijnen zouden zijn in plaats van steeds meer. Hierdoor worden zaken namelijk onoverzichtelijk en minder werkbaar. Dr. K geeft eveneens aan geen heil te zien in de databank omdat alle relevante richtlijnen al eenvoudig terug te vinden zijn in de databank van de beroepsvereniging. Dr. van G is van mening dat een databank als l'artis alleen zinvol is als het gaat om de brede landelijke richtlijnen en niet voor de plaatselijke protocollen.

7.3.4 Iprova

Uit de interviews met de specialisten is gebleken dat Iprova niet altijd werkt zoals het zou moeten. De specialisten hebben vooral moeite met het vinden wat ze zoeken. VieCuri is een project gestart met als doel om Iprova op te schonen. Mevrouw L., Adviseur Kwaliteit en Veiligheid, is leider van dit project. Met dit project wordt beoogd om het aantal protocollen in Iprova terug te brengen van 12500 naar 8500 documenten. Deze schatting is gebaseerd op getallen van andere ziekenhuizen, aldus mevrouw L. Niet alleen met het oog op de praktische werkbaarheid van Iprova, maar ook in verband met de nieuwe JCI accreditatie is het van belang dat het documentbeheersysteem op orde komt. In een gesprek met de projectleider werd gesproken over de ins en outs van dit project.

Alle protocollen binnen VieCuri zijn gedigitaliseerd en opgenomen in Iprova. Door de jaren heen is het aantal protocollen uitgegroeid tot 12500. Mevrouw L erkent de zoekproblemen van de specialisten. Er zijn volgens haar een aantal aspecten die bijdragen aan de slechte zoekfunctie van Iprova. Het grote aantal protocollen, het bestaan van verschillende protocollen voor dezelfde handeling en de vaak onlogisch titels zijn de boosdoeners. De specialisten kunnen niet vinden wat ze zoeken omdat een bepaalde zoekterm te veel onduidelijke hits oplevert.

Mevrouw L is nu afdeling na afdeling aan het nalopen om te bekijken welke protocollen inhoudelijk nog kloppen, welke protocollen dubbel zijn en welke protocollen kunnen worden samengevoegd. De afdelingen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de protocollen, de projectleider stuurt daarbij aan om orde op zaken te stellen. Sommige protocollen zijn specifiek bedoeld voor een afdeling en zijn ook niet van toepassing op andere afdelingen. Andere protocollen zijn voor verschillende afdelingen van toepassing. Nu is het zo dat deze verschillende afdelingen vaak verschillende protocollen hebben voor dezelfde werkwijze. Dit verklaart het grote aantal protocollen. Het is de bedoeling dat dit soort dubbele protocollen in de toekomst zoveel mogelijk beperkt wordt. Een centrale beheerder moet hiervoor gaan zorgen. Het is nu nog niet duidelijk wie hiervoor verantwoordelijk wordt en in hoeverre deze persoon zeggenschap krijgt over de

protocollen. Dit kan op verschillende manieren vormgegeven worden. De afdelingen zullen altijd degene blijven die de protocollen opstellen. Wellicht gebeurt dit in de toekomst pas na goedkeuring van de beheerder of misschien wordt de beheerder pas achteraf betrokken.

Op dit moment is er geen duidelijke structuur in de verantwoordelijkheden van de betrokkenen. Idealiter zou een protocol nadat het geschreven is door een inhoudsdeskundige door iemand anders beoordeeld moeten worden en vervolgens zou een autorisator moeten bekijken of deze beoordeling juist heeft plaats gevonden. Nu is het zo dat de schrijver ook vaak meteen de beoordeling doet.

De ziekenhuis brede protocollen zoals het 'Reanimatie protocol' of het protocol 'Infuus inbrengen' worden geschreven door een inhoudsdeskundigen. De adviseur kwaliteit en veiligheid gaat op zoek naar degene die het meest inhoudsdeskundig is en geeft de opdracht om het protocol te schrijven. Het is de bedoeling dat in de toekomst ziekenhuisbrede protocollen uniform zijn en dat het ook duidelijk is dat het om een ziekenhuisbreed protocol gaat.

Mevrouw L heeft op dit moment nog geen inzicht of er ook landelijke richtlijnen terug te vinden zijn in Iprova. Als afdelingen deze in het verleden hebben toegevoegd, dan kan dit wel het geval zijn. De projectleider geeft aan dat het niet nodig is dat het ziekenhuis opnieuw het wiel uit gaat vinden als er met betrekking tot een bepaald onderwerp al een duidelijke landelijke richtlijn is. Het is dan ook niet nodig om die richtlijn om te schrijven in een protocol, maar een link naar deze landelijke richtlijn zou voldoende zijn. Dan hoeft ook geen rekening gehouden te worden met updaten omdat de beheerder van de landelijke richtlijn dit dan al doet.

8 Conclusie

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de gevonden resultaten van de fieldresearch en deskresearch een antwoord worden gegeven op het researchprobleem en de researchdoelen. Dit antwoord vormt de conclusie.

Het researchprobleem dat centraal stond in dit rapport was als volgt opgesteld;

1. Welke route volgen richtlijnen zodat ze bij de betrokken specialisten van VieCuri terecht komen?
2. Wat wordt er vervolgens door de specialisten gedaan met de nieuwe richtlijnen om ze te implementeren in het medisch handelen?
3. Wat kan de organisatie VieCuri doen om de compliance van specialisten te bevorderen?

Dit researchprobleem was vervolgens uitgesplitst in de volgende researchdoelen;

1. Wat zeggen wet en regelgeving over het naleven en implementeren van richtlijnen?
2. Welke Nederlandse organen spelen een rol bij het naleven en implementeren van richtlijnen in de zorg, en welke rol is dat?
3. Op welke manier hebben andere ziekenhuizen het proces van implementatie van richtlijnen gereguleerd?
4. Hoe is het proces van implementatie van richtlijnen momenteel vormgegeven binnen VieCuri?
5. Welk belang hechten specialisten aan richtlijnen?
6. Hoe kijken specialisten aan tegen het gebruik van richtlijnen bij hun werkzaamheden?
7. Welke belemmeringen ondervinden specialisten van VieCuri bij de implementatie van nieuwe richtlijnen?
8. Welke faciliteiten hebben specialisten nodig om nieuwe richtlijnen goed te kunnen implementeren?
9. Wat is het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie (ist en soll)?
10. Wat kan de organisatie doen om dit verschil weg te nemen?
11. Kan de databank l'artis een rol spelen in het gewenste beleid?

Als eerste zullen de researchdoelen beantwoord worden, waarna wordt ingegaan op het researchprobleem.

8.1 Antwoorden op de researchdoelen.

Zoals gezegd zullen nu eerst de antwoorden op de researchdoelen aan bod komen.

8.1.1 Wat zeggen wet en regelgeving over het naleven en implementeren van richtlijnen?

Uit de deskresearch is gebleken dat in de wet niet specifiek benoemd staat dat zorgverleners zich moeten houden aan richtlijnen bij het verlenen van zorg, maar wel dat de zorg verantwoord moet zijn. Artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen beschrijft wat verantwoorde zorg is en dat zorgverleners hun werk moeten baseren op de professionele standaard. In de Zorgverzekeringswet staat benoemd dat het Zorginstituut Nederland verantwoordelijk is voor het beheer van de professionele standaard. Ook staat

in artikel 1z van deze wet benoemd dat richtlijnen een onderdeel zijn van de professionele standaard.

Het woord richtlijn wordt dus wel letterlijk genoemd in de wet, maar het is niet zo dat de wet voor schrijft dat specialisten te allen tijde de richtlijnen moeten volgen. Dit zou ook niet reëel zijn, omdat iedere patiënt uniek is en er de mogelijkheid moet zijn voor de specialist om gefundeerd af te wijken van de richtlijn. Wel mag dus van zorgverleners verwacht worden dat richtlijnen bekend zijn en ook worden geïmplementeerd in werkzaamheden. Uit jurisprudentie is gebleken dat de rechter in bepaalde situaties het negeren van richtlijnen als verwijtbaar kan aanduiden, waardoor het dus ook strafbaar kan zijn. Een individuele zorgverlener of een hele zorginstelling kan verweten worden geen verantwoorde zorg te leveren. Dit betekent niet dat direct strafrechtelijke vervolging plaats vindt. Als blijkt dat een zorginstelling of individuele zorgverlener geen verantwoorde zorg levert, dan kunnen er bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregelen volgen. De IGZ is de instantie die toezicht houdt op de zorg in Nederland en heeft dus ook als taak om iets te doen met signalen van onverantwoorde zorg.

8.1.2 Welke Nederlandse organen spelen een rol bij het naleven en implementeren van richtlijnen in de zorg en welke rol is dat?

Uit de deskresearch is gebleken dat verschillende Nederlandse instanties zich bezig houden met richtlijnen. De toezichthouder in de zorg is de IGZ. Het Zorginstituut heeft uitvoerende taken met betrekking tot de Zvw en de AWBZ. Een onderdeel van het Zorginstituut, het Kwaliteitsinstituut, heeft als taak de kwaliteit van de Nederlandse zorg te verbeteren. Dit wordt op drie manieren gedaan; het maken van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, het toepassen van deze instrumenten en het verzamelen van gegevens die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken.

Een ander Nederlands kwaliteitsinstituut is het CBO. Deze organisatie houdt zich bezig met het ondersteunen van de zorgsector in de verbetering van zorg. Ook ontwikkelt het CBO richtlijnen.

De Regieraad kwaliteit van zorg heeft enkele jaren geleden de Richtlijn voor Richtlijnen ontwikkeld. Dit document vormt een handvat voor het ontwikkelen van richtlijnen en kan dus onder andere door het CBO gebruikt worden.

Het CBO ontwikkelt de richtlijnen vaak in samenwerking met medische vakverenigingen. Deze vakverenigingen vertegenwoordigen de Nederlandse specialisten en houden zich onder andere bezig met onderwijs en nascholing, wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsbevordering. In het kader van kwaliteitsbevordering houden vakverenigingen zich bezig met het ontwikkelen, verspreiden en implementeren van richtlijnen.

Al deze publieke organen hebben dus een rol in het proces van naleven en implementeren van richtlijnen. De vakverenigingen staan het dichtst bij de specialisten en hebben de meeste directe invloed op het implementeren van richtlijnen. Een goed voorbeeld van een vakvereniging die zich inzet voor de implementatie van richtlijnen door hun leden, de specialisten, is de NIV. De NIV heeft namelijk handreikingen opgesteld die de specialisten kunnen helpen om richtlijnen goed te implementeren.

8.1.3 Op welke manier hebben andere ziekenhuizen het proces van implementatie van richtlijnen gereguleerd?

Bij het Atrium MC Parkstad in Heerlen wordt bij de implementatie van richtlijnen gebruik gemaakt van de databank l'artis. In l'artis zijn landelijke eisen verzameld zodat een compleet overzicht is ontstaan van de eisen waaraan een ziekenhuis en specialisten moeten voldoen.

Specialisten in het Atrium MC schrijven protocollen aan de hand van de relevante eisen (richtlijnen, wet en regelgeving etc.) welke terug te vinden zijn in l'artis. Specialist zijn verplicht om met behulp van l'artis protocollen op te stellen. De protocollen worden aangeboden in het documentbeheersysteem DIS.

Verder worden nieuwe eisen gerangschikt naar prioriteit. Eisen met een hoge prioriteit worden met voorrang geïmplementeerd in de organisatie. Het gaat hierbij niet alleen om eisen op medisch specialistisch gebied, maar ook om eisen op allerlei andere gebieden die van belang zijn voor een zorginstelling zoals een ziekenhuis.

8.1.4 Hoe is het proces van implementatie van richtlijnen momenteel vormgegeven binnen VieCuri?

De zeven vakgroepen die uitgelicht zijn, zijn allemaal verbonden met hun beroepsvereniging. Deze beroepsverenigingen publiceren richtlijnen en vormen het kanaal dat specialisten gebruiken om te kunnen beschikken over richtlijnen. Verschillende vakgroepen implementeren de richtlijnen door ze te herschrijven in een voor VieCuri toepasbaar protocol. Indien het een multidisciplinaire richtlijn betreft, worden andere disciplines op de hoogte gesteld van eventuele veranderingen. Of deze andere afdelingen of disciplines ook daadwerkelijk gaan werken volgens het protocol, wordt niet geëvalueerd. Wel vangen specialisten signalen op dat protocollen of richtlijnen niet altijd worden overgenomen.

Evaluatie van de daadwerkelijke behandelingen aan de hand van de geldende richtlijn, behoort niet tot de standaard procedure van specialisten. Een enkele vakgroep evalueert of een patiënt is behandeld volgens de richtlijn.

In veel gevallen hebben vakgroepen personen aangewezen die verantwoordelijk zijn voor een bepaald onderdeel van de implementatie. Deze taken omvatten het beheren en reviseren van protocollen, het schrijven van protocollen of het presenteren van een richtlijn aan de vakgroepleden en eventueel aan artsen wel of niet in opleiding.

De vakgroep interne geneeskunde heeft bepaalde richtlijnen geïntegreerd in het EPD zodat de richtlijn in die gevallen direct gekoppeld is aan de behandeling van de patiënt.

8.1.5 Welk belang hechten specialisten aan richtlijnen?

Specialisten zijn zich bewust van het belang en het nut van richtlijnen. Zolang de situatie van een specifieke patiënt het toelaat, volgen de specialisten de richtlijnen omdat ze beseffen dat dit de geldende standaard is op basis van evidence based medicine. Ook zijn ze zich ervan bewust dat afwijken van een richtlijn gemotiveerd en gedocumenteerd hoort te worden. Dit laatste zal echter niet in alle gevallen gebeuren.

8.1.6 Hoe kijken specialisten aan tegen het gebruik van richtlijnen bij hun werkzaamheden?

Op basis van de gesprekken met de specialisten kan geconcludeerd worden dat het werken met richtlijnen een onderdeel geworden is van de werkzaamheden van specialisten. Het werk dat de specialisten afleveren is niet alleen gebaseerd op kennis en ervaring, maar ook op de geldende richtlijnen. Alle zeven de specialisten spraken over richtlijnen alsof dit een alledaags onderdeel is van het werk. Ondanks dat de implementatie van nieuwe richtlijnen vaak buiten officiële werktijd moet plaatsvinden, omdat er anders geen tijd voor is, wordt er wel aandacht aan besteed. Dit zou niet het geval zijn als specialisten het gebruik van richtlijnen niet serieus zouden nemen.

8.1.7 Welke belemmeringen ondervinden specialisten van VieCuri bij de implementatie van nieuwe richtlijnen?

De belemmeringen die specialisten ondervinden zijn allemaal van praktische aard. Zo is de factor tijd een belemmering net als de factor communicatie met andere disciplines. Daarnaast wordt benoemd dat het afwennen van gewoonten een obstakel kan zijn.

De meest benoemde belemmering in het proces van implementatie is het documentbeheersysteem Iprova. Specialisten kunnen in dit systeem niet goed vinden wat ze zoeken waardoor het naleven van richtlijnen wordt belemmerd.

8.1.8 Welke faciliteiten hebben specialisten nodig om de nieuwe richtlijnen goed te kunnen implementeren?

Het antwoord op dit researchdoel sluit aan bij het antwoord op het vorige researchdoel. Om de belemmering van een disfunctioneel documentbeheersysteem weg te nemen is een goed functionerend systeem nodig. Uit de fieldresearch is gebleken dat VieCuri al bezig is met het opschonen van Iprova, waardoor documenten in de toekomst makkelijker te vinden zijn.

Verder bleek uit de resultaten van de fieldresearch dat specialisten nu vaak in hun vrije tijd bezig zijn met de implementatie van richtlijnen. In een ideale situatie is dit niet langer nodig omdat er onder werktijden, tijd gereserveerd is voor het implementeren van richtlijnen. Gezien het feit dat een ziekenhuis verantwoorde zorg hoort te leveren die voldoet aan de professionele standaard zouden specialisten ook de tijd moeten krijgen om te zorgen dat professionals in de organisatie bekend zijn met en dat wordt gewerkt volgens deze standaard.

8.1.9 Wat is het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie (ist en soll)?

De huidige situatie is een situatie waarin specialisten hun best doen om de richtlijnen van hun eigen vakgebied te implementeren. Alle geïnterviewde specialisten zien het belang van richtlijnen in en hebben met de vakgroep een bepaalde methode aangenomen om richtlijnen te implementeren. Dit doen ze met de middelen die voor handen zijn. Deze middelen schieten soms te kort. Er is één vakgroep die verder gaat in het implementeren van richtlijnen door bepaalde aspecten uit de richtlijn over te nemen in het EPD.

Ook blijken er soms discrepanties te bestaan tussen verschillende disciplines die hetzelfde ziektebeeld behandelen. Hierbij worden soms niet dezelfde richtlijnen aangehouden. De communicatie tussen deze partijen stopt vaak na de mededeling dat er een nieuwe richtlijn is. Evaluatie van de implementatie vindt niet plaats.

In de Soll situatie is er een goed werkend documentbeheersysteem waarin protocollen eenvoudig te vinden zijn en waar uniforme protocollen ook uniform zijn. Handelingen die ziekenhuisbreed uitgevoerd worden, worden in één protocol beschreven. Ook medisch specialistische protocollen of richtlijnen die voor meerdere afdelingen van belang zijn, worden in één document beschreven. Alleen de landelijke richtlijnen die aanpassingen vragen voor de plaatselijke situatie, worden in een protocol gegoten. De landelijke richtlijnen die geen aanpassing vragen, worden in zijn geheel overgenomen. Het wiel hoeft niet twee keer uitgevonden te worden.

Disciplines of vakgroepen die dezelfde aandoening behandelen, zouden ook dezelfde richtlijn aan moeten houden waardoor het beleid overeenkomt. Om dit te bereiken is het noodzakelijk dat er communicatie plaatsvindt tussen de betreffende partijen. Ook zouden deze partijen met elkaar moeten evalueren of een bepaalde werkwijze naar aanleiding van een richtlijn goed is overgenomen.

Ook wordt in de Soll situatie gebruik gemaakt van het EPD zoals de vakgroep Interne geneeskunde van VieCuri dit nu al doet. Bepaalde aspecten van richtlijnen zoals, risicofactoren of klachten zijn geïntegreerd in het EPD. Op het moment dat een patiënt met een bepaald ziektebeeld door een specialist wordt gezien, kunnen de kenmerken van die patiënt worden ingevuld in het EPD. Dit zorgt ervoor dat de specialist werkt volgens de richtlijn en dat cijfers over behandelingen snel voor handen zijn. Hierdoor kunnen ook de prestatie indicatoren makkelijk aangeleverd worden.

8.1.10 Wat kan de organisatie doen om dit verschil weg te nemen?

De organisatie kan op verschillende manieren het verschil tussen de hierboven geschetste Ist en Soll situatie wegnemen. Het gaat hierbij vooral om het faciliteren van specialisten. Uiteindelijk is het aan de specialisten zelf om de richtlijnen ook daadwerkelijk te implementeren.

Als eerste kan de organisatie ervoor zorgen dat Iprova een overzichtelijk en goed werkend documentbeheersysteem wordt. Het opschonen van het systeem, waarvoor op dit moment een project loopt, is een goede manier om de zoekfunctie van Iprova te verbeteren. Als het aantal documenten drastisch wordt verminderd, zullen specialisten ook makkelijker kunnen vinden wat ze zoeken. Verder is het belangrijk dat waar mogelijk een uniforme richtlijn/protocol wordt aangenomen. Ook dit is een doel van de projectgroep die verantwoordelijk is voor het opschonen van Iprova.

Daarnaast kan de organisatie bijdragen aan het integreren van richtlijnen in het EPD. Gezien het aantal medisch specialistische richtlijnen, zal dit behoorlijk wat inspanning vergen. Er zijn echter belangrijke voordelen die deze inspanning rechtvaardigen. Specialisten worden elke keer als ze het dossier van een patiënt openen geconfronteerd met de richtlijnen. De richtlijnen worden zo zichtbaar geïmplementeerd in de werkzaamheden. Daarnaast is het eenvoudig om cijfers te onttrekken aan dit systeem waardoor prestatie indicatoren ook makkelijk kunnen worden ingevuld. Dit is een voordeel voor de controller kwaliteit en veiligheid van VieCuri.

Naast ondersteuning met behulp van systemen kan de organisatie ook een bijdrage leveren in de samenwerking tussen verschillende vakgroepen. Daar waar verschillende disciplines werkzaamheden hebben die overlappen, kan de organisatie sturen op een goede communicatie tussen partijen en op evaluatie van de implementatie van richtlijnen.

8.1.11 Kan de databank l'artis een rol spelen in het gewenste beleid?

Het gewenste beleid is het beleid van de organisatie dat ervoor zorgt dat de compliance van de specialisten zo optimaal mogelijk is. Of l'artis een rol kan spelen in dit gewenste beleid zal nu besproken worden. Het is aan VieCuri om te bepalen of l'artis ook daadwerkelijk gaat bijdragen aan de compliance.

De databank functie van l'artis wordt nu voor een deel vervuld door diverse andere databanken, waaronder die van de kwaliteitskoepel en van de beroepsverenigingen. De specialisten weten waar ze richtlijnen kunnen vinden en gebruiken allemaal landelijke bronnen. Voor de huidige manier van werken zou l'artis niks toevoegen. Dit sluit aan bij de mening van verschillende geïnterviewde specialisten. Wat echter een groot verschil is met de databanken die nu gebruikt worden, is dat l'artis een compleet overzicht biedt van alle eisen waarmee specialisten rekening moeten houden. Dit zijn ook eisen die niet direct uit de medisch specialistische richtlijnen voortkomen. Deze eisen worden over het hoofd gezien als alleen de databanken van de beroepsverenigingen en van de kwaliteitskoepel worden gebruikt. Om zorg te kunnen bieden die voldoet aan alle relevante eisen, is het nodig dat inzicht is in deze eisen. Dit inzicht kan geboden worden door l'artis. Daarnaast kan het overzicht dat met l'artis gecreëerd wordt, helpen bij het schrijven van multidisciplinaire richtlijnen.

De andere functie van l'artis is het beoordelen van de prioriteit van een eis waardoor bepaald kan worden of deze al dan niet met voorrang moet worden geïmplementeerd. Het Atrium gebruikt deze functie nu nog als managementtool. Ook voor VieCuri geldt dat het voor het management een instrument kan zijn waarmee inzicht verkregen wordt in belangrijke eisen welke zo snel mogelijk in de organisatie geïmplementeerd moeten worden.

Het is de vraag of dit voor de medisch specialistische richtlijnen noodzakelijk is omdat uit de interviews met de specialisten gebleken is dat zij zich bewust zijn van het belang van richtlijnen en dat zij ook bewust bezig zijn met de implementatie van richtlijnen. L'artis zou wel een controle functie kunnen bieden omdat het systeem inzicht verschaft in welke

eisen prioriteit hebben. Met dit inzicht kan het management de organisatie in gaan om te bekijken of de eis geïmplementeerd is.

Gedurende het onderzoek heeft VieCuri gekozen voor een eventueel passief lidmaatschap. Omdat het echter al langere tijd stil is rondom de database en steeds meer ziekenhuizen afhaken, is het de vraag of l'artis er überhaupt komt.

In de bovenstaande conclusie van de researchdoelen, kwamen de aspecten, methoden, mensen, machines en materiaal, van het visgraatdiagram terug zoals deze in paragraaf 3.3 en tabel 1 aan bod kwamen. Om de bovenstaande conclusie samen te vatten, zal nu worden teruggegrepen naar het verandermodel van Metselaar dat in paragraaf 3.4 gebruikt werd om de aspecten van de veranderbereidheid van specialisten weer te geven.

8.1.12 Verandermodel Metselaar

De aspecten van het verandermodel van Metselaar zijn, moeten, willen en kunnen. Samen vormen deze aspecten de veranderbereidheid ten aanzien van een bepaald onderwerp.

Uit bovenstaande conclusie is gebleken of specialisten moeten, willen en kunnen werken volgens de geldende richtlijn en of er dus sprake is van veranderbereidheid. In deze paragraaf zal nog eens kort worden ingegaan op de benoemde aspecten.

Moeten

Specialisten moeten werken volgens de geldende richtlijn voor zover de situatie van de patiënt dit toelaat. De Kwaliteitswet Zorginstellingen omschrijft dat de zorg verantwoord moet zijn en gebaseerd moet zijn op de professionele standaard. De richtlijn wordt in de ZVW benoemd als onderdeel van de professionele standaard.

Afwijken van de richtlijn is toegestaan, maar hoort wel onderbouwd te worden door de specialist.

Willen

Specialisten van VieCuri zijn zich bewust van het belang van richtlijnen. Zij zijn ook bereid te werken volgens de richtlijn en zijn betrokken bij het opstellen en herzien van richtlijnen. De wil is er dus.

Kunnen

De faciliteiten om te werken volgens de geldende richtlijn zijn grotendeels aanwezig. Ook worden specialisten op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen rondom de richtlijnen van de vakverenigingen. Dit draagt bij aan het aspect 'kunnen'. Wel laten bepaalde faciliteiten, zoals het document beheersysteem, te wensen over. Dit hoeft de specialisten echter niet te belemmeren om te werken volgens de richtlijn. Het vergt hoogstens meer tijd en energie wanneer niet alle faciliteiten optimaal zijn.

Naast moeten en willen, kan ook het aspect kunnen dus worden afgevinkt, maar met de opmerking dat 'kunnen' nog bevorderd kan worden. In hoofdstuk negen zal hier verder op in worden gegaan.

8.2 Antwoord op het researchprobleem

De bovenstaande antwoorden op de researchdoelen, vormen de input voor het beantwoorden van het onderstaande researchprobleem.

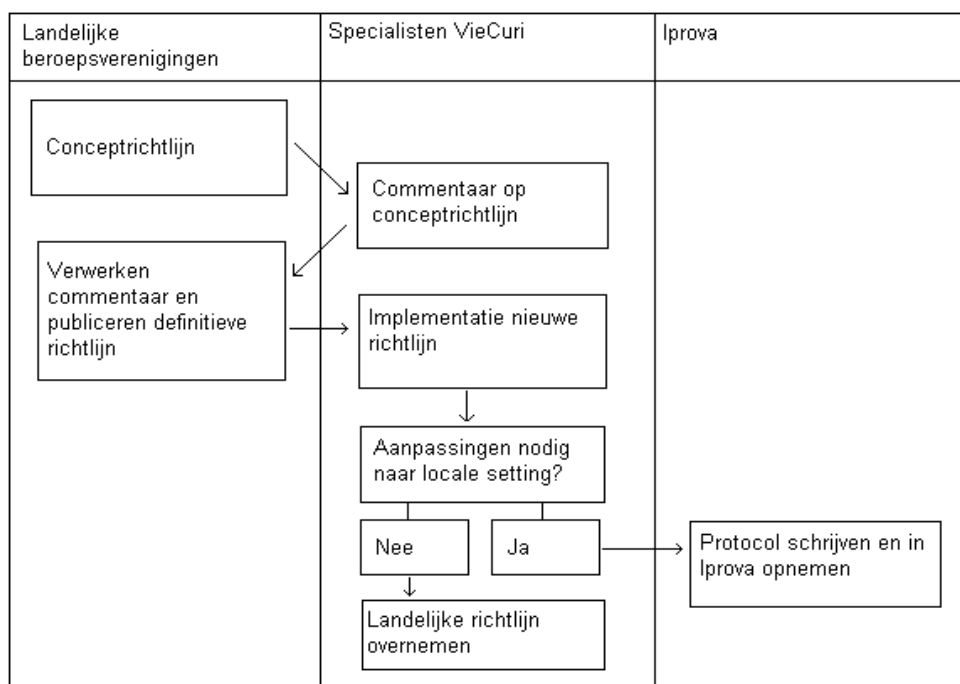
1. Welke route volgen richtlijnen zodat ze bij de betrokken specialisten van VieCuri terecht komen?
2. Wat wordt er vervolgens door de specialisten gedaan met de nieuwe richtlijnen om ze te implementeren in het medisch handelen?

3. Wat kan de organisatie VieCuri doen om de compliance van specialisten te bevorderen?

8.2.1 Welke route volgen richtlijnen zodat ze bij de betrokken specialisten van VieCuri terecht komen?

Met behulp van de interviews met de specialisten is een beeld geschetst van het proces van implementatie van richtlijnen. Hierdoor is ook inzicht verkregen in de route die richtlijnen volgen alvorens deze bij de specialisten terecht komen. Door in gesprek te gaan met een beleidsmedewerker van de NIV is de rol van de beroepsvereniging onderzocht.

Het blijkt dat de beroepsverenigingen een grote rol spelen in het proces voorafgaand aan de implementatie van richtlijnen door specialisten. De beroepsverenigingen zijn verantwoordelijk voor het maken van richtlijnen. Als eerste wordt een conceptrichtlijn onder de aandacht gebracht bij de leden van de beroepsverenigingen. Dit zijn de specialisten. De leden geven commentaar op de conceptrichtlijnen. Na de commentaar ronde wordt de definitieve richtlijn gepubliceerd. Uiteindelijk bepalen de specialisten wat er moet gebeuren met de richtlijnen, in zijn geheel overnemen of herschrijven in een protocol. In onderstaande tabel is deze route nog eens overzichtelijk weergegeven.



Tabel 3: Route van richtlijnen bij VieCuri MC Noord Limburg. (E Dorssers, januari 2015)

8.2.2 Wat wordt er vervolgens door de specialisten gedaan met de nieuwe richtlijnen om ze te implementeren in het medisch handelen?

Zoals in bovenstaande tabel al te zien is, bepalen specialisten op welke manier een richtlijn geïmplementeerd wordt. Enerzijds worden landelijke richtlijnen in zijn geheel overgenomen, anderzijds worden ze herschreven in een protocol. De protocollen worden in Iprova gedocumenteerd. De vakgroepen hebben elk hun eigen methode om richtlijnen te implementeren. Veelal houdt dit in; het plenair bespreken van nieuwe richtlijnen waarna specialisten individueel verantwoordelijk zijn voor het daadwerkelijk veranderen van hun medisch handelen. Een aantal vakgroepen evalueert dit individueel handelen, maar een aantal vakgroepen ook niet. De werkwijze van de vakgroep interne geneeskunde springt

er uit omdat door de integratie van richtlijnen in het EPD zichtbaar wordt of een richtlijn is geïmplementeerd. Op deze manier is de richtlijn direct gekoppeld aan het handelen van de specialist.

8.2.3 Wat kan de organisatie VieCuri doen om de compliance van specialisten te bevorderen?

De compliance van specialisten van VieCuri kan door de organisatie bevorderd worden door allereerst orde te scheppen in het documentbeheersysteem Iprova. Daarnaast zou de organisatie het systeem van de vakgroep interne geneeskunde kunnen overnemen en implementeren in de rest van de organisatie. Elke specialist van VieCuri moet het EPD gebruiken om gegevens van patiënten bij te houden. Dit is dus een goede manier om de specialisten te bereiken. Als richtlijnen in het EPD worden geïntegreerd, heeft de organisatie de mogelijkheid om specialisten te sturen zonder dat daadwerkelijk meegekeken wordt.

Behalve de bijdrage van de organisatie doormiddel van systemen, heeft de organisatie op dit moment geen invloed op het hele proces van implementatie van richtlijnen. De specialisten zijn weliswaar zelf verantwoordelijk voor werkzaamheden, maar dit betekent niet dat de organisatie, verder niet kan ondersteunen in het implementatieproces. Door tips en handvaten te geven met betrekking tot het structureren van het implementatieproces kan ook een bijdrage geleverd worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan tips met betrekking tot communicatie tussen verschillende disciplines en afdelingen.

Om te kunnen beoordelen of de compliance van specialisten ook daadwerkelijk wordt bevorderd met behulp van de bovenstaande instrumenten, zal eerst het niveau van de huidige compliance bepaald moeten worden. Dit inzicht kan worden verkregen door te bekijken welke richtlijnen er op dit moment zijn en of specialisten zich hier ook aan houden. L'artis zou een goed instrument kunnen zijn om een overzicht te krijgen van de bestaande richtlijnen. Als de inhoud van deze databank vergeleken wordt met de richtlijnen die door de specialisten van VieCuri gebruikt worden, dan kan beoordeeld worden of de meest recente richtlijnen worden gehanteerd. Het nadeel van deze werkwijze is dat het een tijdrovende opgave is om alle richtlijnen te vergelijken. Bovendien bestaat het gevaar dat l'artis zelf ook niet up to date is omdat alle eisen zelf zijn toegevoegd in het systeem en niet de link naar de eisen.

Het zou minder tijd kosten als vanaf een bepaald moment vanuit de organisatie meegekeken wordt of een richtlijn wordt geïmplementeerd door de gebruikers. Ook hierbij kan gebruik gemaakt worden van l'artis. Omdat dit systeem prioriteiten toekent aan nieuwe eisen wordt ook duidelijk welke eisen het belangrijkst zijn om meteen te implementeren.

Het nadeel van deze laatste werkwijze is dat niet duidelijk wordt of de compliance is bevorderd. Wel ontstaat er een bepaalde vorm van toezicht op de zorg die geleverd wordt.

In paragraaf 3.1, waarin het doel van dit onderzoek werd beschreven, werd uitgelegd dat er signalen uit de organisatie werden opgevangen die het wenselijk maakte dat bekeken werd of specialisten richtlijnen implementeren en op welke manier dit gebeurde. Het onderzoek dat beschreven werd in dit rapport kan nu gezien worden als de gedegen 'check' in de PDCA-cyclus, waarover ook in paragraaf 3.1 gesproken werd.

Naar aanleiding van dit onderzoek kan een advies gegeven worden over de vormgeving van het onderdeel 'Act' van deze PDCA-cyclus. In het volgende en laatste hoofdstuk zal dit advies beschreven worden.

9 Advies en aanbevelingen

Naar aanleiding van bovenstaande conclusie zal nu een advies gegeven worden aan de organisatie VieCuri.

Voordat het advies gegeven wordt, wordt eerst kort teruggekeken naar het doel van dit onderzoek. In paragraaf 3.1 werd beschreven dat het doel was, te zorgen dat specialisten steeds de laatste nieuwe richtlijnen naleven waardoor de kwaliteit van de door VieCuri geleverde zorg gewaarborgd bleef. Verder werd beschreven dat met de inzichten die zouden ontstaan door het onderzoek een advies gegeven kon worden over hoe de implementatie idealiter zou moeten verlopen en wat de organisatie zou kunnen bijdragen om dit implementatieproces te faciliteren. Hierbij wordt rekening gehouden met de theorieën zoals deze besproken zijn in paragraaf 4.1.

9.1 Advies

In dit rapport is uitvoerig aandacht besteed aan richtlijnen, welk doel ze dienen, door welke partijen ze ontwikkeld worden en wat er mee gedaan wordt. Wat hierbij vergeten wordt, is of de richtlijnen een bijdrage leveren aan de bedoeling van de organisatie. Wouter Hart beschrijft in zijn boek *Verdraaide Organisatie* (Hart, 2013) wat hij bedoelt met 'de bedoeling' van een organisatie en waarom deze belangrijk is voor het ontwikkelen van een excellerende organisatie. De 'bedoeling' van een organisatie is datgene waarvoor de organisatie bestaat. De bedoeling zegt wat de essentie is van de organisatie. In het geval van VieCuri is dit zorg leveren die patiënten nodig hebben.

De Hart maakt in zijn boek gebruik van een model waarbij de bedoeling de kern van dit model vormt. Het model bestaat uit drie cirkels. De buitenste cirkel is de 'systeemwereld', de middelste cirkel is de 'leefwereld' en de binnenste cirkel, oftewel de kern is de 'bedoeling'. Volgens Hart kan een organisatie op twee manieren functioneren. Door van buiten naar binnen te denken, de systeemwereld is leidend. Of door van binnen naar buiten te werken, de bedoeling is leidend en de systeemwereld is ondersteunend. Voor de duidelijkheid, de systeemwereld is de wereld van regels, procedures, richtlijnen, planningen etc. en de leefwereld is het feitelijke gedrag in de organisatie.

Richtlijnen zijn een duidelijk onderdeel van de systeemwereld. Net als de prestatie indicatoren die door VieCuri moeten worden aangeleverd en alle formulieren die door professionals moeten worden ingevuld.

Hart stelt dat professionals die in een organisatie werken waarin van buiten naar binnen wordt gedacht, dus waarin de systeemwereld leidend is, het oog dreigen te verliezen voor de bedoeling van hun werkzaamheden. Vertaald naar VieCuri zou dit betekenen dat de specialisten door alle uit systemen voortvloeiende werkzaamheden minder bezig kunnen zijn met het leveren van de zorg die de patiënt nodig heeft. Vanuit dit oogpunt zou het voor VieCuri goed zijn om eens terug te gaan naar de essentie van de organisatie en eens stil te staan bij het feit of de bedoeling nog wel voorop staat.

Daar tegenover staat dat de organisatie niet zonder haar systemen kan bestaan.

Uit de voorgaande analyse van het proces van totstandkoming, essentie en gebruik van richtlijnen is gebleken dat het onmogelijk is om af te stappen van het gebruik van richtlijnen. Nederlandse overheidinstanties houden toezicht op de kwaliteit van zorg. Deze kwaliteit wordt gemeten aan een bepaalde standaard. En de standaard zorg wordt weer omschreven in richtlijnen. Specialist van VieCuri zien dit belang van richtlijnen ook wel in.

Er kan een discrepantie ontstaan tussen het nastreven van de bedoeling van de organisatie en het gebruiken van systemen. Hart zegt hierover dat zonder een goede en duidelijke systeemwereld een organisatie niet succesvol kan zijn, maar dat er tegelijkertijd kritisch gekeken moet worden naar deze systeemwereld en dat deze eenvoudig en

dienstbaar moet zijn. Het leveren van de zorg die de patiënt nodig heeft, moet dus ondersteund worden door het gebruik van richtlijnen door specialisten. Het advies dat gegeven wordt zal aansluiten bij deze gedachte.

Ook wordt rekening gehouden met het feit dat VieCuri een professionele bureaucratie is. Dit kan namelijk invloed hebben op de mate waarin een verandering geaccepteerd wordt en dus uitvoerbaar is. Een professionele bureaucratie is namelijk een organisatie die vooral draait op hoogopgeleide professionals die ingewikkelde werkzaamheden verrichten. De professionals hebben een hoge mate van zelfstandigheid en de managers of bestuurders van de organisatie zijn zelf vaak niet in staat om de werkzaamheden te controleren of standaardiseren omdat het werk te ingewikkeld is. Ook het controleren of gewerkt wordt volgens een richtlijn is dus lastig. Verder is in de professionele bureaucratie macht verbonden aan de hoeveelheid kennis en kunde die iemand bezit. Dit maakt leidinggeven in een professionele organisatie ingewikkeld. Wat het doorvoeren van een verandering in een professionele bureaucratie eveneens lastig maakt is dat veranderingen in een dergelijke organisatie vaak op verzet stuiten.

Uit het onderzoek is gebleken dat VieCuri op verschillende manieren een bijdrage kan leveren aan de compliance van specialisten. Rekening houdende met het model van Hart en de kenmerken van de professionele bureaucratie zullen nu de voor- en nadelen van deze methoden besproken worden. De besproken methoden hebben allemaal betrekking op het aspect 'kunnen' uit het verandermodel van Metselaar. In paragraaf 8.1.12 is namelijk de conclusie getrokken dat de aspecten 'moeten' en 'willen' eigenlijk geen problemen opleveren.

Methode 1

Het integreren van richtlijnen in het EPD wordt als mogelijke methode genoemd om de compliance te bevorderen. Dit zal voor de specialisten geen ingrijpende verandering zijn omdat zij nu ook al patiëntengegevens moeten invullen in het EPD. Bovendien kijkt de organisatie slechts achteraf mee, als cijfers over bepaalde behandelingen worden opgevraagd. De professionals kunnen dus zelfstandig blijven functioneren zonder dat werkzaamheden helemaal gestandaardiseerd worden, maar tegelijkertijd worden ze wel tijdens werkzaamheden geconfronteerd met de geldende richtlijn. Omdat specialisten niet gedwongen worden tot extra administratieve werkzaamheden en het systeem ondersteunend is, past deze methode bij het gedachtegoed van Hart.

Voor de organisatie geldt dat de huidige systemen moeten worden aangepast. Dit zal een investering in geld en tijd vragen. Wel wordt het eenvoudiger om de prestatie indicatoren in te vullen.

Methode 2

Een andere methode om de compliance van specialisten te bevorderen is door alle medische richtlijnen die op dit moment gebruikt worden te gaan vergelijken met de inhoud van de databank l'artis. Deze methode geeft een beeld van de huidige compliance maar is wel tijdrovend. Bovendien moet dit gedaan worden door iemand die medisch onderlegt is. Zoals Mintzberg immers benoemde, is het probleem van een professionele bureaucratie dat werkzaamheden vaak zo ingewikkeld zijn, dat ze moeilijk te controleren zijn door managers en bestuurders.

Daarnaast kan deze methode alleen een goed beeld geven van de situatie als l'artis zelf ook up to date is. Dit staat of valt met de accuraatheid van de beheerders van l'artis.

Een ander nadeel van deze methode is dat specialisten extra belast worden omdat hun medewerking vereist is. Verzet van de professionals is dus waarschijnlijk. Ook wordt met deze methode erg de nadruk gelegd op de systeemwereld, waardoor 'de bedoeling' van VieCuri niet de kern van de cirkel vormt.

Dit alles bij elkaar maakt dat methode twee geen geschikte manier is om de compliance te bevorderen.

Methode 3

De derde methode die besproken werd in de conclusie is met behulp van l'artis bekijken of nieuwe richtlijnen ook zijn aangekomen bij de betreffende gebruikers en worden geïmplementeerd. Er wordt nu dus niet beoordeeld of een bepaalde richtlijn al is overgenomen, maar wel of de betreffende vakgroep bekend is met deze nieuwe richtlijn en de intentie heeft om deze te implementeren. Het voordeel hiervan is dat medische kennis niet per se noodzakelijk is. Een nadeel is dat de werkwijze mogelijk op verzet kan stuiten omdat specialisten misschien het gevoel kunnen hebben dat de vakgroep wordt gecontroleerd. Bij het implementeren van deze methode moet dus rekening gehouden worden met dit mogelijke verzet. Daar tegenover staat wel dat specialisten zelf verantwoordelijk zijn voor de implementatie. Aan de zelfstandigheid van professionals wordt met deze methode dus geen afbreuk gedaan.

Ook voor deze methode geldt dat de nadruk wordt gelegd op de systeemwereld en niet op de bedoeling. Er wordt gekeken of het systeem, de richtlijn, gebruikt wordt en niet of specialisten de zorg leveren die patiënten nodig hebben.

Uit deze opsomming van voor- en nadelen kan worden opgemaakt welke methode VieCuri het beste kan gebruiken om de compliance van specialisten te bevorderen. Het advies luidt: integreer de kenmerken uit de richtlijnen in het EPD zodat specialisten tijdens hun werkzaamheden worden herinnerd aan de richtlijn zonder dat de richtlijn meteen de boventoon voert. Hierdoor worden specialisten min of meer gestuurd om te werken volgens de richtlijn zonder dat de zelfstandigheid verloren gaat. Ook draagt deze methode bij aan het zichtbaar maken van de zorg omdat het systeem de statistieken bijhoudt.

9.2 Aanbevelingen

Als afsluiting van dit rapport worden aanbevelingen gegeven over hoe de bovenstaande verandering doorgevoerd kan worden.

Léon de Caluwé beschrijft in zijn boek *Leren Veranderen* dat een verandering op vijf verschillende manieren benaderd kan worden. (de Caluwé, 2010) Aan deze verschillende manieren zijn kleuren gekoppeld. Een verandering kan geel, blauw, rood, groen of wit zijn. Elke veranderkleur heeft haar eigen kenmerken. Het proces dat in dit rapport is besproken, heeft de kenmerken van blauwdrukdenken. Deze benadering gaat ervan uit dat veranderen een rationeel proces is waarbij eerst denken centraal staat en daarna doen. Er wordt stap voor stap toegewerkt naar een verandering. Eerst wordt een studie uitgevoerd en vervolgens leiden de resultaten van deze studie tot de best practice. De best practice is in dit geval het integreren van kenmerken uit richtlijnen in het EPD. Dit is een hard aspect van de organisatie, namelijk het aspect 'Systems' van het 7S model. Daarnaast is het een verandering op groepsniveau. Eén bepaalde laag van de organisatie, de medisch specialisten, is de doelgroep van de verandering. Met behulp van een interventie zal de best practice worden doorgevoerd in de organisatie. De Caluwé omschrijft een interventie als; *'Eén, of een serie, geplande veranderactiviteit(en) die erop gericht is (zijn) de effectiviteit van een organisatie te vergroten'*. (de Caluwé, 2010)

Interventies die onder anderen bij het blauwdrukdenken passen, zijn; strategisch management en werken in projecten. De eerste interventie is op organisatie niveau en de tweede interventie op groepsniveau. Onderdeel van strategisch management is een strategische analyse. Deze is in de onderzoeksfase van dit rapport uitgevoerd. Omdat deze verandering blauw, op groepsniveau en van tijdelijke aard is, past het om het doorvoeren van de verandering over te laten aan een projectgroep. Deze projectgroep zal allereerst samengesteld moeten worden. Om een zo goed mogelijk resultaat te bereiken

is het aan te bevelen om mensen met verschillende achtergronden deel te laten nemen aan dit project. Voor het bewaken van de uitvoerbaarheid zal een ICT-er inbreng moeten krijgen. Voor het bewaken van de werkbaarheid zal een medisch specialist inbreng moeten krijgen en voor het bewaken van het kwaliteitsaspect zal een kwaliteitsmedewerker inbreng moeten krijgen. De rol van de medisch specialisten in de projectgroep heeft naast een praktisch doel ook als doel om de slagingskans van de verandering te vergroten door de belangrijkste doelgroep te betrekken in het veranderproces.

Nadat duidelijk is geworden uit welke leden de projectgroep bestaat en wie de projectleider is, zal een projectplan opgesteld moeten worden.

Het voordeel van deze manier van werken is de duidelijke structuur en dat de uiteindelijke doelgroep, de medisch specialist, ook inbreng heeft in de verandering. Dit zal een positieve bijdrage leveren aan het verantwoordelijkheidsgevoel van de specialisten ten aanzien van de verandering.

De medisch specialisten zijn dus degenen die met de nieuwe aspecten van het EPD aan de slag moeten. Het aanleren van deze nieuwe manier van werken met het EPD, is een groene verandering. Het woord leren is een duidelijk kenmerk van het groendrukdenken. Bij deze benadering wordt ervan uit gegaan dat de verandering pas echt tot stand komt als men heeft geleerd hoe men met de veranderde omstandigheden dient om te gaan. (de Caluwé, 2010)

Met behulp van een groene interventie als leermethode, kunnen de medisch specialisten kennis maken met het 'vernieuwde' EPD. Het zogenaamde Gaming is een methode die kan helpen bij het aanleren van de juiste vaardigheden. Bij Gaming staat 'doen' centraal. De simulatie van een situatie creëert de mogelijkheid om, door te doen, een vaardigheid aan te leren. (de Caluwé, 2010)

De verandering kan worden bereikt door de medisch specialisten een korte cursus aan te bieden waarin met behulp van casus en een gesimuleerd EPD de benodigde vaardigheid wordt aangeleerd. Deze cursus kan in de vorm van e-learning zijn, waardoor specialisten zelf kunnen bepalen op welk moment de cursus doorlopen wordt. Op deze manier kan de organisatie tegemoet komen aan het toch al drukke schema van medisch specialisten en rekening houden met de zelfstandigheid.

De verandering kan alleen maar succesvol zijn als de specialisten hun medewerking verlenen en ook een verantwoordelijkheidsgevoel hebben ten aanzien van de verandering. Dit lijkt geen probleem te worden omdat naar aanleiding van de deskresearch gebleken is dat specialisten de wil hebben om te werken volgens de richtlijnen en het belang hiervan onderschrijven. Ondanks deze bevinding, moet bij het veranderproces worden gekeken naar de houding van de specialisten en hun verantwoordelijkheidsgevoel. Er moet voorkomen worden dat specialisten het gevoel krijgen dat iets wordt opgelegd vanuit de organisatie zonder dat daar draagvlak voor is. De Caluwé benoemt in zijn boek *Leren Veranderen* dat in professionele organisaties een oerconflict bestaat. Dit houdt in dat zowel professionals als de managers in de organisatie een eigen domein hebben waarop beslissingen worden genomen en dat er disfunctionele verschijnselen ontstaan als de ene partij beslissingen neemt op het domein van de ander. Hanson beschreef dit fenomeen in het *Interacting Spheres Model*. In dit model zijn drie zones weergegeven, het domein van de leiding, het domein van de professional en de neutrale zone. Het oerconflict speelt vooral wanneer het ene domein zich gaat bemoeien met het andere domein maar speelt ook in de neutrale zone. Hier is de oplossing van het oerconflict echter dichterbij. (de Caluwé, 2010)

De verandering waarbij kenmerken van richtlijnen worden geïntegreerd in het EPD kan gezien worden als een verandering in de neutrale zone. Hier kan dus ook een oerconflict ontstaan. Het risico is dat de professionals hun zogenaamde pocket veto gebruiken. Dit betekent dat niet wordt gedaan wat er gevraagd wordt. Mede omdat de werkzaamheden van de specialisten vaak niet transparant zijn, is het risico op pocket veto groot.

Daarnaast vormen meningsverschillen tussen professionals en managers, een gebrek

aan of een tekort aan open gespreksvoering, respect en acceptatie een risico voor het gebruik van pocket veto.

Om de verandering succesvol te laten zijn moet men bedacht zijn op het ontstaan van een oerconflict en van pocket veto. De oplossing hiervan ligt in effectief onderhandelen.

De Caluwé geeft een opsomming van aspecten die een rol spelen bij effectief onderhandelen.

- *'Beide partijen moeten zich bewust zijn van het oerconflict;*
- *Beide partijen moeten elkaars domeinen respecteren en daar niet op willen ingrijpen;*
- *Beide partijen moeten de afhankelijkheid van elkaar zien;*
- *Er moet een forum voor overleg aanwezig zijn;*
- *Er moeten positief gewaardeerde agendapunten voor overleg zijn;*
- *Er moet overeenstemming zijn over de procedure van overleg;*
- *Beide partijen moeten zich verantwoordelijk voelen voor besluitvorming en uitvoering van de besluiten.'* (de Caluwé, 2010)

Een projectgroep waarin de medisch specialisten goed vertegenwoordigd worden, kan de omgeving zijn waarin bovenstaande aspecten tot stand komen. Door met deze kennis het veranderproces in te stappen zal het verantwoordelijkheidsgevoel van de specialisten bevorderd worden en zal het gevoel dat er iets van bovenaf wordt opgelegd afnemen. Dit draagt bij aan de slagingskans van de verandering.

Literatuurlijst

Boeken

Boot, J.M.D. (2010). *Organisatie van de gezondheidszorg*. (Tweede druk). Assen: Van Gorcum.

Bovens, M. Hart, P. 't. Twist, M. van. (2012). *Openbaar bestuur; beleid, organisatie en politiek*. (Achtste druk). Deventer: Kluwer

Caluwé, L. de. Vermaak, H. (2010) *Leren veranderen*. (Tweede druk). Deventer: Kluwer.

Dam, N. van. Marcus, J. (2009). *Een praktijkgerichte benadering van organisatie en management*. (Zesde druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

Everdingen, J.J.E. van. Burgers, J.S. Assendelft, W.J.J. Swinkels, J.A. Barneveld, T.A. van. & Klundert, J.L.M. van de. (2004) *Evidence based richtlijnontwikkeling, een leidraad voor de praktijk*. Groningen/Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Hart, W. Buiting, M. (2013) *Verdraaide organisatie*. (Tweede druk) Deventer: Vakmedianet

Kleijn, H. Rorink, F. (2012). *Verandermanagement*. (derde druk). Amsterdam: Pearson.

Loonstra, C.J. (2009). *Hoofdpijnen Nederlands recht*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

Metselaar, E. Cozijnsen, A. Delft, P. van. (2011). *Van weerstand naar veranderbereidheid*. (zesde druk). Heemstede: Holland business publications.

Steentjes, A. Baarsma, S. (2013). *Social media voor medici*. (Eerste druk). Beuningen: Esculaap Media.

Verschut, A.W. (2012). *Bestuurs(proces)recht in kort bestek*. (Derde druk). Den Haag: Boom juridische uitgevers.

Tijdschriften

Joeloemsingh, D. & Plokker, H. (2003). Het College van Medisch Toezicht: enkele bevindingen uit de jurisprudentie van het CMT. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 27 (8), 296-306.

Rapporten

CNV. (2011) *Brochurereeks gezondheidsrecht deel 1, inleiding in het gezondheidsrecht*. Geraadpleegd op de website van http://www.google.nl/url?url=http://www.mijnvakbond.nl/Documenten%2520MijnVakbond.nl/Thema/Zorgthema/Beroepsinhoud/Brochurereeks%2520gezondheidsrecht/Deel%25201,%2520Brochurereeks%2520gezondheidsrecht%2520inleiding_2e%2520druk.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=trJPVOTZA8nqOJrKgKgB&ved=0CBoQFjAB&sig2=Q4t0-_IKJMVXRZ9NZ-DTSQ&usg=AFQjCNHhMPw__kilXQKRR6_sAkwQpCDjhA

Barneveld, T.A. van, Broek, L. van den, Burgers, J.S. Schouten, L.M.T. & Steeg, H.C. van de. (2006). *Implementeren van richtlijnen een leidraad voor adviseurs*. Geraadpleegd op de website van de kennisbank richtlijnontwikkeling: <http://www.haring.nl/find?q=implementeren%20van%20richtlijnen>

Long Alliantie Nederland. (2013) *Zorgstandaard COPD*. Geraadpleegd op de website van <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/kwaliteit/toetsingskader-en-register/register/copd/copd/copd/zinl%3Aparagraaf/zinl%3Adocuments%5B3%5D/zorgstandaard-copd-juni-2013/Zorgstandaard+COPD+juni+2013.pdf>

IGZ. (2013). *Jaarbeeld IGZ 2013*. Geraadpleegd op de website van IGZ: <http://www.igz.nl/organisatie/jaarverslagen/>

Rijksoverheid. (2013) *Miljoenennota 2014*. Geraadpleegd op de website van de rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/begrotingen/2013/09/17/miljoenennota-2014.html>

Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2010) *Advies regieraad bij Richtlijn voor richtlijnen*. Geraadpleegd op de website van het Nederlands Jeugd Instituut: www.nji.nl/nl/RichtlijnVoorRichtlijnontwikkeling.pdf

Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2012) *Richtlijn voor Richtlijnen*. Geraadpleegd op de website van zorginstituut Nederland. <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/kwaliteit/1203-richtlijn-voor-richtlijnen/1203-richtlijn-voor-richtlijnen/Richtlijn+voor+richtlijnen.pdf>

VieCuri. (2014) *Jaardocument VieCuri 2013*. Geraadpleegd op de website van VieCuri: http://www.viecuri.nl/viecuri_C01/default.asp?comid=3&modid=515&itemid=0&time=-1

Zichtbare Zorg ziekenhuizen. (2013) *Indicatorenset baarmoederhalsafwijkingen*. Geraadpleegd op de website van http://www.nfu.nl/img/pdf/Indicatorgids_Baarmoederhalsafwijkingen_2014.pdf

Kamerbrieven

Rutte, M. (2014). *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben*. Brief van Minister president, minister van algemene zaken, Rutte. Geraadpleegd op 31-12-2014. https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20141218/brief_van_de_minister_president/document3/f=/vjpuh8wngezj.pdf

Internetsites

CBO
Geraadpleegd op 8-1-2015
www.cbo.nl

Dinamo for change
Geraadpleegd op 13-10-2014
<http://www.dinamoforchange.com/het-instrument/>

Gezondheid en zorg in cijfers
Geraadpleegd op 13-10-2014
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2013/2013-c156-pub.htm>

IGZ a, inspectie voor de gezondheidszorg
Geraadpleegd op 7-9-2014
<file:///C:/Users/eline/Downloads/Basisset%20Kwaliteitsindicatoren%20Ziekenhuizen%202014.pdf>

IGZ b
Geraadpleegd op 3-11-2014
http://www.igz.nl/actueel/nieuws/Meer_bevoegdheden_voor_IGZ_door_intreding_WUBHV.aspx

IGZ c
Geraadpleegd op 3-11-2014
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/maatregelen/bestuursrechtelijke-maatregelen/index.aspx

IGZ d
Geraadpleegd op 4-11-2014
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/maatregelen/tuchtrechtelijke-maatregelen/

IGZ e
Geraadpleegd op 4-11-2014
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/maatregelen/strafrechtelijke-maatregelen/

KiesBeter
Geraadpleegd op 30-12-2014
www.kiesbeter.nl

Kwaliteitswet zorginstellingen
Geraadpleegd op 30-10-2014
http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_03-02-2015

Nationaalkompas
Geraadpleegd op 6-10-2014
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-dalys/sterfte/toekomst/>

Nederlandse internisten vereniging, NIV
Geraadpleegd op 24-11-2014
<http://www.internisten.nl/kwaliteit/richtlijnen2>

NOS
Geraadpleegd op 05-11-2014
<http://nos.nl/artikel/615711-hoger-beroep-in-zaak-jansen-steur.html>

Orde van medisch specialisten
Geraadpleegd op 7-9-2014
http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Richtlijn%202_Opmaak%205.pdf

Rechtspraak
Geraadpleegd op 5-11-2014
<http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBOVE:2014:646>

Tuchtrecht
Geraadpleegd op 06-11-2014
http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken-in-domein/gezondheidszorg/resultaat/uitspraak/2013/ECLI_NL_TGZRZWO_2013_69/?Insta
[ntieNaam=regionaal_tuchtcollege_zwolle&Pagina=16&ItemIndex=151](http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken-in-domein/gezondheidszorg/resultaat/uitspraak/2013/ECLI_NL_TGZRZWO_2013_69/?Insta)

Verandermodel Metselaar
Geraadpleegd op 7-10-2014
<http://www.dinamoforchange.com/het-instrument/>

Wet BIG
Geraadpleegd op 30-10-2014
http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_02-02-2015

Zorgatlas
Geraadpleegd op 6-10-2014
<http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/groei-en-spreiding/bevolkingsdichtheid-per-gemeente#breadcrumb>

Zorginstituut Nederland a
Geraadpleegd op 17-11-2014
<http://www.zorginstituutnederland.nl/organisatie/takenpakket>

Zorginstituut Nederland b
Geraadpleegd op 17-11-2014
<http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsinstituut/kwaliteit+van+zorg>

Zorgkaart Nederland
Geraadpleegd op 17-10-2014
<http://www.zorgkaartnederland.nl/content/sterftecijfers>

Zorgverzekeringswet
Geraadpleegd op 30-10-2014
http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/geldigheidsdatum_02-02-2015

Bijlagen

- I. Lijst met geselecteerde richtlijnen en aangeschreven specialismen
- II. Volledige uitwerking omgevingsanalyse (Inclusief organogram)

Bijlage I Lijst met geselecteerde richtlijnen en aangeschreven vakgroepen

1. Richtlijn schildklierfunctiestoornissen; Interne geneeskunde, endocrinologie
2. Richtlijn dreigende vroeggeboorte; Gynaecologie.
3. Richtlijn Delier - volwassenen en ouderen; Geriatrie.
4. Richtlijn acute buikpijn bij volwassenen, diagnostiek; Maag-, darm-, leverziekten.
5. Richtlijn Chronisch Vermoeidheidssyndroom; Interne geneeskunde
6. Richtlijn primaire idiopathische klompvoet; Orthopedie
7. Richtlijn galweg- en galblaascarcinoom; Chirurgie
8. Richtlijn astma bij kinderen; Kindergeneeskunde
9. Addendum richtlijn morbide obesitas; Interne geneeskunde, vasculaire geneeskunde
10. Richtlijn urine incontinentie bij vrouwen; Urologie
11. Richtlijn ondervoeding bij patiënten met kanker; Interne geneeskunde, Oncologie
12. Richtlijn epilepsie; Neurologie
13. Richtlijn Lichen planus; Dermatologie
14. Richtlijn Cataract; Oogheelkunde
15. Richtlijn diagnostiek en behandeling van ernstig astma; Longgeneeskunde

Bijlage II Volledige uitwerking omgevingsanalyse VieCuri MC

Macro analyse

De macro omgeving van VieCuri is de externe omgeving waarop de organisatie zelf geen invloed heeft maar die wel invloed heeft op de organisatie. De macro omgeving zal worden geanalyseerd met behulp van de DESTEP methode. DESTEP omvat de beïnvloedende factoren op demografisch, economisch, sociaal cultureel, technologisch, ecologisch en politiek-juridisch gebied.

Demografie

VieCuri is het medisch centrum voor Noord Limburg. Noord Limburg is een onderdeel van de Nederlandse provincie Limburg.

Op 1 januari 2013 telde Limburg 1121 891 inwoners. (CBS, 2014a) Tussen 2002 en 2007 was er spraken van een bevolkingskrimp in de provincie, maar sinds 2007 blijft het bevolkingspeil stabiel. Dit is te danken aan een toegenomen immigratie van voornamelijk immigranten uit Midden- en Oost-Europa. (CBS, 2014b)

Van de 1121 891 inwoners waren er 230 068 allochtoon. De meeste van hen waren westerse allochtonen uit EU-landen.

Op 1 januari 2013 was 19,9 % van de Limburgse bevolking 65 jaar of ouder, ten opzichte van 16,8% van de Nederlandse bevolking. Er zijn dus relatief veel 65-plussers in Limburg. Van de acht Noord Limburgse gemeenten heeft slechts één gemeente een hoger percentage 65 plussers dan het percentage 65 plussers in heel Limburg. Noord Limburgse gemeenten zijn dus juist relatief jong ten opzichte van de hele provincie. (Demografische kerncijfers, 2013) Zuid Limburg heeft de hoogste bevolkingsdichtheid en Noord Limburg de laagste. (Zorgatlas, 2014a)

Het geboortecijfer in Limburg is de laatste jaren aan het dalen. (Nationaalkompas, 2014a) Het sterftcijfer in Nederland zal de komende jaren toenemen door de vergrijzing van de na-oorlogse generatie. Er zal in de toekomst dus sprake zijn van een krimpende bevolking door ontgroening en een hoger aantal sterftegevallen. (Nationaalkompas, 2014b) De vergrijzing zal er echter voor zorgen dat de zorgvraag voor ziekenhuizen alleen maar zal groeien. Daarbij zal een verschuiving plaats gaan vinden naar chronische aandoeningen en ouderdomsaandoeningen.⁷

Economie

In 2008 escaleerde de wereldwijde financiële crisis. Er vond een forse terugval plaats in de mondiale handel waardoor de wereld economie een klap kreeg. In Nederland was de crisis te merken doordat de werkloosheid elk jaar toenam en de koopkracht de laatste vijf jaar afnam. Ook voor het jaar 2014 wordt door de overheid rekening gehouden met een koopkrachtdaling van 0,5%. Dit betekent dat huishoudens minder goederen en/of diensten kunnen kopen van hun besteedbaar in komen.

De overheid zelf heeft de laatste jaren, ondanks forse bezuinigingen, meer geld uitgegeven dan dat er binnen kwam. De verwachting is dat het begrotingstekort in 2014 ongeveer 20 miljard euro zal bedragen. In 2013 is een nieuw pakket aan hervormingsmaatregelen op het gebied van woningmarkt, arbeidsmarkt, pensioenen en zorg, aangekondigd. (Miljoenennota 2014, 2013)

Ondanks deze negatieve cijfers is er wel spraken van een groeiende economie. In het tweede kwartaal van 2014 groeide de economie met 0,7% ten opzichte van het eerste kwartaal en met 1,1% ten opzichte van het tweede kwartaal van 2013. (CBS, 2014c)

⁷ Raad van Bestuur VieCuri. (2013). *Meerjaren beleidskader 2014-2019 'Gewoon Beter'*. (Rapport). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

Daarnaast wordt in de miljoenennota van 2015 de verwachting uitgesproken dat de economische groei in 2015 zal doorzetten. Het kabinet kondigt aan de eerdere bezuinigingen in de zorg te verzachten door geld ter beschikking te stellen voor de transitie naar de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning. Daarnaast zal in 2015 en 2016 een bedrag van €75 miljoen ter beschikking worden gesteld voor een zogenaamde huishulptoeelage. (Miljoenennota 2015, 2014)

In 2013 was nog spraken van economische krimp, het groeipercentage bedroeg -0,8%. In de provincie Limburg lag de economische krimp zelfs nog hoger. Daar bedroeg het groeipercentage -1,5%. (CBS, 2014d) In het jaar 2013 was er spraken van een werkeloosheid van 8-9% in de provincie Limburg. Het soort werk dat wordt verricht, verschilt per deel van de provincie. In het noorden en midden is veel spraken van intensieve veehouderij en glastuinbouw. Noord Limburg en dan met name Horst wordt gezien als vooraanstaand agrarische productie- en onderzoekgebied in Europa. Verder vormt Noord Limburg met Venlo op logistiek gebied een belangrijke brug tussen andere West Europese landen en Nederland.

In Zuid Limburg neemt de chemische industrie en de automotive sector de overhand. Een bekend voorbeeld van een Limburgse werkgever is DSM. Samen met Noord Brabant is Limburg verantwoordelijk voor 50% van de Nederlandse activiteiten op het gebied van research en development. (Limburg, 2014)

Veel Limburgers hebben een inkomen dat onder het Nederlandse gemiddelde ligt. In het Zuid Oosten van Limburg liggen de gemeenten met de minst verdienende huishoudens met een gemiddeld huishoudinkomen dat meer dan 10% onder het landelijke gemiddelde ligt. Vier Limburgse gemeenten staan zelfs in de top 10 van laagst gemiddelde huishoudinkomens (cijfers uit het jaar 2011). Verder zijn er een paar Limburgse gemeenten waar de huishoudens 0-10% meer verdienen dan het landelijke gemiddelde. Het gemiddelde inkomen in Nederland bedraagt €24000,-. (Welvaart in Nederland, 2014)

Sociaal-cultureel

Het geld dat Nederlanders verdienen, wordt voornamelijk uitgegeven aan huisvesting, water en energie. Op de tweede plek staat de uitgavenpost recreatie en cultuur en op de derde plek staat de post voeding en genotmiddelen. (Welvaart in Nederland, 2014)

In 2013 maakte 10,3 miljoen Nederlanders (83%) van 12-75 jaar gebruik van het internet om goederen of diensten te kopen. Het meeste geld werd besteed aan kleding en vakanties.

Nederlanders besteedden in 2010 7,4% van hun totale tijdsbesteding aan sport, spel en vakantie. Tot de populairste sporten in Nederland behoren; zwemmen, fitness/aerobics, en wielrennen/fietssport (cijfers 2007). Wandelen en fietsen waren in 2007 belangrijke vormen van sportieve dagrecreatie. Andere vormen van dagrecreatie die tot de populairste behoren zijn recreatief winkelen en uitgaan in restaurant, café of discotheek. In de provincie Limburg was in 2006-2007 sport en sportieve recreatie de belangrijkste dagtocht. Uitgaan stond op de tweede plek.

Mensen die een dagtocht maken, blijven het vaakst in eigen provincie. Limburgers gaan verder veel naar Noord Brabant en Gelderland. (Toerisme en recreatie in cijfers, 2013)

De levensverwachting van Nederlanders bij geboorte was in 2012 voor mannen 79,1 jaar en voor vrouwen 82,8 jaar. (Nationaal Kompas, 2014c) De levensverwachting van mensen in de GGD regio Noord Limburg lag iets boven het Nederlandse gemiddelde en de levensverwachting van de mensen in de GGD regio Zuid Limburg lag iets lager dan het Nederlandse gemiddelde. (Zorgatlas, 2014b)

De meeste mensen in Nederland stierven in 2012 aan 'kwaadaardige nieuwvormingen', gevolgd door hart- en vaatziekten en ziekten van ademhalingsorganen.

Wat mogelijk samenhangt met deze doodsoorzaken is de leefstijl van mensen.

25,6% van de bevolking rookte in 2011 en 41,7% van de bevolking had overgewicht.

In 2011 leed 23,7% van de Nederlanders aan één langdurige aandoening, 11,4% leed aan twee langdurige aandoeningen en 13,1% leed aan drie of meer langdurige aandoeningen. (Gezondheid en zorg in cijfers, 2013)

Deze mensen werden in 2012 behandeld in 155 ziekenhuizen waar 261195 mensen werkten (187146 fte). Het aantal fte voor medische specialisten bedroeg in 2012 14165. (Dutch hospital data, 2014)

Technologie

Gedurende de jaren 2000 tot 2010 deed sociale media zijn intrede in Nederland. Sociale netwerksites zagen het levenslicht en ontwikkelde zich razendsnel tot een populaire manier van communiceren. Een goed voorbeeld hiervan is Facebook, dat eind 2008 een groei doormaakte met 600000 nieuwe aanmeldingen per dag. In dat zelfde jaar werd Facebook gelanceerd in Nederland. Andere sociale netwerksites zoals Twitter en LinkedIn zijn gestart in respectievelijk 2006 en 2003. Het ontstaan van sociale netwerksites was mede te danken aan het steeds sneller wordende internet. Sociale media maken het mogelijk dat mensen via internet met elkaar communiceren en informatie, verhalen, foto's, meningen etc. met elkaar delen.

De opkomst van smartphones en tablets heeft eveneens bijgedragen aan het succes van sociale media, wat tegenwoordig geen hype meer is, maar een onderdeel van het dagelijkse leven. Er is een verschil waarneembaar tussen de Nederlandse smartphone gebruikers en niet smartphone gebruikers. De eerste groep maakt vaker dagelijks gebruik van Facebook en Twitter dan de tweede groep. De laatste jaren is de populariteit van Facebook wat afgenomen. Het aantal actieve gebruikers loopt af in landen als de Verenigde Staten, Engeland en Duitsland en op de beurs is het aandeel Facebook minder waard geworden.

Ook binnen de medische wereld zouden sociale media een rol kunnen spelen. Omdat mensen steeds ouder worden wordt de druk op de medische wereld steeds groter. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ziet kansen in het gebruik van sociale media ter verbetering van de kwaliteit van zorgverlening. Met behulp van sociale media kunnen artsen een groter netwerk opbouwen en kennis delen. Ook zou sociale media een manier kunnen zijn om contact te houden met patiënten zonder dat patiënten daadwerkelijk naar de arts toe hoeven te komen, of andersom.

Uiteraard is het van belang dat de privacy van patiënten hierbij gewaarborgd blijft. (Steentjes, 2013)

De privacy hangt samen met de veiligheid van internetgebruik. De Nederlandse overheid installeerde op 30 juni 2011 de Cyber Security Raad. Dit is een publiek-privaat adviesorgaan met als taak om de overheid en private partners te adviseren over veiligheid met betrekking tot de digitale wereld en ontwikkelingen die zich voordoen op dat gebied. (Rijksoverheid, 2014a)

Een ontwikkeling die ook betrekking heeft op digitalisering is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), ook wel zorginfrastructuur genoemd. Dit is een hulpmiddel voor zorgverleners om te beschikken over medische gegevens van specifieke patiënten. Specialist, huisartsen en apothekers kunnen gebruik maken van dit systeem. De gegevens van een patiënt worden alleen gedeeld via de zorginfrastructuur als deze hiervoor toestemming gegeven heeft. (Rijksoverheid, 2014b)

De ontwikkelingen op medisch technologisch gebied gaan snel en zijn vaak omvangrijk. Hierdoor ontstaan nieuwe, vaak minder ingrijpende manieren van diagnose en behandeling. Concentratie van bepaalde complexe zorg of basis zorg wordt noodzakelijk vanwege de toepassing van dure high-tech apparatuur.⁸

⁸ Raad van Bestuur VieCuri. (2013). *Meerjaren beleidskader 2014-2019 'Gewoon Beter'*. (Rapport). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

Ecologie

Het aspect ecologie heeft betrekking op het milieu en het klimaat. De Nederlandse overheid houdt al rekening met het milieu door bijvoorbeeld internationale afspraken te maken over CO₂ uitstoot en uitstoot van andere broeikasgassen (Kyotoprotocol). Het doel van deze afspraken is de wereldwijde uitstoot van broeikasgassen terug te dringen en zo de invloed van deze gassen op het milieu in te perken. (CBS, 2014e)

Rekening houden met het milieu is tegenwoordig ook een agendapunt bij veel bedrijven. Als bedrijven bewust bezig zijn met de 3 p's, people, planet en profit, zijn zij bezig met maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO). Bedrijven die op deze manier ondernemen, houden in hun bedrijfsvoering rekening met de gevolgen voor mens, maatschappij en milieu. (MVO Nederland, 2014)

MVO is bij ziekenhuizen vaak nog niet aan de orde. Dit blijkt uit de MVO monitor ziekenhuizen 2011. Ziekenhuizen kunnen nog een grote slag slaan op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen. (Meijer, 2013)

Politiek juridisch

In het stukje 'Technologie' werd gesproken over het EPD. Het EPD is een instrument ter uitwisseling van patiënten informatie. Een EPD is toegestaan mits het voldoet aan de geldende wet en regelgeving. Er zijn twee wetten die het juridische kader vormen voor het gebruik van het EPD. Dit zijn de Wet bescherming persoonsgegevens en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. (Schipper, 2014) In de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst staan de rechten en plichten van hulpverleners en patiënten beschreven. Op het moment dat een patiënt in contact komt met een hulpverlener gaan zij automatisch een behandelingsovereenkomst aan. Dit houdt in dat zowel patiënt als hulpverlener aan bepaalde plichten moet voldoen en aanspraak kan maken op bepaalde rechten. (Nationale zorggids, 2014) Daarnaast is er de Wet bescherming persoonsgegevens. Deze wet omschrijft hoe men om dient te gaan met persoonsgegevens.

De kwaliteit van de zorg in Nederland wordt bewaakt door de Inspectie van de gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse zorgautoriteit (NZa). De IGZ komt op voor de rechten van patiënten en heeft als taak toezicht te houden op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de Nederlandse zorg. De Wet marktordening gezondheidszorg regelt dat er meer concurrentie en marktwerking in de zorg wordt bereikt. De NZa gebruikt deze wet om het gedrag van zorgverleners en zorgverzekeraars te monitoren. (Rijksoverheid, 2014c)

De kwaliteit van zorg in Nederland wordt gewaarborgd middels de Kwaliteitswet zorginstellingen. In deze wet staat omschreven dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet aanbieden. Verantwoorde zorg is zorg die van goed niveau is. Verder moet de zorg in ieder geval afgestemd zijn op de behoefte van de patiënt, mits deze reëel zijn, en doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht zijn. (Kwaliteitswet zorginstellingen, 1996)

Een andere belangrijke wet waar de rol van de zorgverzekeraar in staat beschreven is de Zorgverzekeringswet (Zvw). In artikel 13 van deze wet staat bijvoorbeeld beschreven dat een zorgverzekeraar ook moet uitkeren op het moment dat de verzekerde bij een andere zorgverlener onder behandeling gaat dan waar de verzekeraar afspraken mee heeft. (Zorgverzekeringswet, 2014)

Op 1 januari 2015 wordt de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO 2015) van kracht. Deze wet gaat een deel van de Algemene Wet bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervangen. De AWBZ komt in zijn geheel te vervallen. In de WMO 2015 is opgenomen dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het ondersteunen van mensen op diverse gebieden zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Daarnaast is er nog een nieuwe wetten die de AWBZ gaan vervangen.

Voor mensen die blijvend 24-uurs zorg nodig hebben, zoals bepaalde ouderen en mensen met een geestelijke of lichamelijke beperking, wordt de Wet langdurige zorg (Wlz) van toepassing.

De Zorgverzekeringswet wordt aangepast zodat ook verpleging en verzorging aan huis hieronder komt te vallen. (Rijksoverheid, 2014d)

Niet voor alle zorginstellingen hebben de wetswijzigingen gevolgen. De financiering van ziekenhuizen (curatieve zorg) loopt al via de Zvw

Meso analyse

De meso omgeving is de directe externe omgeving van de organisatie die centraal staat. De aspecten van deze omgeving hebben invloed op de organisatie en zijn ook deel te beïnvloeden door de organisatie.

Met behulp van het ABCD-model wordt de meso omgeving geanalyseerd. In deze analyse komen de afnemers, bedrijfstak, concurrentie en distributie aan bod waardoor een goed beeld moet ontstaan van de directe externe omgeving van VieCuri.

Afnemersanalyse

Het product dat VieCuri levert is veelal niet tastbaar maar eerder een dienst. De core business van VieCuri is het leveren van zorg. Zorg is in dit geval dus het 'product'. De afnemers van VieCuri hebben zelf enige vorm van zorg nodig of zijn zorgverlener en willen de medewerking van VieCuri of enige vorm van samenwerking tot stand brengen. Een derde afnemer is de groep zorgverzekeraars, welke zorg inkopen bij zorgverleners en op die manier contracten afsluiten.

De belangrijkste groep van afnemers is de patiëntenpopulatie van de organisatie. Een kenmerk van deze groep is dat zij er zelf niet voor kiezen om 'afnemer' te worden van VieCuri. Het is in de meeste gevallen een noodzaak. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat in artikel 13 van de zorgverzekeringswet staat beschreven dat mensen zelf mogen bepalen van welke zorgverlener zorg wordt betrokken. Dit houdt dus in dat patiënten weliswaar niet ervoor kiezen dat zij zorg nodig hebben, maar wel kunnen kiezen naar welke zorgverlener zij toe gaan voor deze zorg. De vraag die hierbij gesteld kan worden is of patiënten van VieCuri gebruik maken van deze keuzevrijheid en dus bewust kiezen voor VieCuri, of uit gewoonte, bijvoorbeeld omdat VieCuri het dichtstbijzijnde ziekenhuis is. VieCuri kan inspelen op de keuzevrijheid door te streven naar optimale kwaliteit van de patiëntenzorg in al haar facetten.

De Nederlandse zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorginstellingen. Dit gebeurt op basis van onderhandelingen. Hierbij proberen zorgverzekeraars een zo gunstig mogelijk tarief af te spreken. Zorgverzekeraars kunnen zelf bepalen bij wie zij de zorg inkopen. Zij kunnen macht uitoefenen door hun keuze te baseren op bijvoorbeeld kwaliteit van de geleverde zorg en prestaties van de zorginstellingen. (Boot, 2010)

De andere zorgverleners die werkzaam zijn in de directe omgeving van VieCuri zijn, huisartsen, verzorgingstehuizen, thuiszorginstellingen en andere ziekenhuizen. Deze zorgverleners kunnen worden gezien als afnemer omdat zij mogelijk medewerking nodig hebben van VieCuri bij de zorg voor een patiënt. Een voorbeeld hiervan is de huisarts die graag diagnostisch onderzoek, zoals bloedonderzoek, wil laten verrichten bij één van zijn patiënten. De afname en het bloed voor het diagnostisch onderzoek wordt verricht door VieCuri, maar de huisarts is uiteindelijk degene die iets met de resultaten zal doen.

Bedrijfstakanalyse

De bedrijfstakanalyse wordt verricht aan de hand van het vijfkrachtenmodel van Porter (Verandermanagement, 2012)

Dit vijfkrachtenmodel bestaat uit vijf aspecten van de bedrijfstak en geeft een beeld van de bedrijfstak waarbinnen een organisatie functioneert. De vijf aspecten zijn; macht van de leveranciers, macht van de afnemers, substituten op de markt, dreiging van nieuwe toetreders, interne concurrentie van de spelers.

Macht van de leveranciers

De leveranciers van VieCuri hebben beperkte macht. De kwaliteit van de zorg die door VieCuri geleverd wordt, is vooral afhankelijk van de kennis en kunde van de zorgverleners, en niet van leveranciers. Leveranciers spelen vrijwel alleen op materieel gebied een rol in het zorgproces. Indirect zijn scholen, HBO instellingen en universiteiten de leveranciers voor VieCuri. Zij zijn verantwoordelijk voor het aanbod van goed

geschoold personeel. Maar de zorgverleners zelf zijn uiteindelijk verantwoordelijk voor het op peil houden van hun kennis en kunde. De macht die zij daarin hebben kan worden ondervangen door goed personeelsbeleid en toezicht door de toezichthouder.

Macht van de afnemers

De macht van de afnemers is al in zekere mate aan bod gekomen bij de afnemersanalyse. Patiënten van VieCuri, de afnemers, hebben een zekere keuzevrijheid, maar dit wil niet zeggen dat patiënten deze keuzevrijheid ook altijd gebruiken. Patiënten kiezen misschien niet bewust voor VieCuri, maar omdat dit nu eenmaal het dichtstbijzijnde ziekenhuis is. Maar ondanks dat hebben ze wel bepaalde macht. Ze hebben de mogelijkheid om voor een ander ziekenhuis te kiezen.

Substituten

Substituten zijn vervangende producten of diensten. In het geval van VieCuri zijn er weinig substituten op de markt. Alternatieve geneeswijzen zijn substituten voor de reguliere zorg die VieCuri aanbiedt. In de regio Venlo zijn diverse praktijken voor alternatieve geneeswijze zoals biofysische geneeskunde of natuur geneeskunde, te vinden. Patiënten zijn vrij om af te zien van reguliere geneeskunde en te kiezen voor alternatieve geneeswijzen. Het is echter zeer onwaarschijnlijk dat deze substituten de markt ooit zullen domineren. Volgens cijfers van het CBS was ongeveer 6% van de Nederlandse bevolking in de periode van 2010 tot 2012 onder behandeling van een alternatieve genezer. Deze behandeling hoeft reguliere zorg niet uit te sluiten. Het is dan ook moeilijk te zeggen hoe groot het deel van de bevolking is dat reguliere geneeswijze helemaal mijdt. (CBS, 2014f)

Dreiging van nieuwe toetreders

Nieuwe toetreders, een nieuw ziekenhuis, op de markt is een onwaarschijnlijk scenario. Om een ziekenhuis te beginnen moet worden voldaan aan een uitgebreid pakket aan regels en wetgeving. Bovendien moet een zorginstelling een toelating hebben volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) om in aanmerking te komen voor financiering via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene wet bijzonder ziektekosten (AWBZ). Om toelating te krijgen tot de WTZi wordt door het publieke orgaan Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) getoetst op transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering en op de bereikbaarheid van acute zorg (in geval van een ziekenhuis). Naast de eisen van wet en regelgeving en financiering is het een dure aangelegenheid om van de grond af aan een nieuw ziekenhuis op te starten. De medische apparatuur die nodig is om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren is niet goedkoop. Als het nieuwe ziekenhuis er eenmaal is, moeten er patiënten komen om geld binnen te krijgen voor de behandelingen die gegeven worden. Er zijn een aantal manieren om dit te bereiken. Eén; het nieuwe ziekenhuis is gevestigd in een gebied waar weinig tot geen concurrentie is van andere ziekenhuizen. Twee; het nieuwe ziekenhuis heeft op een bepaalde manier voorsprong op de bestaande concurrentie bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit van zorg, of wachttijden.

Dat er dreiging ontstaat voor het voortbestaan van VieCuri omdat er een nieuwe toetreders komt is dus niet erg voor de hand liggend. (Boot, 2010)

Interne concurrentie

De mate van concurrentie wordt bepaald door de mate waarop patiënten gebruik maken van de keuzevrijheid. Volgens de nationale atlas volksgezondheid kiest ruim 25% van de mensen die zorg nodig hebben voor een ziekenhuis dat niet het meest dichtbij ligt maar voor een ziekenhuis dat betere kwaliteit levert, andere voorzieningen heeft of waar men sneller terecht kan. (Zorgatlas, 2014c)

De concurrentie tussen ziekenhuizen is het grootst in gebieden waar meerdere ziekenhuizen relatief dicht bij elkaar liggen.

Voor VieCuri geldt dat de concurrentie het hoogst is in de gebieden die overlappen met de twee directe concurrenten, het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer en het Laurentius ziekenhuis in Roermond. (Zorgatlas, 2014c) In het tussenliggende gebied is de concurrentie laag.

Concurrentie analyse

Patiënten mogen in zekere mate zelf bepalen naar welk ziekenhuis ze gaan. In feite zijn alle ziekenhuizen in Nederland dus concurrent van VieCuri. Gemakshalve wordt hier alleen gekeken naar de dichtstbijzijnde concurrenten. Dit zijn er twee, het Laurentius ziekenhuis in Roermond en het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer. Het zuidelijkste deel van het zorggebied van VieCuri overlapt met dat van het Laurentius en het noordelijkste deel van het zorggebied van VieCuri oververlapt met dat van het Maasziekenhuis. Het Maasziekenhuis Pantein is een onderdeel van de stichting Pantein gericht op de inwoners van Land van Cuijk en Noord Limburg. De core business van de organisatie is het leveren van medisch specialistische zorg. In tegenstelling tot VieCuri is het Maaslandziekenhuis geen STZ ziekenhuis en is het dus niet gespecialiseerd in het aanbieden van medische en paramedische opleidingen.

Naast het aanbieden van basiszorg werkt het Maasziekenhuis samen met Radboud UMC en de Sint Maartenskliniek bij het leveren van specialistische zorg. Hierdoor hoeft de patiënt minder ver te reizen.

De missie van Pantein luidt:

“Het leveren van excellente zorg dichtbij, met de klant centraal in al ons denken en doen.” (Pantein, 2014)

Pantein streeft ernaar om in 2017 de best gewaardeerde regionale zorgaanbieder te zijn, voor klanten, medewerkers en partners. Dit wil de organisatie bereiken door in te zetten op:

“uitstekende kwaliteit;

snelle service

adequate informatievoorziening

gastvrijheid voor klanten

betrokkenheid bij medewerkers en

gerichtheid op samenwerking met partners.” (Pantein, 2014)

Sinds 1 maart 2014 zijn Nederlandse ziekenhuizen verplicht om sterftecijfers te publiceren. Deze cijfers worden omgerekend in een Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR). De HSMR geeft weer of er in een ziekenhuis meer of minder personen zijn gestorven dan verwacht. Een score > 100 betekent dat er méér sterftegevallen voorkwamen en een score <100 betekent dat er minder sterftegevallen voorkwamen dan verwacht. Hoewel deze cijfers niet gemakkelijk met elkaar vergeleken kunnen worden, geven ze wel een indicatie van de kwaliteit van ziekenhuizen. Het doel van de publicatie is een ziekenhuis te dwingen bewust bezig te zijn met kwaliteit verbetering.

De HSMR van het Maasziekenhuis was in 2012, 107. Er waren in dat jaar dus meer sterftegevallen in het Boxmeerse ziekenhuis dan verwacht mocht worden.

Voor VieCuri gold in dat jaar een HSMR van 85. Hier waren dus minder mensen overleden dan verwacht mocht worden.

Het Roermondse ziekenhuis Laurentius had een HSMR van 92, ook positiever dan de verwachting. (Zorgkaart Nederland, 2014)

Het Laurentius ziekenhuis in Roermond heeft Midden Limburg als verzorgingsgebied. Inwoners van de gemeenten Beesel, Echt-Susteren, Leudal, Maasgouw, Roerdalen en Roermond horen tot de doelgroep van het ziekenhuis. De gemeente Beesel ligt in het gebied dat overlapt met het verzorgingsgebied van VieCuri. In Reuver, onderdeel van de gemeente Beesel, heeft VieCuri een buitenpoli gevestigd.

De visie van het Laurentius ziekenhuis luidt:

“We bieden zorg zoals je voor jezelf zou wensen als je patiënt bent, met aandacht, optimisme, deskundigheid en respect.” (Laurentius, 2014)

Aandacht, optimisme, deskundigheid en respect zijn tevens de kernwaarden van de organisatie.

Naast concurrent, is het Laurentius op een aantal gebieden een samenwerkingspartner van VieCuri. De ziekenhuisapotheken werken samen bij de verpakking en bereiding van medicatie. Verder voert VieCuri PET-CT scans uit voor patiënten van het Laurentius ziekenhuis. Hier is sprake van samenwerking tussen de afdelingen nucleaire geneeskunde.

Ook heeft VieCuri een rol gekregen in het vormgeven van de sportgeneeskunde afdeling van het Roermondse ziekenhuis. En op zeer korte termijn, 1 januari 2015, gaan de beide ziekenhuizen een intensief samenwerkingsverband aan op het gebied van long- en blaaschirurgie. (Laurentius, 2014)

Distributie analyse

De core business van VieCuri, zorg verlenen, is geen tastbaar product, maar een dienst. Distributie is dus in beperkte mate van toepassing op deze organisatie. Wel kan de vraag gesteld worden hoe VieCuri ervoor zorgt dat haar diensten bij de ‘klant’ komen.

VieCuri heeft twee hoofdlocaties, een in Venlo en een in Venray. Op deze beide locaties wordt poliklinische en klinische zorg verleend. Er is wel een duidelijk verschil tussen beide locaties. Zo is de spoedeisende hulp alleen gevestigd in Venlo, net als de intensive care.

Niet alle zorg die in Venlo geleverd wordt, wordt ook in Venray geleverd en anders om.

Bepaalde artsen hebben bijvoorbeeld alleen in Venlo of Venray spreekuur.

Naast de hoofdlocaties zijn er een aantal buitenpoli's. Het doel hiervan is de zorg dichterbij de patiënt te brengen.

Na de hoofdlocaties is de locatie in Panningen de locatie waar de meest uitgebreide zorg geleverd wordt, hier is de polikliniek Peel en Maas gevestigd. Op deze locatie vinden spreekuren plaats van bepaalde specialisten, kunnen röntgenfoto's gemaakt worden en kan bloed afgenomen worden. (VieCuri, 2014a)

Naast een polikliniek in Panningen, bevinden zich onder andere in Horst en in Reuver buitenpoli's. Ook hier vinden op bepaalde dagdelen spreekuren plaats van specialisten en kan bloed afgenomen worden. Bij de Mytyschool Ulingshof in Venlo wordt kinderrevalidatie aangeboden, deze zorg wordt direct bij de patiënt geleverd.

Micro analyse

De Micro analyse is bedoeld om de interne omgeving van de organisatie te analyseren. De analyse geeft een beeld van de sterke en zwakke punten van een organisatie. Deze sterke en zwakke punten, strengths en weaknesses, vormen een onderdeel van de uiteindelijke SWOT analyse. De SWOT-analyse is een overzicht van alle strengths, weaknesses, opportunities en threats van de organisatie en haar omgeving. Het doel hiervan is een mogelijke strategie van een organisatie te kunnen bepalen.

De micro analyse zal worden uitgevoerd met behulp van het 7S model. In dit model worden zeven factoren van de organisatie geanalyseerd, strategy, systems, structure, shared values, style, staff en skills. Alle factoren moeten met elkaar in harmonie zijn, wil de organisatie zo optimaal mogelijk functioneren. Als de organisatie een andere koers gaat volgen, moeten alle S-en zich aanpassen aan de nieuwe koers.

De interne organisatie van VieCuri zal nu geanalyseerd worden met behulp van dit 7S model.

Strategy

De strategy omschrijft de doelen die de organisatie voor ogen heeft. Deze doelen zijn gebaseerd op een bepaalde missie en visie. VieCuri heeft haar missie, visie en strategische speerpunten omschreven in het meerjaren beleidskader 2014-2019. ⁹ De missie en visie worden door VieCuri als volgt omschreven:

Voor onze patiënten in Noord- en Midden Limburg zijn wij een open organisatie voor medisch specialistische netwerkzorg

Wij zijn een centrumziekenhuis die zich richt op het verlenen van (acute en meer complexe vormen van) medisch specialistische zorg aan de patiënt. Deze zorg wordt geleverd in optimale samenwerking en afstemming met onze partners in het netwerk (eerste lijnszorgaanbieders, andere ziekenhuizen, academische centra en partners in de Care sector). Deze samenwerking gebeurt op basis van een open houding naar elkaar toe met wederzijds respect. Het beschikbaar stellen van onze kennis en expertise draagt tevens bij aan de versterking van de samenwerking, communicatie en uitwisseling van informatie in het netwerk (triage, onderzoek en diagnose).

Wij zijn een mens- en opleidingsgericht Topklinisch ziekenhuis

Wij zijn een aantrekkelijke werkgever door onze focus op het opleidingsklimaat, ontwikkelingsmogelijkheden voor medische staf en medewerkers en ruimte om verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Onze status van Topklinisch ziekenhuis (opleidingen, topklinische producten en wetenschappelijk onderzoek) is hiervoor een belangrijk middel: het stimuleert een uitdagende leerwerkomgeving en geeft voor de patiënt een kwaliteitskeurmerk op onze zorg, ongeacht de locatie waar deze zorg wordt geboden.

De beleving van onze zorg gebeurt vanuit onze kernwaarden: 'Verstand van zaken, gevoel voor mensen', ofwel 'Gewoon Beter'

Gedurende het bezoek en/of verblijf in het ziekenhuis heeft de patiënt het gevoel centraal te staan doordat onze zorg snel toegankelijk, veilig en kwalitatief hoogstaand en goed georganiseerd zorg is ('Verstand van zaken') en door de bejegening door onze medisch specialisten, verpleegkundigen en ondersteunend personeel die trots zijn op hun bijdrage en dit ook uitstralen ('Gevoel voor mensen'), ofwel 'Gewoon beter'. ¹

⁹ Raad van Bestuur VieCuri. (2013). *Meerjaren beleidskader 2014-2019 'Gewoon Beter'*. (Rapport). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

Gebaseerd op deze missie en visie heeft de organisatie vier strategische speerpunten benoemd.

1. "Toegankelijkheid voor de patiënt en eerste lijn
2. Kwaliteit en Veiligheid voor de patiënt
3. Geoliede organisatie
4. Netwerksamenwerking ziekenhuizen" 10

Deze vier speerpunten zijn verder uitgesplitst in concrete strategische doelen.

Speerpunt 1 heeft als doel de poliklinische zorg optimaal bereikbaar en toegankelijk te laten zijn voor de patiënt. De interne omgeving van VieCuri hoort daarbij vriendelijk en gastvrij te zijn. Daarnaast heeft dit speerpunt als doel om de samenwerking met de eerstelijns zorgverleners te optimaliseren. Om dit te bereiken zijn een aantal concrete strategische doelen opgesteld waar aan in de komende vijf jaar gewerkt zal worden.

"Werken zonder wachtlijst: patiënten worden binnen 5 dagen gezien
Doorlooptijd van diagnose naar behandeling blijft ruim binnen de grenzen van de normen van wetenschappelijke vereniging en zorgverzekeraars
KTO tevredenheidsscore eerstelijnsverwijzers > 8,5 op punt ketenafstemming" 3
Met speerpunt twee wordt gestreefd naar behoud van het imago van VieCuri als een ziekenhuis dat op het gebied van kwaliteit en veiligheid hoogwaardige zorg levert. De status van Topklinisch opleidingsziekenhuis voegt daar nog aan toe dat VieCuri innovatie vermogen heeft en een bedrijf is met een leercultuur waarin ontwikkeling onderdeel is van het werkklimaat. De volgende concrete strategische doelen dragen bij aan het bereiken van dit speerpunt. Het streven is deze doelen over maximaal vijf jaar bereikt te hebben.
Algemeen:

VieCuri in Top-3 cure werkgevers in het zuiden van Nederland

Kwaliteit en Veiligheid

VieCuri in Top-25 van (patiënt-)veilige ziekenhuizen

Kwaliteit en Veiligheid is integraal geborgd in de Planning & Control Cyclus

Opleidingen:

VieCuri heeft twee opleidingen meer dan minimaal verplichte aantal volgens STZ-norm

Opleidingsplaatsen passen in medisch profiel VieCuri en (in accentuering van) productportfolio

Professionaliteit en opleidingsniveau verpleegkundige beroepsgroep in overeenstemming met

Topklinische status

Opleidingsafspraken POP medewerkers voor 100% nageleefd/ 100% participatie medisch specialisten in reflectietraject

Wetenschappelijk onderzoek en topklinische producten met focus op diagnostiek, oncologie en zorg voor oudere patiënt:

Twee onderzoekslijnen

Drie erkenningen als Centre of Excellence 3

De geoliede organisatie kenmerkt zich door een optimale (zorg)processen en optimale zorgverlener aan de patiënt. De zorgverlening aan een patiënt wordt gecoördineerd door één medisch specialist waardoor continuïteit gewaarborgd is. Deze specialist is tevens hoofdbehandelaar. De optimalisatie van processen is terug te zien in flexibele

¹⁰ Raad van Bestuur VieCuri. (2013). *Meerjaren beleidskader 2014-2019 'Gewoon Beter'*. (Rapport). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

zelfsturende teams met eigen verantwoordelijkheden. Daarbij is de kwaliteit van het leiderschap evident.

Over vijf jaar wil VieCuri de volgende doelen met betrekking tot de geoliede organisatie bereikt hebben:

Score Klant Tevredenheids Onderzoek ('KTO') patiënttevredenheid > 8,5 voor klantbejegening

In de aangeboden basiszorg hebben alle vakgroepen een marktaandeel > 90%

Alle aangeboden specialismen komen voor in preferentielijsten zorgverzekeraars

Alle aangeboden specialismen behoren tot de TOP-20 van Nederland

VieCuri in landelijke Top-10 laagste gemiddelde verpleegduur

Bedrijfseconomische solvabiliteit > 25% ¹¹

Het laatste speerpunt is 'netwerksamenwerking ziekenhuizen'. Dit speerpunt heeft betrekking op het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere zorginstellingen zoals het MUMC. Het doel hiervan is de kwaliteit van zorg te verbeteren en innovatie in de zorg te bevorderen. VieCuri heeft geen concrete doelstelling gekoppeld aan dit speerpunt.

Structure

In 2012 heeft VieCuri een aantal veranderingen ondergaan. Er werd een nieuw besturingsmodel geïntroduceerd en de organisatiestructuur werd aangepast waarbij de focus lag op de onderstaande doelstellingen:

'Organisatie van de zorgprocessen rondom de patiënt;

Creëren van regelruimte voor professionals;

Versterken van de rol en inbreng van de Medische Staf in geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.' (VieCuri, 2014b)

De structuur van VieCuri is nu verdeeld in drie echelons. Het eerste is de Raad van bestuur welke belast is met de taak om de strategie en koers van de organisatie te bepalen, hierbij rekening houdend met de omgeving. Het tweede echelon is het cluster- en medischmanagement. VieCuri bestaat uit zes clusters, deels gericht op het direct verlenen van zorg en deels op het organiseren en faciliteren van de zorg. De clustermanagers zijn managers op tactisch niveau en hebben als taak de clusteroverstijgende en –verbindende zaken te overzien en af te stemmen. Het derde echelon is het Organisatorische Eenheden-management (OE) welke wordt ingevuld door een duo dat bestaat uit de OE-manager en de medische verantwoordelijke. Zij zijn belast met de taak van aansturing op operationeel niveau en inrichting van het zorgproces. In onderstaand organogram is weergegeven hoe de structuur van VieCuri op dit moment is opgebouwd. (VieCuri, 2014b)

In het organogram is te zien dat de Medische staf, bestaande uit de vrijgevestigde medisch specialisten van VieCuri, een onderdeel is van de Raad van Bestuur. (RvB) De voorzitter van de vereniging Medische staf woont de wekelijkse bijeenkomst van de Raad van Bestuur bij en neemt deel aan relevante stuurgroepen en overleggen. Op deze manier wordt gestreefd naar een nauwe samenwerking met de medisch specialisten. De Raad van Toezicht heeft naast een adviserende rol de taak om toezicht te houden op het beleid van de RvB en de algemene zaken die spelen binnen de stichting.

Per 1 januari 2015 zal het een en ander moeten veranderen in de organisatiestructuur van VieCuri. Op deze dag zullen de zogenaamde integrale tarieven in de medisch specialistische zorg worden ingevoerd. Het ministerie van VWZ verstaat onder integrale zorg "een systeem waarbij de deelregulering binnen de bekostiging van instellingen voor

¹¹ Raad van Bestuur VieCuri. (2013). *Meerjaren beleidskader 2014-2019 'Gewoon Beter'*. (Rapport). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

medisch specialistische zorg en (vrijgevestigd) medisch specialisten wordt opgeheven". (NZa, 2013)

Deelregulering houdt in:

Aparte tariefregulering voor ziekenhuiskosten en specialisten Honoraria

Het beheersmodel (honorariumplafond) voor de vrijgevestigd medisch specialisten;

Gescheiden macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria vrijgevestigd medisch specialisten. (NZa, 2013)

Het doel van de integrale tarieven is de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te dienen. Het huidige systeem van vrijgevestigde medisch specialisten binnen een ziekenhuis, past niet meer bij het toekomstige systeem. Daarom zal VieCuri een nieuwe manier moeten bedenken waarop de medisch specialisten worden ondergebracht in de organisatie.

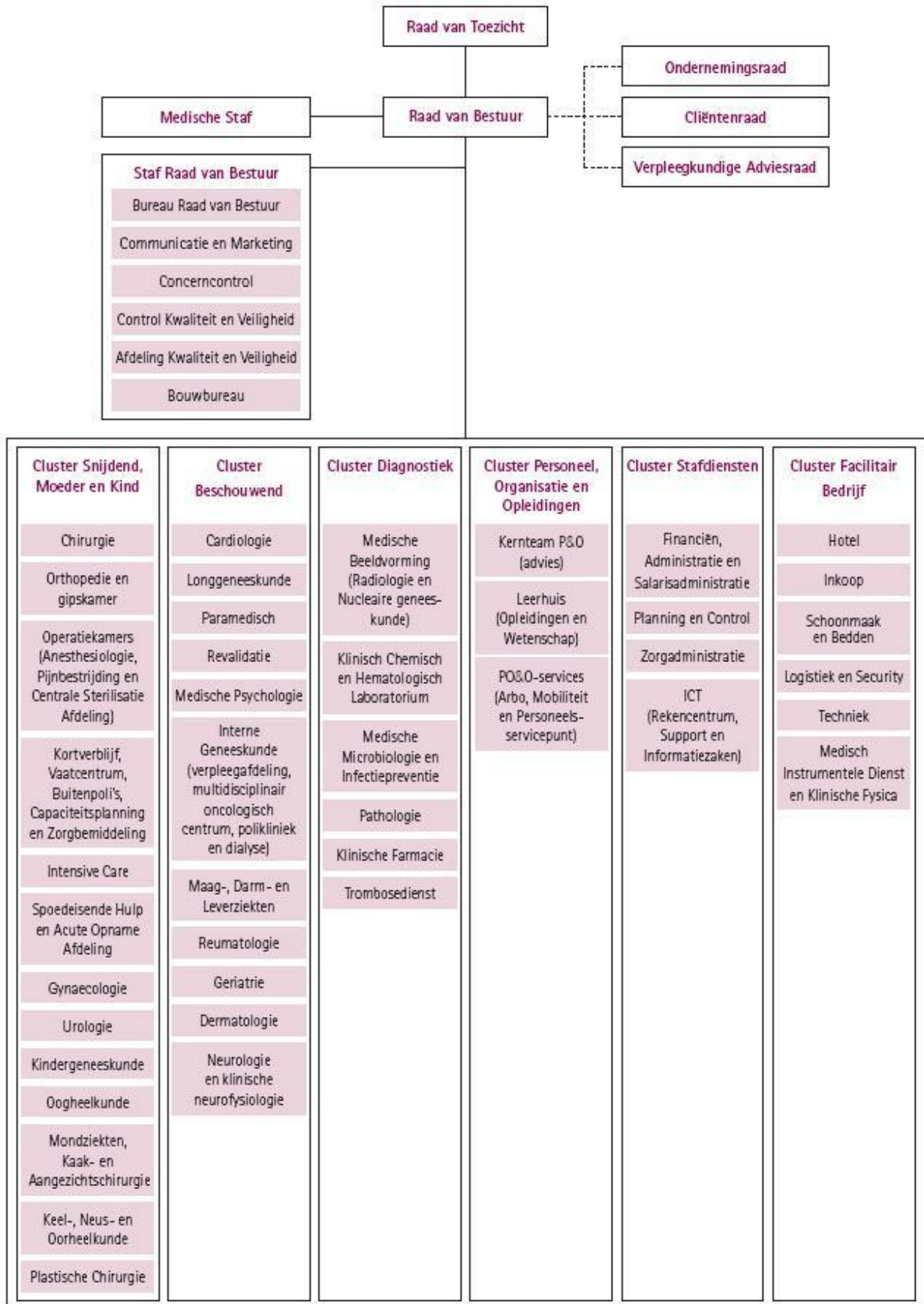
Op dit moment werken Bij VieCuri zogenaamde 'dienstverbanders' en 'vrijgevestigde'. De vrijgevestigde medisch specialisten zijn onderdeel van een maatschap en krijgen hun honorarium vanuit de vereniging medische staf. De dienstverbanders zijn in loondienst bij de organisatie. De ziekenhuisorganisatie en de maatschappen kunnen nu nog worden beschouwd als twee verschillende spelers op de zorgmarkt.

Vanaf 1 januari 2015 zal het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB) hier een einde aan maken. De NZa omschrijft het GMSB als: "een bedrijf waarbinnen de medisch specialisten en het bestuur van de instelling gelijk gerichte belangen hebben, en samen de koers voor de toekomst uitzetten". (NZa, 2013) Ziekenhuizen en dus ook VieCuri mogen zelf bepalen op welke manier dit medisch specialistisch bedrijf wordt vormgegeven. Daarbij is het nog steeds mogelijk om een onderscheid te maken tussen dienstverbanders en vrijgevestigde. (NZa, 2013)

Het voorstel van VieCuri voor de toekomstige samenwerkingsverbanden met de specialisten ligt momenteel ter goedkeuring bij de belastingdienst. In dit voorstel is opgenomen dat dienstverbanders een deelnemersovereenkomst krijgen en dat de vrijgevestigde een maatschapsovereenkomst met VieCuri krijgen.¹²

In de huidige organisatiestructuur van VieCuri zal de vereniging medische staf plaats maken voor het Medisch Specialistisch Bedrijf van VieCuri.

¹² Interview met mevr M. van Bommel, secretaresse van de medische staf VieCuri.



Figuur 1 Organogram VieCuri (VieCuri, 2014)

Systems

Binnen VieCuri wordt gebruik gemaakt van diverse systemen om het leveren van zorg te ondersteunen. Dit zijn technische systemen zoals diverse software maar ook systemen in de zin van procedures en werkwijzen.

Omdat er zeer uiteenlopende processen plaatsvinden binnen VieCuri, zijn er ook net zoveel uiteenlopende systemen die hiermee samenhangen. Het is dan ook niet te doen om alle systemen te benoemen die voor VieCuri aan de orde zijn.

Hier worden slechts enkele belangrijke en relevante systemen uitgewerkt.

Eén van de technische systemen die zorgverleners en andere medewerkers van VieCuri gebruiken bij het leveren van zorg en de ondersteuning hiervan, is de software Ezis. Ezis is een product van de producent Chip Soft, dat bedoeld is als zorginformatiesysteem. Het programma is een elektronisch patiënten dossier met functies als; spreekuurplanning, opnamehistorie, inzien van labuitslagen en patiëntfoto's en communicatie met andere zorgverleners zoals trombosediensten. Daarnaast wordt de financiële afhandeling van dossiers geautomatiseerd middels Ezis. Dit zijn slechts enkele belangrijke functies van Ezis. De software is bedoeld om de continuïteit van de zorgprocessen te garanderen, waarbij het complete patiënt gerelateerde werkproces wordt ondersteund.

Alle zorg die door VieCuri geleverd wordt, kan gekoppeld worden aan een bepaald specialisme. Alle artsen die werkzaam zijn voor VieCuri zijn specialist op een bepaald vakgebied en voeren ingrepen en voorbehouden handelingen uit waarvoor zij bekwaam zijn bevonden. Deze ingrepen en handelingen staan beschreven in richtlijnen. Deze richtlijnen vormen een beschrijving van de te hanteren werkwijzen of procedure. Het gebruik van richtlijnen of protocollen is niet alleen van toepassing op specialisten. Iedere medewerker van VieCuri die op welke manier dan ook directe of indirecte zorg verleent aan patiënten, zoals bijvoorbeeld verpleegkundige, analist, fysiotherapeut of verloskundige moet zich houden aan bepaalde protocollen. Een deel van deze protocollen zijn verzameld in het systeem Iprova. Via het intranet van VieCuri heeft iedere medewerker toegang tot Iprova.

Bepaalde protocollen zijn ziekenhuis breed, zoals bijvoorbeeld het MRSA-protocol of het protocol voor prikaccidenten en bepaalde protocollen zijn alleen van toepassing op bepaalde vakgroepen, zoals bijvoorbeeld het protocol voor de uitvoering van een zweetproef of voor het behandelen van een schouderluxatie op de spoed eisende hulp. Alleen als daar een goede onderbouwde reden voor is, mag afgeweken worden van protocollen, onder de voorwaarde dat dit goed gedocumenteerd wordt.

De handelingen die zorgverlenend personeel mogen uitvoeren, worden in veel gevallen periodiek getoetst middels praktijktoetsen. VieCuri heeft een E-learning systeem in gebruik dat inzichtelijk maakt welke praktijktoetsen specifieke medewerkers moeten voldoen. De medewerker kan inloggen in dit systeem om inzicht te krijgen in welke toetsen voldaan zijn of welke toetsen op bepaalde termijn weer voldaan moeten worden. Een voorbeeld van een jaarlijks terugkerende praktijktoets is de E-learning module; Basic Life Support en AED (reanimeren).

Op zeer korte termijn zal VieCuri gaan werken met het EPD. Het project EPD wordt bij VieCuri gestuurd door de stuurgroep VieZier. Deze groep heeft de taak gekregen om de implementatie van het EPD in de huidige bedrijfsprocessen van VieCuri in goede banen te leiden. Het is de bedoeling dat het EPD op 7 november 2014 in gebruik genomen wordt. 13

¹³ Startpunt VieCuri, geraadpleegd op 16-10-2014:

http://startpunt.viecuri.nl/Kennis_Uitwisseling/Projecten/VieZier/Nieuws_VieZier/Informatiebijeenkomst_Wanneer_ben_jij_klaar_voor_7_november

Shared Values

De shared values van een organisatie zijn de geldende normen, en gedragsregels. Ze omschrijven de bedrijfscultuur die er binnen een organisatie heerst. De missie en visie van een organisatie beschrijven hoe een organisatie graag in de maatschappij wil staan. De shared values omschrijven of de organisatie met haar medewerkers zich ook gedragen naar de missie en visie. Het is dus van belang dat de bedrijfscultuur in lijn is met de missie, visie en strategie van een bedrijf.

VieCuri is een organisatie waar medewerkers weliswaar samenwerken in formele groepen, maar waar binnen de formele groepen vaak sprake is van informele groepen. Medewerkers werken niet alleen samen binnen de organisatie, maar ondernemen ook in hun privéleven gezamenlijke activiteiten. Dit kunnen activiteiten zijn op het gebied van bijvoorbeeld uitgaan, sport of spel. Deze informele band tussen medewerkers is vaak gebaseerd op jarenlange samenwerking waarbij veel lief en leed met betrekking tot werk en privé gedeeld is. Medewerkers van VieCuri zijn erg honkvast. Het komt regelmatig voor dat een medewerker een 25- of zelfs 40-jarig jubileum mag vieren. Deze medewerkers zijn al vanaf het begin van hun werkzame leven in dienst van VieCuri. De omgangsnormen binnen de organisatie zijn dus veelal informeel. Er is dus sprake van een bepaald wij-gevoel.

VieCuri heeft in haar vier kernwaarden omschreven welke cultuur en identiteit nagestreefd worden. Het streven is dat alle medewerkers werken volgens deze kernwaarden te weten; verantwoordelijk, vraaggericht, samen en zin. De belangrijkste taak van VieCuri is goede medische zorg leveren. Maar wel met gevoel voor mensen. Omdat er binnen VieCuri een sterk wij-gevoel leeft, leeft er ook een verantwoordelijkheidsgevoel om de organisatie goed te laten functioneren. Ook het streven naar samenwerking komt overeen met de heersende cultuur. Vraaggericht werken houdt volgens VieCuri in dat werkzaamheden worden verricht naar de maatstaf van anderen en niet van de persoon zelf. Er wordt in zorginstellingen en dus ook bij VieCuri veel gewerkt met richtlijnen en protocollen. Medewerkers worden geacht om zich hieraan te houden en anderen zo nodig aan te spreken op ongewenst gedrag. De kernwaarde zin slaat op het plezier waarmee medewerkers naar hun werk komen. Het feit dat mensen vaak langdurig werkzaam zijn bij de organisatie kan worden gezien als aanwijzing dat ze blijkbaar plezier hebben in hun werk bij VieCuri. (VieCuri, 2014c)

Style

De style van een organisatie is de manier waarop er in de organisatie leiding wordt gegeven. Style staat dus voor stijl van leidinggeven.

VieCuri is een organisatie met drie managementlagen, de hoogste laag is de Raad van Bestuur, de tweede laag is de clustermanager en de derde laag is de OE-manager. De link tussen OE-manager en werkvloer is de meewerkend teamleider. Een team wordt dus direct aangestuurd door een lid van het team. Het doel hiervan is de afstand tot de werkvloer te verkleinen.

De meewerkend teamleider heeft het meeste contact met de uitvoerende medewerkers en is hier ook verantwoordelijk voor. De persoon die deze functie vervult, staat in feiten op hetzelfde niveau als de teamleden waardoor er sprake is van een min of meer gelijkwaardige relatie. Het is dus van belang dat de meewerkend teamleider bij het leidinggeven rekening houdt met het in stand houden van deze gelijkwaardige relatie. Er kan geen sprake zijn van autoritair of autocratisch gedrag omdat dit de onderlinge verhoudingen zal verstoren waardoor leidinggeven onmogelijk wordt. (Weber, 2010) De meewerkend teamleider zal het meeste bereiken met een situationele leiderschapsstijl, waarbij de situatie bepaald of er sprake is van sturing of ondersteuning. Medewerkers van

VieCuri worden gestimuleerd om talenten in te zetten en zichzelf te ontwikkelen. Zelfsturing is daarbij van belang. Op momenten dat dit goed verloopt, kan de leidinggevende een coachende leiderschapsstijl toepassen.

De OE-manager en clustermanager zullen eveneens het meeste bereiken met situationeel leiderschap, waarbij in sommige gevallen werkzaamheden worden gedelegeerd naar ondergeschikten en waar in sommige gevallen sprake is van het instrueren van de ondergeschikten.

Als het gaat om beslissingen op OE niveau of op cluster niveau is vaak sprake van een autocratische stijl, maar soms ook van een consulterende stijl. Afhankelijk van de situatie zal de manager zijn ondergeschikten consulteren of een beslissing mededelen. Deze beslissing zal dan in veel gevallen niet geheel zelfstandig genomen zijn, maar in overleg met bijvoorbeeld de medisch manager of managers van andere clusters, welke op een gelijkwaardig niveau functioneren als de clustermanager.

Staff

De staff omschrijft de medewerkers van een organisatie en de manier waarop zij gerekruteerd worden, functioneren, geëvalueerd worden en beloond worden. Van de medewerkers van VieCuri wordt verwacht dat zij werken volgens de vier kernwaarden, Verantwoordelijk, vraaggericht, zin en samen. Belangrijk is daarbij dat zij 'zin' ook uitstralen. De recrutering van medewerkers gebeurt volgens een vaste procedure. De OE-manager bepaalt op enig moment dat er sprake is van vacature ruimte. In eerste instantie wordt er gekeken op er geschikte kandidaten zijn met een herplaatsingsstatus, dit zijn medewerkers die op een andere afdeling weg moeten. Als dit niet het geval is zal een interne vacature worden opgesteld. Medewerkers van VieCuri kunnen nu solliciteren op de vacature. Als vanuit deze interne vacature nog steeds niemand geschikt bevonden is, zal er een externe vacature worden opgesteld en kunnen mensen van buiten de organisatie solliciteren. De afdeling PO&O is verantwoordelijk voor de invulling van het werving en selectieproces.¹⁴

Medewerkers van VieCuri vallen onder de CAO ziekenhuizen en worden betaald naar de loonschalen zoals opgesteld in deze CAO. De specialisten van VieCuri vallen hierbuiten zij krijgen ofwel een honorarium uit loondienst ofwel een honorarium vanuit de vereniging medische staf waarin de vrijgevestigde medisch specialisten van VieCuri zijn verenigd. Het functioneren van medewerkers wordt jaarlijks besproken in een jaargesprek. De medewerkers wordt gevraagd om een persoonlijk ontwikkel plan (POP) bij te houden waarin het functioneren wordt geëvalueerd aan de hand van de kernwaarden. Ook wordt de medewerker gevraagd om wensen en ambities ten aanzien van de loopbaan op te stellen. Over de ontwikkeling van het functioneren van een medewerker worden verder afspraken gemaakt. Het POP wordt elk jaar toegevoegd aan het personeelsdossier van de medewerker.

Skills

Skills staat voor kernbekwaamheden of sleutelvaardigheden. Dit zijn aspecten van de organisatie die maken dat deze zich onderscheidt van andere soortgelijke organisaties. Het kan hierbij gaan om vaardigheden van medewerkers maar met name ook over competenties van de organisatie als geheel. (Weber, 2010)

De kernwaarden van VieCuri, vraaggericht, verantwoordelijk, samen en zin kunnen gezien worden als de sleutelvaardigheden van de organisatie. Zij omschrijven precies waar de organisatie goed in wil zijn. De kernwaarden lijken op het eerste oog niet meteen vaardigheden, maar kunnen toch omgebogen worden naar voor de medewerkers specifieke competenties. Vraaggericht werken heeft alles te maken met efficiëntie en communicatieve vaardigheden. Verantwoordelijk zijn de medewerkers voor het op niveau houden van kennis en vaardigheden zodat de zorg die geleverd wordt ook van goede

¹⁴ PO&O VieCuri. (2014). *Procedure werving en selectie*. (Protocol). Venlo: VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg.

kwaliteit is. Hierbij is zelfreflectie en omgang met feedback van belang. Samen heeft alles te maken met de vaardigheid samenwerken en zin heeft alles te maken met de omgang met patiënten en de houding die daarbij aangenomen wordt.

De vaardigheden waarover medewerkers van VieCuri verder horen te beschikken worden omschreven in de functieprofielen van alle functies die binnen de organisatie voorkomen. Hierin zijn vakspecifieke vaardigheden benoemd, vaak in de vorm van een diploma, maar ook vaardigheden die betrekking hebben op het gewenste gedrag op de werkvloer, bijvoorbeeld flexibel, of communicatief vaardig.

SWOT analyse

De bovenstaande externe en interne analyse van VieCuri heeft sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen opgeleverd (Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats, SWOT). De belangrijkste punten zullen nu in een schema worden opgesomd.

	Positief	Negatief
Intern	Sterkten	Zwakten
	- o Duidelijk omschreven kernwaarden; - o Uitdragen kernwaarden wordt gestimuleerd; - o Eenvoudige, platte organisatiestructuur; - o Implementatie EPD; - o Meewerkend teamleider staat dicht bij de werkvloer.	o Missie, visie, strategie en kernwaarden lopen te zeer in elkaar over en geven geen eenduidig beeld van wat de organisatie nu eigenlijk wil.
Extern	Kansen	Bedreigingen
	- o Vergrijzing Limburgse bevolking; - o Hogere levenverwachting GGD regio Noord Limburg; - o Ongezonde leefstijl, roken en overgewicht; - o Gebruik Social Media in de zorg; - o EPD.	- o Lage bevolkingsdichtheid Noord Limburg; - o Daling geboortecijfer en krimpende bevolking; - o Concentratie complexe zorg door dure high tech apparatuur; - o Macht van de zorgverzekeraars; - o Concurrentie van Maasziekenhuis Pantein in Noordelijkste deel zorggebied VieCuri en van Laurentius ziekenhuis Roermond in zuidelijkste deel zorggebied VieCuri.

Bronnen omgevingsanalyse

Boeken

Boot, J.M.D. (2010). *Organisatie van de gezondheidszorg*. (Tweede druk). Assen: Van Gorcum.

Kleijn, H. Rorink, F. (2012) *Verandermanagement*. (Derde druk) Benelux: Pearson Education.

Steenjtes, A. Baarsma, S. (2013). *Social media voor medici*. (Eerste druk). Beuningen: Esculaap Media.

Weber, A. Doelen, A. (2010). *Organiseren en managen*. (Tweede druk). Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers

Rapporten

Meijer, F. Stiefelhagen, L. & Meijer, E. (2013) *MVO bij de algemene ziekenhuizen: een wereld te winnen!* Geraadpleegd op de website van Royal HaskoningDHV: http://www.google.nl/url?url=http://www.royalhaskoningdhv.com/nederland/~media/royalhaskoningdhvcorporate/files/local/papers%2520and%2520articles/2013/20130304%2520013-mrt-apr-p26-29-.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=0BVFVMjbCYjMPci1gfgH&ved=0CBQQFjAA&sig=2=X2xO7VaC_ar1U5IMdGX1qA&usg=AFQjCNHkQbSNhWslIMxnwKQmKNeV_cPUeg

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Advies Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015*. Document van de Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd op 23-10-2014 van http://www.nza.nl/104107/139830/740611/Advies_Integrale_tarieven_medisch_specialistische_zorg_2015.pdf

Rijksoverheid. (2013) *Miljoenennota 2014*. Geraadpleegd op de website van de rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/begrotingen/2013/09/17/miljoenennota-2014.html>

Rijksoverheid. (2014) *Miljoenennota 2015*. Geraadpleegd op de website van de rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/begrotingen/2014/09/16/miljoenennota-2015.html>

VieCuri. (2014b) *Jaardocument VieCuri 2013*. Geraadpleegd op de website van VieCuri: http://www.viecuri.nl/viecuri_C01/default.asp?comid=3&modid=515&itemid=0&time=-1

Kamerbrieven

Schippers, E. I. (2014). *Commissiebrief inzake Rechtsongelijkheid en privacy in de zorg*. Brief van minister Schippers. Geraadpleegd op 06-10-2014 van <http://www.rijksoverheid.nl/zoeken?keyword=Commissiebrief+inzake+Rechtsongelijkheid+en+privacy+in+de+zorg>

Internetsites

CBS a

Geraadpleegd op 6-10-2014

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70072NED&D1=0&D2=16&D3=17-19&VW=T>

CBS b

Geraadpleegd op 6-10-2014

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-bevolkingskrimp-limburg-art.htm>

CBS c

Geraadpleegd op 6-10-2014

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/macro-economie/publicaties/dne/economische-groei/archief/2014/2014-tweederaming-economische-groei-2013-mededeling.htm>

CBS d

Geraadpleegd op 10-10-2014

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/nederland-regionaal/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-026-pb.htm>

CBS e

Geraadpleegd op 14-10-2014

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/natuur-milieu/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3889-wm.htm>

CBS f

Geraadpleegd op 17-10-2014

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4041-wm.htm>

Demografische kerncijfers

Geraadpleegd op 6-10-2014

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/publicaties/archief/2013/2013-b55-pub.htm>

Dutch hospital data

Geraadpleegd op 13-10-2014

<http://www.dutchhospitaldata.nl/kengetallen/Documents/Kengetallen%20Nederlandse%20Ziekenhuizen%202012.pdf>

Gezondheid en zorg in cijfers

Geraadpleegd op 13-10-2014

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2013/2013-c156-pub.htm>

Kwaliteitswet zorginstellingen

Geraadpleegd op 15-10-2014

http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_08-10-2014

Laurentius ziekenhuis

Geraadpleegd op 17-10-2014

<http://www.lzr.nl/Default.aspx?menuitemid=a662a318-0115-4960-835c-cbdade22a694>

Limburg:

Geraadpleegd op 9-10-2014

http://www.limburg.nl/Over_Limburg/Een_provincie_in_Europa/Economie_en_werkgelegenheid

MVO Nederland

Geraadpleegd op 14-10-2014

<http://www.mvonederland.nl/wat-mvo>

Nationaalkompas A

Geraadpleegd op 6-10-2014

<http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/geboorte/zijn-er-in-nederland-verschillen-naar-regio/>

Nationaalkompas B

Geraadpleegd op 6-10-2014

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-dalys/sterfte/toekomst/>

Nationaal kompas C

Geraadpleegd op 9-10-2014

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-dalys/levensverwachting/wat-is-in-nederland-de-levensverwachting/>

Nationale zorggids

Geraadpleegd op 15-10-2014

<http://www.nationalezorggids.nl/algemeen/paginas/zorgwetten/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo.html>

Maasziekenhuis Pantein

Geraadpleegd op 17-10-2014

https://www.maasziekenhuispantein.nl/over_het_ziekenhuis

Rijksoverheid a

Geraadpleegd op 14-10-2014

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2011/06/30/cyber-security-raad-geïnstalleerd.html>

Rijksoverheid b

Geraadpleegd op 14-10-2014

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/wat-is-de-zorginfrastructuur-voorheen-het-landelijk-elektronisch-patientendossier-epd.html>

Rijksoverheid c

Geraadpleegd op 15-10-2014

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/toezicht-in-de-zorg>

Rijksoverheid d

Geraadpleegd op 21-10-2014

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>

Toerisme en recreatie in cijfers
Geraadpleegd op 9-10-2014
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/vrije-tijd-cultuur/publicaties/publicaties/archief/2013/2013-g82-pub.htm>

VieCuri 2014a
Geraadpleegd op 20-10-2014
http://www.viecuri.nl/viecuri_C01/Modules/ItembankB/ItembankB_Item.asp?CustID=667&ComID=3&ModID=133&ItemID=4549

VieCuri 2014c
Geraadpleegd op 14-10-2014
http://www.viecuri.nl/viecuri_C01/Modules/PaginaA/PaginaA_Module.asp?CustID=667&ComID=3&ModID=856&ItemID=0&MenuItemID=369&Time=155043

Welvaart in Nederland
Geraadpleegd op 9-10-2014
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/inkomen-bestedingen/publicaties/publicaties/archief/2014/2014-welvaart-in-nederland-pub.htm>

Zorgatlas A
Geraadpleegd op 6-10-2014
<http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/groei-en-spreiding/bevolkingsdichtheid-per-gemeente#breadcrumb>

Zorgatlas B
Geraadpleegd op 10-10-2014
<http://www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte/-gezonde-levensverwachting/levensverwachting-bij-geboorte-per-ggd-regio#breadcrumb>

Zorgatlas c
Geraadpleegd op 17-10-2014
<http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/mate-van-concurrentie-ziekenhuizen/>

Zorgkaart Nederland
Geraadpleegd op 17-10-2014
<http://www.zorgkaartnederland.nl/content/sterftecijfers>

Zorgverzekeringswet
Geraadpleegd op 15-10-2014
http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/Hoofdstuk3/Paragraaf32/Artikel13/geldigheidsdatum_21-10-2014

