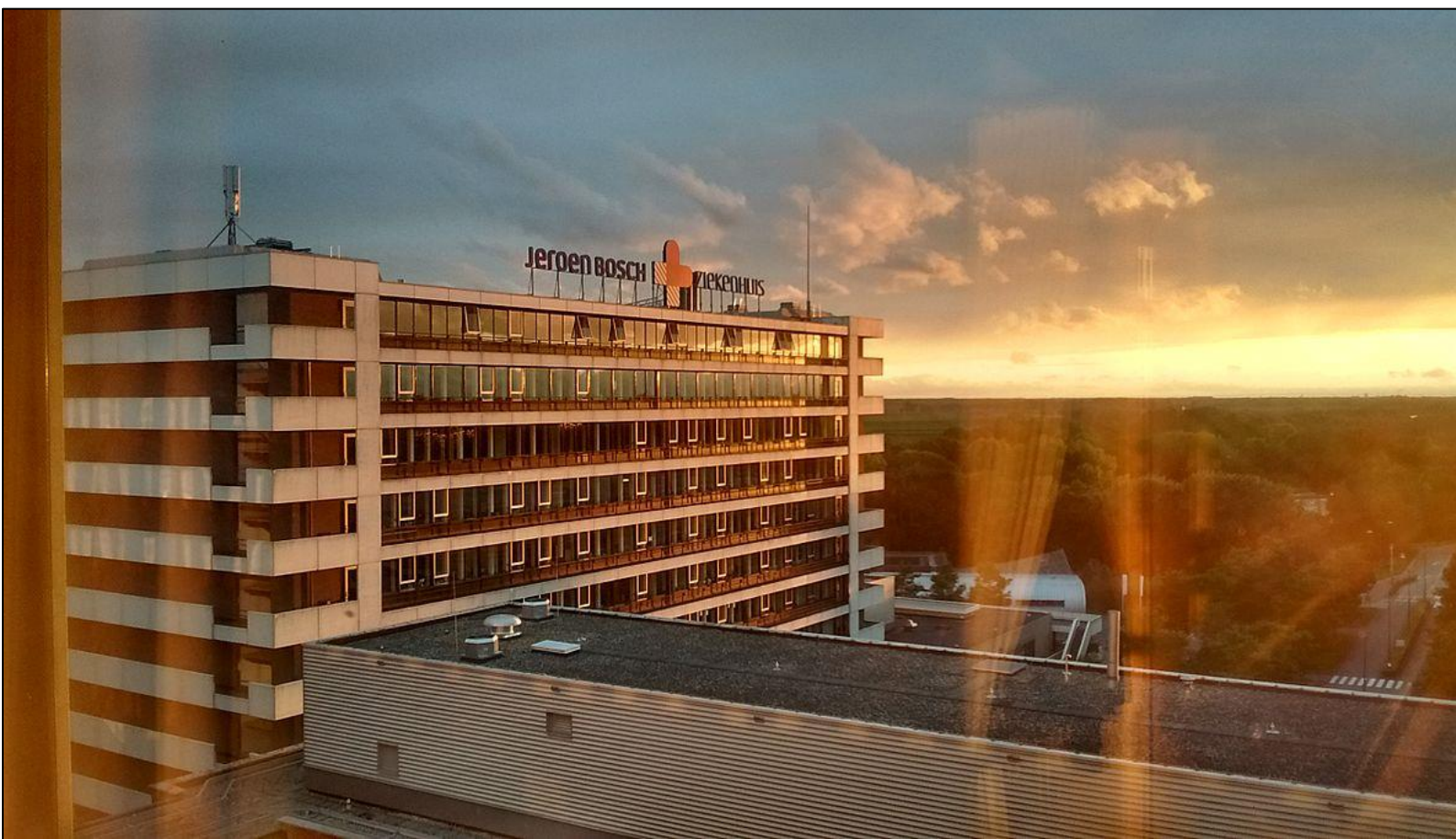


Aandacht voor de mens achter de ziekte:

Een kwalitatief onderzoek naar de implementatie van 'positieve gezondheid' in het Jeroen Bosch Ziekenhuis vanuit het perspectief van zorgprofessionals



Masterscriptie

Amber Lafeber
Utrecht, 29 juni 2018



Universiteit Utrecht

Aandacht voor de mens achter de ziekte:

Een kwalitatief onderzoek naar de implementatie van 'positieve gezondheid' in het Jeroen Bosch Ziekenhuis vanuit het perspectief van zorgprofessionals

Masterscriptie

Auteur: A.K. Lafeber
Studentnummer: 4070305
E-mailadres: a.k.lafeber@students.uu.nl

Onderwijsinstelling: Universiteit Utrecht
Departement: Bestuurs- en Organisationswetenschap
Opleiding: Organisaties, Verandering en Management
Begeleider: Dr. Maikel Waardenburg

Voorwoord

Vijf jaar geleden koos ik voor de opleiding Psychologie aan de Universiteit Utrecht, in de veronderstelling dat deze opleiding tegemoet zou komen aan mijn uitgesproken interesse in menselijk gedrag. Na het volgen van een interessant en veelzijdig studieprogramma, wilde ik mij nog verbreden. Ik volgde de minor Bestuurs- en organisatiewetenschap aan de USBO. Daar waar in mijn psychologieopleiding de focus lag op het individu, leerde ik in deze minor het individu beter begrijpen in de context van een organisatie. Dit wakkerde in mij een nieuw soort enthousiasme aan. Daarom koos ik voor een master aan de USBO: Organisaties, verandering en management.

Het laatste half jaar van deze master was voor mij een leerzame en soms ook pittige periode. Tijdens het scriptieproces ervoer ik momenten van passie en bevlogenheid. Het was ontzettend leuk om de ziekenhuiswereld eens van zo dicht bij te mogen en kunnen bekijken. Ik ben blij dat het JBZ mij hiertoe de mogelijkheid bood. Daarnaast kende mijn scriptieperiode ook momenten van besluiteloosheid en compleet vastlopen. Gelukkig lukte het met de steun van de mensen om mij heen altijd om de draad weer op te pakken.

Tijdens het schrijfproces was de bieb mijn tweede thuis. Koude magnetronmaaltijden, eindeloze bekers koffie en in het donker naar huis fietsen, het hoorde er allemaal bij. Gelukkig beleefde ik deze periode niet in mijn eentje. Wout, met jou aan mijn zijde voelde de bieb daadwerkelijk een beetje als thuis. We hebben ons er echt samen doorheen geslagen! Ik ben enorm blij en trots dat het met al dat harde werken lukte om tot dit eindproduct te komen.

Maikel, bedankt voor jouw begeleiding. Het sparren met jou gaf me veel nieuwe ideeën. Op momenten van vastlopen hielpen de afspraken met jou me enorm. Ook Rixt wil ik bedanken. Jouw belletjes en doorlopende ondersteuning binnen het JBZ zorgde ervoor dat zo'n grote en nieuwe organisatie toch warm aanvoelde. Met jouw hulp lukte het om het maximale uit mijn aanwezigheidsperiode bij het JBZ te halen. Daar heb ik ontzettend veel van geleerd. Tot slot wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor de onvoorwaardelijke steun. Op mooie en moeilijke momenten kon ik bij jullie altijd mijn verhaal kwijt.

Veel leesplezier!

Amber Lafeber
Utrecht, 29 juni 2018

Samenvatting

Zorginstellingen moeten de kwaliteit van hun zorg verantwoorden. Dit gebeurt door middel van *prestatie-indicatoren*. Kwaliteit van zorg wordt zo gecontroleerd en gesystematiseerd. De ontwikkeling van het concept positieve gezondheid stimuleert de zorg weer meer patiëntgericht te maken. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis implementeerde *positieve gezondheid* in haar strategie. Dit onderzoek bekijkt de implementatie vanuit het perspectief van zorgprofessionals. Door middel van kwalitatief onderzoek wordt een antwoord geformuleerd op de vraag:

Hoe maken verschillende groepen zorgprofessionals van het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich het concept positieve gezondheid eigen binnen hun bestaande opvattingen en werkzaamheden, en hoe zijn verschillen of overeenkomsten tussen groepen zorgprofessionals bij het zich eigen maken van positieve gezondheid te verklaren?

Het design van dit onderzoek was een casestudy, waarbij gebruikt werd gemaakt van observaties, interviews en documentanalyse. De belangrijkste bevindingen zijn dat positieve gezondheid volgens zorgprofessionals nog aan houvast mist. Het concept is lastig meetbaar, kent geen richtlijnen en de vragenlijst is ongevalideerd. Daarnaast blijkt dat met name de groep medisch specialisten zich terughoudend opstelt. Positieve gezondheid zit niet geïntegreerd in prestatie-indicatoren, waardoor experimenteren een vertroebeling oplevert in de prestatiescores van het JBZ. Kortom, zorgprofessionals ervaren interne tegenstrijdigheden bij het eigen maken van positieve gezondheid.

De bevindingen worden geanalyseerd aan de hand van drie theoretische perspectieven van Martin (2002). Uit de analyse zal blijken dat zorgprofessionals veelal het *evidence-based paradigma* als uitgangspunt nemen bij de benadering van positieve gezondheid. Daarentegen stimuleert positieve gezondheid een verschuiving naar het *patiëntgerichte paradigma*. Aan de hand van deze paradigma's laat dit onderzoek zien hoe zorgprofessionals invulling geven aan hun *professionaliteit* in een zorgcontext die gericht is op prestatie en controle. Zodoende vindt dit onderzoek aansluiting bij een debat in de literatuur: het *professionalisme-managerialism debat*. *Managerialism* houdt het *evidence-based paradigma* in stand en versterkt zo één vorm van *professionaliteit*. Dit geeft een nieuwe wending aan het debat.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Casus.....	9
1.3 Verdieping in positieve gezondheid.....	10
1.4 Probleemstelling	11
1.5 Relevantie	14
2. Conceptueel kader	16
2.1 Prestatie-indicatoren	16
2.2 Professionalisme-managerialism debat.....	18
2.3 Twee paradigma's in de zorg	19
2.4 Cultuur in organisaties	22
2.5 Samenvatting.....	26
3. Methodologie	27
3.1 Onderzoeksbenadering.....	27
3.2 Onderzoeksonwerp	29
3.3 Data-analyse	32
3.4 Kwaliteit van onderzoek.....	33
4. Bevindingen	35
4.1 Invulling aan positieve gezondheid.....	35
4.2 Paradox 1	40
4.3 Paradox 2	45
4.4 Samenvatting.....	50
5. Analyse	51
5.1 Integratieperspectief	51
5.2 Differentiatieperspectief.....	52
5.3 Fragmentatieperspectief	53
5.4 Meta-analyse	55
6. Conclusie en discussie	57
6.1 Antwoord op de vraagstelling.....	57
6.2 Betekenis van bevindingen	59
6.3 Aanbevelingen	60
7. Referenties	62

8. Bijlagen	66
8.1 Spinnenweb	66
8.2 Opvattingen over gezondheid van verschillende groepen.....	67
8.3 Observatieoverzicht.....	68
8.4 Topiclijst.....	69
8.5 Interviewoverzicht	69
8.6 Documentenoverzicht	70

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

1.1.1 Relevante ontwikkelingen in de zorgsector

Het Nederlandse zorg- en ziektestelsel is vooraanstaand in Europa. Zo scoort ons zorgstelsel vooral hoog op het gebied van kwaliteit van zorg (Health Consumer Powerhouse, 2018). Daarentegen is de Nederlandse zorg vergeleken met andere Europese landen bovengemiddeld duur. Daarom wil het huidige kabinet flink gaan bezuinigen. De huidige coalitie beoogt in 2021 bijna 2 miljard te besparen. Parallel aan deze financiële ontwikkelingen doen zich ook allerlei maatschappelijke ontwikkelingen voor. De snelle ontwikkeling op het gebied van technologie en behandelmogelijkheden maakt dat mensen steeds ouder worden. Bovendien is de meest voorkomende gezondheidsproblematiek tegenwoordig meervoudig en chronisch van aard (Plochg, Keijsers & Wigersma, 2017). Kortom, door de combinatie van uitgavenbeheersing en razendsnelle ontwikkelingen neemt de druk op de gezondheidszorg neemt toe, waardoor er steeds meer vraag ontstond naar het controleren en meten van zorg (Campbell, Roland & Buetow, 2000).

Gevoed door de Nieuw Publiek Management beweging in de publieke sector ontstond de neiging om het handelen binnen zorginstellingen op systematische wijze te gaan controleren (Leicht, Walter, Sainsaulieu & Davies, 2009, in Numerato, Salvatore & Fattore, 2012). Van ziekenhuizen werd verwacht dat zij meer *business like* worden (Bode, Lange & Märker, 2016), waarbij een rationalisering van de zorg plaatsvond (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 40). Hierbij kwamen verantwoording en transparantie centraal te staan. Deze trend leidde tot de invoering van sturingssystemen in de gezondheidszorg met de nadruk op prestatiemetingen en kwaliteitsverbeteringen (Chamberlain, 2009). In het Nederlandse zorgstelsel gebeurt de handhaving van kwaliteit van zorg door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), een onderdeel van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de hand van prestatie-indicatoren bepaalt de IGJ welke thema's in ziekenhuizen en particuliere klinieken extra aandacht behoeven of om nader onderzoek vragen. Hiertoe brengt de inspectie jaarlijks de 'Basisset Kwaliteitsindicatoren' uit (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2017).

1.1.2 De keerzijde van prestatiemetingen in de zorg

De ontwikkelingen op sectorniveau werken door op professioneel niveau. Door middel van klinische richtlijnen, protocollen, kwaliteitsstandaarden en andere controleprikkel (Numerato et al., 2012) wordt de dagelijkse zorgpraktijk aan banden gelegd. Hierdoor moeten zorgprofessionals steeds effectiever en efficiënter gaan werken (Campbell et al., 2000). Dit doet de vraag rijzen of dit nog wel ten goede komt aan de kwaliteit van zorg (RVZ, n.d.). Zo stelt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) ter discussie dat de focus te veel is komen te liggen op meetbare resultaten met bijbehorende prestatie-indicatoren, terwijl niet alle facetten van kwalitatief goede zorg zich zo gemakkelijk laten meten (RVZ, n.d.). Bovendien wordt bekritiseerd dat deze verplichte verantwoordingsplicht haaks staat op de professionaliteit van zorgverleners (Noordegraaf, 2015). Deze maatschappelijke discussie is eveneens terug te zien in theoretische literatuur over de zorg. Prestatiegerichte controlesystemen kunnen, theoretisch gezien, worden opgevat in termen van *managerialism*, terwijl professionaliteit van

zorgprofessionals theoretisch kan worden opgevat als *professionalisme*. Deze twee termen geven samen vorm aan het *professionalisme-managerialism* debat¹, dat als rode draad door dit onderzoek loopt.

1.2 Casus

In dit onderzoek komt naar voren hoe ontwikkelingen in de gezondheidszorg op macroniveau tot uiting komen op organisatie- en professioneel niveau. Hiervoor wordt ingezoomd op een ziekenhuiscasus. De organisatie waarbinnen dit onderzoek is verricht, is het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ). Dit is een relatief nieuw ziekenhuis, dat in 2011 ontstond door de samenkomst van drie ziekenhuizen op één nieuwe locatie: Groot Ziekengasthuis, Carolus en het Willem-Alexander Ziekenhuis. Daarnaast kent het JBZ een aantal buitenpoli's gelegen in Rosmalen, Boxtel, Zaltbommel en Nieuwkuijk en dekt daarmee de gehele regio 's-Hertogenbosch. Het JBZ bestaat uit ruim 4000 medewerkers en 250 medisch specialisten. Jaarlijks verzorgen ze meer dan 490.000 polikliniekenbezoeken en ruim 55.000 ziekenhuisopnames (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2017a).

Met de opening van dit nieuwe ziekenhuis lag de focus de eerste paar jaar voornamelijk op interne verbeteringen om de basis van de zorg op orde te krijgen. Het JBZ koost ervoor om hun kwaliteit van zorg te laten toetsen door de *Joint Commission International*, ook wel JCI genoemd (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2017a). Dit is een internationale toetsingscommissie die hoge eisen stelt aan de kwaliteit van zorginstellingen op basis van een grote hoeveelheid kwaliteitsnormen. In januari 2017 slaagde het JBZ voor deze accreditatie en kreeg het ziekenhuis een 'lintje'.

Naast de focus op deze interne ontwikkelingen, constateerde het JBZ dat zich extern ook razendsnel ontwikkelingen voordoen op het gebied van zorg (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2016). Om als ziekenhuis in te kunnen blijven spelen op deze veranderingen werd eind 2015 door de Raad van Bestuur en het Bestuur van de Bossche Specialisten Coöperatie besloten om intern een strategietraject te starten om zo hun maatschappelijke functie goed kunnen blijven vervullen (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2016). Begin 2016 bracht een groep medewerkers van het JBZ in kaart welke belangrijkste verschuivingen van invloed zijn op de manier waarop het JBZ zorg wil verlenen:

- Van standaardaanpak naar maatwerk; meer zorg op maat.
- Van het ziekenhuisgebouw centraal, naar de mens centraal; in plaats van altijd naar het ziekenhuis toekomen, kunnen wij ook naar de mens toe.
- Van behandeling in het ziekenhuis naar optimalisering in het dagelijks functioneren; het is belangrijk om te blijven kijken naar wat mensen wél kunnen.
- Van ziekenhuis-patiëntrelatie naar onderdeel worden van het (zorg)netwerk van de patiënt.
- Van ziekte naar gezondheid; dat men niet ziek is, betekent niet dat men gelukkig is. Andersom betekent het niet dat je ongelukkig bent als je ziek bent.

Met de constatering van deze vijf verschuivingen ontstond een strategietraject. Om hier meer sturing in aan te brengen, stelde het JBZ zichzelf een gewaagd doel: "In 2025 geven de mensen van Den Bosch en omstreken, hun gezondheidswelzijn het hoogste cijfer van Nederland" (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2016). Het JBZ koost voor de term '*gezondheidswelzijn*', dat als basis dient voor dit gewaagde doel. De

¹ In dit onderzoek wordt consistent gesproken over het 'professionalisme-managerialism debat'. Wanneer de termen in de lopende tekst los van elkaar worden gebruikt, spreek ik over 'professionaliteit' en 'managerialism'.

term gezondheidswelzijn hanteert het JBZ voor interne communicatie, maar is eenvoudigweg een synoniem voor ‘positieve gezondheid’², het centrale concept van dit onderzoek. In de volgende paragraaf zullen de achtergrond en kenmerkende elementen van positieve gezondheid worden toegelicht.

1.3 Verdieping in positieve gezondheid

De grondlegger van positieve gezondheid is Machteld Huber. Zij is al jarenlang werkzaam als arts in de gezondheidszorg en werd 30 jaar geleden zelf ziek. Deze ervaring deed haar doen beseffen dat de hedendaagse medische zorg tekort schiet, omdat patiënt zijn volgens haar met meer te maken heeft dan alleen het medische stuk. Zodoende ontwikkelde zij het concept positieve gezondheid. Dit concept is tweeledig: enerzijds een nieuwe definitie van gezondheid anderzijds het spinnenweb. Deze twee elementen zullen hieronder worden toegelicht.

1.3.1 Nieuwe definitie van gezondheid

Om de aandacht te verschuiven van ‘de patiënt met zijn of haar klacht’ naar een brede kijk op gezondheid, ontwikkelde Huber een dynamische opvatting van gezondheid. Ze stelt dat de definitie van gezondheid zoals geformuleerd door de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) niet langer volstaat: “een toestand van compleet welbevinden op fysiek, mentaal en sociaal niveau, en niet alleen de afwezigheid van ziekte” (Huber & Jung, 2015). Haar centrale argument is dat met deze statische formulering van gezondheid als ‘toestand van volledig welbevinden’, vrijwel iedereen ongezond is. Dit impliceert volgens Huber dat bijna iedereen doorlopend behandelingen behoeft, hetgeen medicalisering bevordert. Bovendien ontbreekt het volgens Huber in de huidige WHO definitie aan een aanwakking van veerkracht van mensen, en het menselijk vermogen tot aanpassing en omgang met nieuwe situaties door middel van zelfmanagement (Huber & Jung, 2015). Daarmee impliceert Huber de behoefte aan een nieuw, dynamisch concept van gezondheid: “gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven” (p. 2). Dit concept beschrijft, net als de WHO-definitie, het fysieke, mentale en sociale domein van de mens en heeft dus een brede en integrale scope. Het verschil is dat het concept de potentie benadrukt om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van een ziekte. Gezondheid wordt meer opgevat als evenwichtssituatie (iPH, n.d.a). Volgens Huber is dit concept een begin, een algemene karakterisering van ‘gezondheid’, en heeft het niet de pretentie volledig te zijn of alle factoren te benoemen die bijdragen aan deze persoonlijke ontwikkeling.

1.3.2 Zes dimensies van gezondheid: het spinnenweb

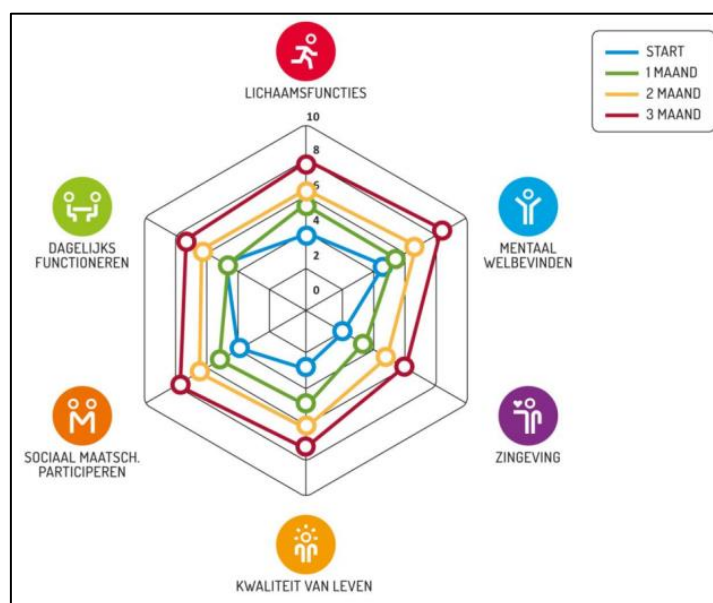
Vervolgens werd het concept ‘positieve gezondheid’ naar aanleiding van deze nieuwe definitie verder uitgewerkt aan de hand van een grootschalig kwalitatief en een kwantitatief onderzoek. Voor het kwalitatieve onderzoek werden verschillende groepen belanghebbenden met een relatie tot de zorg

² Om verwarring te voorkomen wordt in dit onderzoek consistent gesproken over positieve gezondheid. Echter komt de term gezondheidswelzijn nog wel terug in enkele citaten in *hoofdstuk 4*, omdat deze term intern het JBZ wordt gehanteerd.

gevraagd wat zij van dit nieuwe concept vonden en welke elementen voor hen zouden moeten dienen als indicatoren voor gezondheid. Door de belanghebbenden werd een groot aantal elementen benoemd die werden opgedeeld in een zestal dimensies: Lichaamsfuncties, Mentaal welbevinden, Zingeving, Kwaliteit van leven, Sociaal maatschappelijke participatie en Dagelijks functioneren.

Hieraan liggen 32 aspecten ten grondslag (zie *bijlage 8.1*). Uit kwantitatief vervolgonderzoek bleek dat de zes voorgestelde dimensies van gezondheid door verschillende belanghebbenden, stuk voor stuk als belangrijk onderdeel van gezondheid werden beschouwd (Huber, van Vliet, Giezenberg & Knottnerus, 2013). Echter bleek dat niet iedere groep belanghebbenden iedere dimensie van dezelfde waarde schatte. In *bijlage 8.2* is op een 9-puntsschaal weergegeven hoe vier groepen zich van elkaar onderscheiden (artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en patiënten). Ten eerste komt naar voren dat de vier groepen ongeveer gelijk scoren op het belang van de dimensie lichaamsfuncties als onderdeel van gezondheid. Ten tweede valt op dat verpleegkundigen met hun interpretatie van gezondheid dicht bij de interpretaties van patiënten zitten, omdat zij op bijna alle dimensies even hoog scoren als patiënten. Ten derde is het opvallend dat artsen met hun interpretatie van gezondheid gelijk scoren met de andere groepen op de dimensie lichaamsfuncties, maar dat zij op iedere andere dimensie lager scoren. Artsen scoren significant anders dan patiënten en verpleegkundigen (Huber et al., 2013). Dit duidt op een smalle benadering van gezondheid, waarbij voornamelijk biomedische zaken worden gezien als onderdeel van gezondheid.

Deze zes dimensies werden vervolgens uitgewerkt in 'het spinnenweb', weergegeven in *Figuur 1*. Dit kan worden opgevat als een test van gezondheid. Echter benadrukt Huber dat het spinnenweb geen gevalideerd meetinstrument is, omdat er nog maar weinig onderzoek is naar de psychometrische validiteit van de schaal (iPH, n.d.b). De dimensies dienen slechts geïnterpreteerd te worden als indicatoren van gezondheid.



Figuur 1: Het spinnenweb met zes dimensies van gezondheid

1.4 Probleemstelling

Positieve gezondheid is opgenomen in het gewaagde doel van het JBZ, de drijfveer achter het strategietraject. Vanuit hier zijn diverse themagroepen opgezet, die ieder hun eigen aandachtsgebied

kennen bij het verspreiden van de strategie door het ziekenhuis. De themagroep 'ziekte en gezondheid' houdt zich specifiek bezig met het verspreiden van het gedachtegoed van positieve gezondheid. De themagroep beoogt een beweging te creëren voor de verdere verspreiding van het concept positieve gezondheid, zodat het vorm krijgt in het handelen in de dagelijkse praktijk. In het werkplan van de themagroep ziekte en gezondheid (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2017b) is het volgende hoofddoel opgenomen: In 2024 weet iedereen in de regio wat positieve gezondheid is (hoofd) en is positieve gezondheid uitgangspunt van het dagelijks handelen (hart/handen). Dit lange termijn doel werd vertaald naar subdoelen voor het jaar 2017 en 2018:

- Eind 2017 is helder wat positieve gezondheid betekent.
- Eind 2017 hebben alle JBZ medewerkers van positieve gezondheid gehoord en voelen dit als 'belangrijk'. Er wordt geëxperimenteerd om positieve gezondheid toe te passen in de praktijk.
- In 2018 weten alle medewerkers van het JBZ wat positieve gezondheid betekent en vindt transitie zichtbaar plaats. De toepassing van het gedachtegoed is uitgebreid in het JBZ en haar zorgnetwerk.

De ambitie van 2018 is een zichtbare transitie, opgevat als "het doorbreken van de huidige patronen om te denken en werken vanuit ziekte/aandoening" (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2017b).

1.4.1 Doelstellingen

Het huidige onderzoek vindt plaats in het kader van het strategietraject. Daarom vormt dit onderzoek de basis voor een praktische doelstelling; het doen van aanbevelingen aan het strategietraject. Zoals terug te zien is in de doelen van de themagroep ziekte en gezondheid, wordt ernaar gestreefd het gedachtegoed van positieve gezondheid te verspreiden zodat in 2018 alle medewerkers weten wat dit betekent. Het strategietraject organiseert diverse lezingen over positieve gezondheid en enkele afdelingen zijn gestart met een moestuin – zie *Box 1*.

In de tweede helft van 2017 is gestart met het ontwikkelen van 'moestuinen'. Dit zijn kleine groepen binnen het ziekenhuis die een nieuwe methode uittesten, waar men op vrijwillige basis aan mee kan doen (persoonlijke communicatie, Miriam Casarotto, 21 februari 2018). Gedurende een viertal trainingsavonden wordt dieper ingegaan op wat *positieve gezondheid* betekent en hoe dit concept toegepast kan worden in de praktijk van professionals van het JBZ. De moestuinen worden begeleid door coaches van *Institute for Positive Health* (iPH). Vervolgens worden deelnemers van de moestuin uitgenodigd te experimenteren in de praktijk. In het JBZ zijn in totaal drie afdelingen gestart met het volgen van een moestuin: oncologie, cardiologie en dialyse. Daarentegen bevindt de implementatie zich nog in een beginfase. Hierdoor heeft geen enkele afdeling al een moestuin afgerond.

Box 1: Moestuinen

Het strategietraject gelooft dat positieve gezondheid pas vorm zal krijgen als zorgprofessionals er zelf invulling aan geven binnen hun werkzaamheden in het JBZ. Daarom probeert het strategietraject mensen te enthousiasmeren, zodat zij het gedachtegoed als een olievlek binnen de eigen organisatie zullen verspreiden (Jeroen Bosch Ziekenhuis, n.d.). Met dit onderzoek beoog ik de themagroep 'ziekte en gezondheid' te ondersteunen. Hiervoor wil ik een bijdrage leveren aan inzicht in wat positieve

gezondheid op dit punt in de tijd (dus de eerste helft van 2018), voor zorgprofessionals van het JBZ betekent en hoe zij hiermee aan de slag zijn. Ik beoog te achterhalen hoe positieve gezondheid inbedding vindt in de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals. Speciale aandacht heb ik voor eventuele belemmeringen die worden ervaren vanuit het perspectief van de professional. Deze inzichten ga ik vertalen naar aanbevelingen. Dit leidt tot mijn eerste doelstelling: Inzicht verkrijgen in de wijze waarop zorgprofessionals invulling geven aan het concept positieve gezondheid om zo aanbevelingen te doen kunnen aan het strategietraject.

De tweede doelstelling bouwt voort op de eerste doelstelling. Het JBZ is naar eigen zeggen een pionier als het gaat over de implementatie van positieve gezondheid in een zorginstelling van deze omvang. Het JBZ is het eerste ziekenhuis dat positieve gezondheid op een dergelijke manier in de strategie van het ziekenhuis implementeert (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2016). Daar staat tegenover dat positieve gezondheid een vrij nieuwe concept is binnen het zorglandschap, waardoor het in de wetenschap nog ontbreekt aan onderzoek naar positieve gezondheid als organisatieverandering. Tijdens dit onderzoek werd al vroeg duidelijk dat de implementatie van positieve gezondheid veelal wordt opgevat als een 'cultuurverandering' in de organisatie. Daarom is het in mijn ogen van meerwaarde om de implementatie van positieve gezondheid te verbinden aan de wetenschappelijke concepten 'cultuur in organisaties' en 'cultuurverandering'. Zodoende beoog ik de inzichten uit doelstelling 1 te duiden aan de hand van drie culturele perspectieven van Joanne Martin (2002): het integratie-, differentiatie- en fragmentatieperspectief. Dit leidt tot mijn tweede doelstelling: Een bijdrage leveren aan de empirische kennis over positieve gezondheid als cultuurverandering in een ziekenhuis.

De derde doelstelling vindt haar oorsprong in de inzichten die ik heb opgedaan gedurende het onderzoek. Zorgprofessionals behoren tot een 'professie', een beroepsgroep met een exclusief werkveld, waar abstracte kennis en specialistische vaardigheden voor nodig zijn. Mensen die die kennis en vaardigheden niet hebben kunnen niet zomaar beslissingen nemen over het werk in een professie. Hierdoor hebben zorgprofessionals relatief veel autonomie binnen hun eigen werk (Kruijthof, 2005). Met de implementatie van positieve gezondheid wordt een nieuwe ontwikkeling gestimuleerd in de professionaliteit van zorgprofessionals. Deze beoogde ontwikkeling vindt plaats binnen een context van controlesystemen (Chamberlain, 2009), zo blijkt uit een terugkerend thema in dit onderzoek: *prestatie-indicatoren*. Het JBZ moet haar kwaliteit van zorg verantwoorden en transparant maken. Professionals moeten hiertoe hun zorgverlening meten aan de hand van prestatie-indicatoren. Professionaliteit en prestatie-indicatoren zijn twee termen die aansluiting vinden bij een terugkerend debat in de literatuur: het professionalisme-managerialisme debat (Numerato et al., 2012). Zodoende beoog ik met dit onderzoek inzicht te verkrijgen in de wijze waarop positieve gezondheid zich positioneert binnen dit debat. Dit leidt tot mijn derde doelstelling: Een bijdrage leveren aan de empirische kennis over de wijze waarop positieve gezondheid van invloed is op de ontwikkeling van professionaliteit van zorgprofessionals.

1.4.2 Vraagstelling

De drie doelstellingen van dit onderzoek vormen samen de basis voor mijn hoofdvraag: *Hoe maken verschillende groepen zorgprofessionals van het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich het concept positieve gezondheid eigen binnen hun bestaande opvattingen en werkzaamheden, en hoe zijn verschillen of overeenkomsten tussen groepen zorgprofessionals bij het zich eigen maken van positieve gezondheid te verklaren?* Om grip te krijgen op deze hoofdvraag formuleer ik drie deelvragen:

1. *Welke invulling geven verschillende groepen zorgprofessionals aan het concept positieve gezondheid binnen de context van het Jeroen Bosch ziekenhuis?*
2. *Welke afwegingen maken verschillende groepen zorgprofessionals – vanuit hun bestaande opvattingen en werkzaamheden – bij het zich eigen maken van positieve gezondheid?*
3. *Hoe zijn de eventuele verschillen of overeenkomsten tussen verschillende groepen zorgprofessionals bij het zich eigen maken van positieve gezondheid te verklaren?*

Deze vraagstelling beantwoord ik aan de hand van empirisch onderzoek naar de onderzoekscasus van het JBZ. De groepen zorgprofessionals die worden onderzocht zijn medisch specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en maatschappelijk werk. Deelvraag 1 en 2 worden hoofdzakelijk beantwoord in *hoofdstuk 4*: de bevindingen. Deelvraag 3 wordt hoofdzakelijk beantwoord in *hoofdstuk 5*: de analyse.

1.5 Relevantie

1.5.1 Maatschappelijke relevantie

Hoewel het uitgangspunt van dit onderzoek de implementatie van het concept positieve gezondheid in het JBZ is, vindt dit onderzoek ook aansluiting bij een maatschappelijk debat; bureaucratisering in de zorg. In het nieuws verschijnen steeds vaker berichten met betrekking tot de overmaat van regels en formulieren waaraan zorgprofessionals zijn gebonden. Zo blijkt uit een lopend onderzoek van VvAA – een ledenorganisatie voor zorgverleners – dat zestig procent van de zorgverleners last heeft van overbodige regels, procedures en voorschriften die hen belemmeren in hun werk (Medisch Contact, 2017). Echter wordt vanuit de overheid en zorgverzekeraars veelal beredeneerd dat protocollen en meetbaar maken van resultaten leiden tot kwalitatief betere zorg. Ook is er vanuit burgers behoefte aan de verantwoording van de verleende zorg en de daaraan bestede middelen (VWS, 2018). Echter lijkt daarbij – volgens sommigen – het oorspronkelijke doel van zorg uit het oog verloren. Zo stelde Campbell et al. (2000) dat kwaliteit van zorg pas van betekenis is, wanneer de individuele gebruiker van zorg tevreden is. Deze individuele gebruiker wordt nu vaak beschouwd als onderdeel van een populatie, wat aanspoort tot diverse systematiseringen in de zorg. Dit leidt op populatieniveau tot goede kwaliteit en resultaten, maar daarbij lijkt het perspectief van de zorgverlener of patiënt soms naar de achtergrond geschoven.

In dit onderzoek wordt dan ook gekeken vanuit het perspectief van de zorgprofessional naar de implementatie van positieve gezondheid; een concept dat nastreeft de gezondheidszorg weer meer patiëntgericht te maken. Dit onderzoek laat zien hoe zorgprofessionals balanceren tussen hun eigen drijfveer om kwalitatief goede zorg te verlenen en de kwaliteitsstandaarden zoals ingebouwd in gefixeerde zorgsystemen. Daarom draagt dit onderzoek bij aan het verder aanwakkeren van het maatschappelijk debat, waarbij de vraag centraal staat wat (nog) wel of niet bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

1.5.2 Wetenschappelijke relevantie

De bestaande wetenschappelijk literatuur over positieve gezondheid focust voornamelijk op de totstandkoming van draagvlak voor het concept binnen het zorglandschap. De huidige stand van dit wetenschappelijke onderzoek bewijst dat er landelijk draagvlak bestaat binnen ziekenhuizen voor de zes dimensies van gezondheid zoals opgesteld door Huber (Huber et al., 2013). Het ontbreekt echter aan wetenschappelijk onderzoek naar de inbedding van positieve gezondheid in organisaties op het niveau van professionals. Daarom beschouwt dit onderzoek specifiek de implementatie van positieve gezondheid in een organisatie vanuit het perspectief van de zorgprofessional. Dit onderzoek positioneert positieve gezondheid binnen 'professionaliteit' als theoretisch concept. Dit onderzoek is dus wetenschappelijk relevant omdat het de wijze waarop positieve gezondheid bijdraagt aan de ontwikkeling van professionaliteit binnen een ziekenhuiscontext inzichtelijk maakt.

Enerzijds ontwikkelt professionaliteit zich binnen de zorg aan de hand van het evidence-based paradigma. Anderzijds komt professionaliteit tot uiting binnen het patiëntgerichte paradigma³ (Bensing, 2000). Deze tweeledige ontwikkeling geschiedt binnen een bestuurlijke context van verantwoordingssystemen die gebaseerd worden op prestatiemetingen (Numerato et al., 2012). In dit onderzoek is aandacht voor de relatie tussen verantwoordingssystemen en de ontwikkeling van professionaliteit. Deze relatie zal in de volgende hoofdstukken worden uitgewerkt. Zodoende levert dit onderzoek een bijdrage aan het professionalisme-managerialism debat uit de wetenschappelijke literatuur.

1.5.3 Leeswijzer

Het onderzoek is als volgt opgebouwd. *Hoofdstuk 2* bespreekt de literatuurstudie van dit onderzoek. Eerst worden theoretische concepten besproken die in relatie staan tot de implementatie van positieve gezondheid. Vervolgens sluit *hoofdstuk 2* af met de theoretische lens waarmee ik mijn bevindingen zal bekijken. *Hoofdstuk 3* geeft een beschrijving en verantwoording van de methodologische keuzes in dit onderzoek. Vervolgens worden in *hoofdstuk 4* de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek beschreven. Deze bevindingen zullen in hoofdstuk 5 worden bekeken vanuit de theoretische lens uit *hoofdstuk 2*. *Hoofdstuk 5* sluit af met een meta-analyse, waarin de belangrijkste inzichten uit de analyse worden gecombineerd tot een overkoepelend inzicht. Tot slot beantwoord ik *hoofdstuk 6* mijn hoofd- en deelvragen, beschrijf ik de discussie en doe ik aanbevelingen voor de praktijk en de wetenschap.

³ Deze twee paradigma's worden toegelicht in *paragraaf 2.3*.

2. Conceptueel kader

Paragraaf 2.1 gaat in op wat prestatie-indicatoren zijn en welke functie zij vervullen in de zorg. Ook zullen in deze paragraaf worden beschreven hoe prestatie-indicatoren doorwerken in de praktijk van zorginstellingen. Vervolgens laat *paragraaf 2.2* zien hoe het debat over prestatie-indicatoren aansluit bij het wetenschappelijke professionalisme-managerialism debat. Daarna zal in *paragraaf 2.3* worden ingegaan op twee verschijningsvormen van professionaliteit binnen de zorgsector: het evidence-based paradigma en het patiëntgerichte paradigma. Vervolgens worden de paradigma's gekoppeld naar het professionalisme-managerialism debat. Tot slot wordt in *paragraaf 2.4* aan de hand van drie theoretische perspectieven van Joanne Martin de verbintenis gezocht tussen positieve gezondheid, cultuur in organisaties en cultuurverandering. Deze culturele lens speelt een hoofdrol in *hoofdstuk 5* bij het analyseren van de bevindingen.

2.1 Prestatie-indicatoren

In het kader van het nastreven van goede zorg is er veel belangstelling voor het medisch handelen. Allerlei belangengroepen zoals zorgverleners, politici, zorgverzekeraars en politici hebben behoefte aan een helder zicht op de kwaliteit van de geleverde zorg (Spies & Mokkink, 1999). Daarom worden de prestaties van zorg transparant gemaakt in de vorm van prestatie-indicatoren, oorspronkelijk afkomstig uit het bedrijfsleven. Een indicator wordt omschreven als "een meetbaar fenomeen (veelal een getal) dat een signalerende functie heeft bij afwijking van een norm, zodat bijsturing mogelijk is" (van Beek, Schellekens & Everdingen, 2005, p. 139). Verschillende andere definities van een indicator bestaan, maar Groenewoud en Huijsman (2003) benadrukken één gemeenschappelijk, terugkerend kenmerk: een indicator geeft informatie die *mogelijk* een afspiegeling is van de prestaties of kwaliteit van een object in de gezondheidszorg. Dit impliceert een relatie tussen prestatiescore en kwaliteit, maar veronderstelt geen causale relatie tussen het gemeten verschijnsel en de werkelijke kwaliteit of prestaties. In andere woorden, een indicator meet niet één op één de kwaliteit, maar geeft mogelijk een indicatie van de prestaties of van de kwaliteit (van der Aar, 2008).

2.1.1 Functies van prestatie-indicatoren

Om de prestaties of kwaliteit te vatten in een indicator, wordt het zorgproces opgedeeld in meetbare elementen. Deze kunnen betrekking hebben op financiële aspecten of kwalitatieve aspecten. Financiële indicatoren zeggen vooral iets over de mate waarin efficiënt wordt gewerkt (Wollersheim, Faber, Grol, Dondorp & Struijs, 2006). Kwaliteitsindicatoren zeggen vooral iets over kwaliteit van een zorgaanbieder of behandelaar. Indicatoren worden voor diverse doelen ontwikkeld, maar de afgelopen jaren is de nadruk komen te liggen op twee onderscheidbare doelen: het stimuleren van zorgprofessionals om te komen tot kwaliteitsverbetering (intern gericht) en het organiseren van een transparante vorm van publieke verantwoording (extern gericht).

Op de eerste plaats dienen prestatie-indicatoren ter prioritering en bevordering van interne kwaliteitssystemen van zorginstellingen (Mainz, 2003). De zorgverlening wordt door middel van indicatoren gekwantificeerd en daarmee - in de ogen van sommigen - tastbaar gemaakt. Dat wil zeggen dat de cijfers die naar voren komen uit metingen kunnen dienen als prikkel voor interne kwaliteitsverbetering. Hierbij staan de signalering en analyse van knelpunten centraal, zodat

zorgprofessionals en leidinggeevenden meer zicht krijgen op de kwaliteit van de zorgprocessen (Berg et al., 2005). Interne indicatoren zijn slechts bruikbaar binnen de context van het desbetreffende ziekenhuis en lijken minder relevant voor het grotere publiek (Groenewoud & Huijsman, 2003). Om deze functie goed te kunnen vervullen, is het van belang dat indicatoren betrouwbaar en valide zijn (Berg et al., 2005).

Naast interne kwaliteitsverbetering vervullen indicatoren ook een functie bij de externe beoordeling en verantwoording naar belanghebbenden zoals patiënten, de overheid en verzekeraars. Door de kwaliteit van zorg te kwantificeren en openbaar te maken, wordt het mogelijk om te controleren of verschillende zorgaanbieders wel effectief en efficiënt werken. Dit heeft als doel inadequate zorg op te sporen en daartoe beleidsinitiatieven te ontplooiën (Wollersheim et al., 2006). Hoe de prestatiegegevens van de indicatoren door deze verschillende partijen wordt gebruikt, hangt af van het doel van de desbetreffende gebruiker (Groenewoud & Huijsman, 2003).

De openbaarmaking van prestatiescores dient op de eerste plaats voor patiënten. Deze prestatiescores kunnen het keuzeproces bij hun zoektocht naar passende zorg faciliteren (Berg et al., 2005). Ook brengen goede prestatiescores vertrouwen in het zorgstelsel teweeg bij de patiëntenpopulatie. Op de tweede plaats stelt deze verantwoording middels prestatie-indicatoren de overheid in staat om toezicht te houden op de kwaliteit van de Nederlandse zorg. Zodoende kan de overheid bestuurlijk ingrijpen indien de kwaliteit van zorg niet op orde blijkt. Tot slot dient het transparant maken van prestaties van zorgaanbieders een rol bij de contractering met zorgverzekeraars. Deze informatie werkt ondersteunend in het nastreven van een optimaal prijs-kwaliteitsniveau (Wollersheim et al. 2006).

De verplichte openbaarmaking van prestatiegegevens kan voor minder goed presterende zorgaanbieders en professionals leiden tot reputatieschade of verlies van marktaandeel (Wollersheim et al., 2006). Daarmee verliezen zorgaanbieders dus hun bestaansrecht. Dit kan leiden tot angst bij zorginstellingen, een belangrijke drijfveer om de kwaliteit van de geleverde zorg op orde te houden (Hibbard, Stockard & Tusler, 2003; Devers, Pham & Liu, 2004).

2.1.2 *Debat over indicatoren*

Niet iedereen is het erover eens dat werken met prestatie-indicatoren een juiste benadering van de zorg is, met een sterk gepolariseerd debat tot gevolg (Gezondheidsraad, 2013). Voorstanders van indicatoren zijn ervan overtuigd dat het monitoren van de kwaliteit van zorg alleen mogelijk is middels het gebruik van indicatoren (Mainz, 2003). Dit biedt mogelijkheid tot transparantie en kwaliteitsverbetering (Wollersheim et al., 2006), omdat het zorgaanbod inzichtelijk en vergelijkbaar wordt gemaakt. Voorstanders benadrukken dat dit het benodigde inzicht verschaft in waar de zorg op niveau is en waar deze achterblijft.

Tegenstander beschouwen prestatie-indicatoren als een hulpmiddel dat primair bedoeld is om kosten te beheersen en de professionele arbeidsproductiviteit te verhogen. Ze betwisten of indicatoren bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg (Beckman, Suchman, Curtin & Greene, 2006; Carlsen & Norheim, 2008). Bovendien benadrukken tegenstanders dat prestatie-indicatoren meer als een verplicht ritueel kunnen gaan voelen voor zorgorganisaties, zonder dat het direct bijdraagt aan de kwaliteit van zorg (Pollit, 2006). Tot slot beargumenteren tegenstanders dat prestatie-indicatoren kunnen zorgen voor oogkleppen die belemmeren in de aandacht voor andere belangrijke onderdelen van de zorg (van der Aar, 2008).

2.1.3 Rol van medisch specialisten in het waarborgen van kwaliteit

Zoals hiervoor al werd benoemd, brengt de inspectie jaarlijks de ‘Basisset Medisch Specialistische Zorg’ uit. Hoewel deze set van indicatoren geldt voor ziekenhuizen in hun totaliteit (IGJ, 2018), is in dit document een apart hoofdstuk opgenomen waarin speciale aandacht is voor het functioneren van medisch specialisten. Hierin staat het volgende vermeld:

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en arts. Dat leidt tot de stelling dat goede medisch specialistische zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en arts. Het feit dat de kwaliteit van de organisatie van een kliniek eveneens zeer belangrijk is voor goede zorg doet niets af aan die constatering (IGJ, 2018).

Dit duidt erop dat medisch specialisten een sleutelrol bekleden in de totstandkoming van kwalitatief goede zorg. Dit is in overeenstemming met wat Kruijthof (2005) zegt, namelijk dat medisch specialisten een beroepsgroep is die beschikt exclusieve kennis en vaardigheden ten opzichte van andere professionals in het ziekenhuis. Hierdoor kunnen en moeten medisch specialisten relatief autonoom handelen (Kruijthof, 2005). Het IGJ probeert met behulp van prestatie-indicatoren de kwaliteit van handelen te controleren. Specialisten en artsen vinden deze controles niet per definitie bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Daarentegen correleren ze hun autonomie wel met kwaliteit van zorg (Forsberg, Axelsson & Arnetz, 2001).

2.2 Professionalisme-managerialism debat

Het debat rondom prestatie-indicatoren in de zorg vindt aansluiting bij een debat dat al veel langer bestaat in de organisatieliteratuur: het professionalisme-managerialism debat (Kuhlman et al., 2013). Hierbinnen worden twee logica's in de zorg tegen elkaar afgezet, namelijk professionaliteit en managerialism. In termen van doelen en ethiek wordt professionaliteit substantieel anders gedefinieerd dan managerialism (McDonald, 2009).

Professionaliteit wordt geconceptualiseerd als een interne modus van regulering, met als centraal begrip ‘professionele autonomie’ (Numerato et al., 2012). Hierbij gaat het om de “vrije handelingsruimte die artsen en andere hulpverleners nodig hebben om hun bijzondere kennis en kunde adequaat toe te passen op de specifieke klachten en behoeften van de patiënt” (Wollersheim et al., 2006). Vanuit deze logica vertrouwen we als samenleving de verantwoordelijkheid toe aan professionals, dat zij hun beroep competent tot uitvoering zullen brengen en wordt autoriteit toevertrouwd ten aanzien van hun kwalitatief handelen (Noordegraaf, 2015).

Managerialism wordt daartegenover geconceptualiseerd als een externe modus van regulering, met als centraal begrippen ‘verantwoording’ en ‘controle’ (Numerato et al., 2012). Managerialism wordt ook wel omschreven als het koloniseren van de professionele autonomie door middel van geformaliseerde controlesystemen (Numerato et al., 2012). Deze logica stimuleert een bedrijfsmatige kijk op zorg, met aandacht voor kosten- en kwaliteitsmanagement (Bode et al., 2016). Daarnaast probeert het de exclusieve kennis en vaardigheden waarover professionals beschikken te controleren en transparant te maken (Kuhlman et al., 2013). Managerialism representeert een ‘ideologie’ die een diepgaande verandering in de aard van de gezondheidszorg stimuleert, omdat het de zorgverlening

benadert vanuit 'rationalisatie' en 'standaardisatie' (Numerato et al., 2012). Deze cognitieve mechanismes faciliteren de 'indoctrinatie' van professionals (Pollit, 1993) omdat de managerialism logica doordringt tot een dieper niveau van mentale processen bij professionals (Numerato, et al., 2012). Hierdoor vervagen de grenzen tussen professionaliteit en managerialism. Deze twee logica's komen in een hybride vorm tot uiting in het denken en handelen van professionals (Noordegraaf, 2015). Daarom ontstaat binnen de professionele handelingsruimte een complexe mix waarin zowel professionele autonomie als controle een rol spelen.

De managerialism logica uit zich binnen zorgsystemen in de vorm van controlesystemen en bureaucratische metingen zoals prestatie-indicatoren, richtlijnen en protocollen. Dit wordt door tegenstanders omschreven als 'kookboek geneeskunde' (Timmermans & Berg, 2003). Ze beargumenteren dat standaardisatie van zorgverlening weinig adaptief is voor lokale omstandigheden (McDonald & Harrison, 2004), omdat richtlijnen en protocollen niet in staat zijn om recht te doen aan de complexiteit en onzekerheid van de gezondheidszorg (McDonald et al. 2005). Bovendien beschouwen tegenstanders de verplichte verantwoording van professionals als onverenigbaar met de het vertrouwen dat we als samenleving toevertrouwen aan professionals. Het hedendaagse ziekenhuis bevindt zich dus in een omgeving die oordeelt over haar prestaties. Deze structuur van verantwoordingsplicht op macroniveau, vermindert de (professionele) autonomie op het niveau van de professional (Kuhlman et al., 2013).

2.3 Twee paradigma's in de zorg

In de voorgaande paragraaf kwam naar voren dat professionaliteit en autonomie in de wetenschappelijke literatuur worden afgezet tegen managerialism en controle. Hoewel professionaliteit redelijk éénduidig wordt neergezet in de organisatieliteratuur (Kuhlman et al, 2013), duidt de zorgliteratuur op meerdere verschijningsvormen van professionaliteit. De moderne medische zorgpraktijk wordt beïnvloed door twee paradigma's: het evidence-based paradigma en het patiëntgerichte paradigma (Bensing, 2000). Sinds de jaren '90 worden beide paradigma's steeds meer omarmd en zodoende maakt professionaliteit binnen de zorgcontext ook een ontwikkeling door. Terwijl professionaliteit in de wetenschappelijke literatuur op gespannen voet wordt neergezet met managerialism, roept de ontwikkeling van professionaliteit aan de hand van deze twee paradigma's de vraag op of het professionalisme-managerialism debat nog wel zo eenduidig kan worden opgevat. De belangrijkste kenmerken van de paradigma's zijn uiteengezet in *Tabel 1* en worden inhoudelijk toegelicht in de volgende twee sub-paragrafen. Deze paragraaf sluit af met een terugkoppeling naar het professionalisme-managerialism debat.

	Evidence-based paradigma	Patiëntgerichte paradigma
Perspectief	Positivistisch, biomedisch	Biopsychosociaal
De basis	Bewijs	Ideologie
Opvatting gezondheid	Afwezigheid van ziekte	Brede en dynamische opvatting
Toepasbaarheid	Populatie	Individuele patiënt
Oriëntatie	Focus op zorgprofessional	Focus op patiënt

Tabel 1: De belangrijkste kenmerken van het evidence-based en het patiëntgerichte paradigma

2.3.1 *Evidence-based paradigma*

Op de eerste plaats ontwikkelt professionaliteit zich aan de hand van het evidence-based paradigma. Dit paradigma hanteert een positivistisch, biomedisch perspectief op de zorgverlening. Het uitgangspunt is dat de besluiten en werkwijzen van zorgprofessionals worden gebaseerd op wetenschappelijk 'bewijs' (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014). Dit bewijs wordt systematisch verzameld door grootschalige populatiestudies (Greenhalgh et al., 2014). Vervolgens worden de bewijsstukken hiërarchisch geordend op basis van hun kwaliteit.

Deze verzameling van bewijsstukken impliceert dat voor iedere meetbare zorgbehoefte een 'meest adequate' behandeling beschikbaar is (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Daarnaast biedt het evidence-based paradigma de mogelijkheid om protocollen en richtlijnen te formuleren voor de praktijk, die het handelen van zorgprofessionals voorzien van een wetenschappelijke basis. Het handelen van zorgverleners wordt vervolgens vergeleken met deze richtlijnen om zo een uitspraak te doen over de mate waarin zorgverleners goede zorg verlenen (RVZ, 2004).

Zijn populariteit dankte dit paradigma aan het feit dat het veronderstelt dat er altijd een 'best bewezen' behandeling bestaat (Sackett et al., 1996). Deze denkwijze biedt houvast voor zorgprofessionals. Echter ontstond ook kritiek op dit paradigma. Ten eerste beargumenteren critici dat uit populatie verkregen bewijs lastig bruikbaar is voor individuen. In de ogen van critici reduceert het meetbaar maken van de werkelijkheid veelal de complexiteit die gepaard gaat met de zorgpraktijk. Immers lopen individuen nooit de spreekkamer in met een discreet, één dimensionaal probleem dat eenduidig kan worden opgelost (Sweeney, MackAuley & Gray, 1998). Ten tweede observeerde men dat het evidence-based paradigma een centrale rol toekent in de zorgrelatie, omdat het beredeneert vanuit interpretaties van zorgprofessionals van bewijs. Uniekheid, individuele behoeftes en emotionele aspecten worden daarbij gemakkelijk genegeerd als relevante factoren. Vanuit dit paradigma wordt geneeskunde opgevat als een louter cognitief-rationele onderneming van de zorgprofessional (Sackett et al., 1996). Minder belang wordt daarentegen gehecht aan de meer relationele aspecten tussen zorgprofessional en patiënt (Sweeney et al., 1998). Tenslotte waren critici bezorgd dat de dominantere positie van wetenschappelijke bewijs in het zorgproces, de kennis verkregen uit klinische expertise zou verdrijven (Greenhalgh et al., 2014).

Een model dat nauw aansluit bij evidence-based geneeskunde is het biomedische model van ziekte (Bensing, 2000). De afgelopen decennia was dit model binnen de geneeskunde dominant. Een sterke nadruk wordt gelegd op de biologische component van ziekte. Het uitgangspunt is dat ziekte een afwijking is van 'normaal' en dat het weghalen van deze abnormaliteit leidt tot de terugkeer van gezondheid (Wade & Halligan, 2004). Een zieke patiënt wordt gezien als slachtoffer van omstandigheden, waardoor deze weinig verantwoordelijkheid draagt voor de aanwezigheid van de ziekte (Parson, 1951). Eveneens wordt ervan uitgegaan dat emotionele aspecten niet in relatie staan tot de fysieke ziekte. Hoewel er steeds meer kritiek bestaat op deze benadering, blijkt het toch nog relevant voor veel fysiek-georiënteerde ziektebeelden. Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt dit model dan ook door een schat aan biologische bevindingen (Wade & Halligan, 2004).

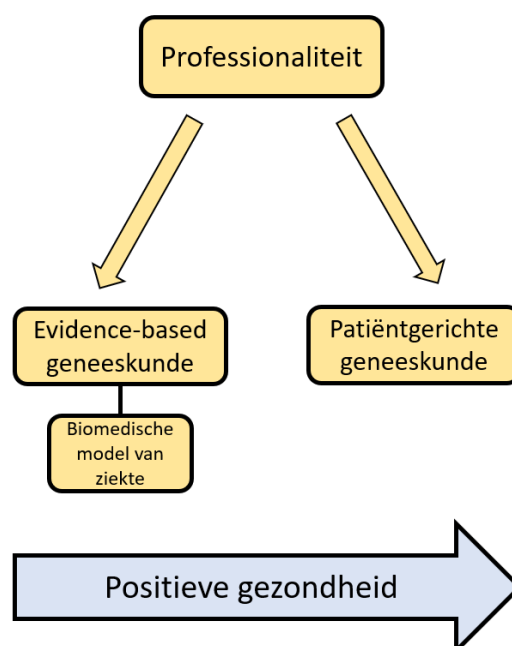
2.3.2 *Patiëntgerichte paradigma*

Terwijl het evidence-based paradigma een positivistisch, biomedisch perspectief kent, hanteert patiëntgerichte geneeskunde een menselijk, biopsychosociaal perspectief. Het legt sterk de nadruk op

patiëntenparticipatie in de klinische besluitvorming door rekening te houden met het perspectief van de patiënt. Het legt de focus meer op de patiënt dan op de professional, omdat de zorgverlening altijd wordt afgestemd op behoeftes en voorkeuren van de individuele patiënt. Sinds 2001 is patiëntgerichtheid een belangrijk verbeterdoel om de kwaliteit van zorg in zorgsystemen te verbeteren (Wolfe, 2001, in Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus & Van Hecke, 2016). Daarmee neemt de populariteit en legitimiteit van het patiëntgerichte paradigma toe.

Hoewel het patiëntgerichte paradigma al veelvuldig is onderzocht en een belangrijk onderdeel is van beleidsontwikkelingen, blijkt nog maar weinig overeenstemming te bestaan over de definitie (Castro et al., 2016). In de kern wordt dit paradigma opgevat als 'tegemeet komen aan de behoeftes van de patiënt' (Lutz & Bowers, 2000), maar de verdere uitwerking van het concept blijkt lastig (Bensing, 2000). Wanneer het patiëntgerichte paradigma namelijk van dichterbij wordt bekeken, blijkt dat het verschillende bijbetekenissen kent voor verschillende mensen. Het wordt opgevat als een containerconcept – opgesteld vanuit verschillende conceptuele dimensies (Bensing, 2000). Hierdoor wordt het patiëntgerichte paradigma vaak opgevat als een 'vaag concept', dat zich lastig laat operationaliseren in meetbare elementen. Dit bemoeilijkt wetenschappelijk onderzoek naar dit paradigma (Bensing, 2000). Samengevat ontbreekt het bij patiëntgerichte paradigma dus aan een sterke wetenschappelijke onderbouwing, terwijl de ideologische basis veel sterker is ontwikkeld.

Beide paradigma's bestaan naast elkaar in de zorgpraktijk (Bensing, 2000). Toch blijkt dat het evidence-based paradigma – en haar biomedische model van ziekte - een dominante positie bekleedt in de dagelijkse praktijk (Walg, 2014). Hierop klinkt de kritiek dat mensen niet hun aandoening zijn, terwijl hier doorgaans in de (biomedische) zorg wel de focus op ligt (Huber & Jung, 2015). Een verbetering van kwaliteit wordt dan ook nagestreefd door de geneeskunde meer patiëntgericht te maken (Rijksoverheid, 2018). Machteld Huber doet hiertoe een poging door het concept positieve gezondheid te ontwikkelen. In andere woorden stimuleert positieve gezondheid een verschuiving van het dominante evidence-based paradigma naar het patiëntgerichte paradigma.



Figuur 2: Schematische weergave van het concept 'positieve gezondheid' als verschuiving in de richting van het patiëntgerichte paradigma

2.3.3 Professionaliteit, paradigma's en positieve gezondheid

In *paragraaf 2.2* werd het professionalisme-managerialism debat uiteengezet. Vervolgens werd in *paragraaf 2.3* gesproken over twee verschijningsvormen van professionaliteit. De verhouding tussen professionaliteit, paradigma's en positieve gezondheid geef ik schematisch weer in *Figuur 2*. Hoewel professionaliteit en managerialism in de literatuur tegenstrijdig worden neergezet (Kuhlman et al., 2013), constateer ik dat het evidence-based paradigma vergelijkbare uitgangspunten hanteert als managerialism. Het evidence-based paradigma belicht de zorgverlening namelijk in termen van rationaliteit en meetbaarheid (Bensing, 2000); twee uitgangspunten die niet conflicteren met managerialism, maar hier juist mee corresponderen. Daarom is het aannemelijk dat - in het kader van het professionalisme-managerialism debat - een invulling van professionaliteit vanuit het evidence-based paradigma, minder spanning oplevert ten aanzien van managerialism, dan het patiëntgerichte paradigma. De volgende beschrijft de literatuur over cultuur en cultuur in organisaties; de theoretische lens voor *hoofdstuk 5*.

2.4 Cultuur in organisaties

Het concept van cultuur wordt in toenemende mate gelinkt aan organisatiestudies (Smircich, 1983) en kan worden toegepast op een ziekenhuis als organisatie. Culturen zijn sociaal geconstrueerde realiteiten en daarom hangt de definiëring af van hoe men aankijkt tegen cultuur en hoe het wordt uitgedragen (Meyerson & Martin, 1987). In de literatuur bestaat een grote verscheidenheid aan hoe auteurs het concept cultuur opvatten. De verschillen die bestaan in de onderzoeksaanpak naar de relatie tussen organisatie en cultuur komen voort uit aannames die onderzoekers doen over zowel 'organisatie' en 'cultuur'. Deze conceptualisering van cultuur is dan ook onlosmakelijk verbonden met cultuurverandering.

Een van de zaken waarop cultuuronderzoekers zich verdelen wordt door Smircich (1983) onderscheiden, namelijk het onderscheid tussen studies van cultuur als een metafoor voor 'organisatieleven' en studies van cultuur als 'variabele'. De opvatting van cultuur als variabele hangt samen met een functionalistisch oogpunt, dat ervan uit gaat dat sociale verschijnselen een bepaalde functie vervullen in de samenleving. Een voorbeeld is de hoop die cultuur creëert bij managers, door hen ervan te verzekeren dat een 'sterke' cultuur zal leiden tot maximale uitkomsten in de vorm van winst en productiviteit (Meyerson & Martin, 1987). Daartegenover staan cultuuronderzoekers die terugdeinzen voor functionalistische invalshoeken en een voorkeur hebben voor een symbolische aanpak (Schultz & Hatch, 1996). Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar aan uitingen van cultuur, zoals rituelen en fysieke indelingen (Schultz & Hatch, 1996). Kortom, functionele aanpakken vatten cultuur op als een variabele waarmee men uitkomsten kan voorspellen, terwijl symbolische aanpakken cultuur meer beschouwen als een lens waarmee men leven in organisaties kan bestuderen (Smircich, 1983).

Voor dit onderzoek gebruik ik een culturele lens om te kijken naar de implementatie van positieve gezondheid in het JBZ. Ik neem positie in binnen de symbolische aanpak, met cultuur als metafoor voor 'organisatieleven'. Daarom vast ik het JBZ en zorgprofessionals opvat ALS cultuur (Meyerson & Martin, 1987). Martin (2002) biedt in haar boek *Organizational Culture: Mapping the cultural terrain* een drietal perspectieven voor het kijken naar cultuur in organisaties. Vanuit deze culturele lenzen zal ik gaan kijken naar de implementatie van positieve gezondheid in het JBZ en de betekenissen, waardes en gedrag van zorgprofessionals van het JBZ. De drie perspectieven worden

hieronder verder uitgewerkt en zullen in de analyse als lens worden gelegd over de uitspraken van zorgprofessionals in de context van het JBZ, om zo patronen van duidelijkheid, inconsistenties en ambiguïteit te ontdekken.

2.4.1 *Integratieperspectief*

Aanhangers en onderzoekers die kijken vanuit het integratieperspectief beschouwen organisaties als eenheden waarbinnen een enkelvoudige, monolithische, dominante cultuur bestaat. De focus ligt op leiders als degenen die cultuur creëren waardoor cultuur wordt ingebeeld als iets waarover iedereen hetzelfde denkt, iets waarover consensus bestaat (Martin, 2002). Het wordt vaak gedefinieerd als datgene wat wordt gedeeld door en/of uniek is voor een organisatie of groep (Schein, 1985). Binnen de ziekenhuiscontext kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de medische terminologie die het voor artsen, verpleegkundigen en andere medici mogelijk maakt om elkaar te 'verstaan'. In die zin wordt cultuur gezien als iets wat zorgt voor integratie, oftewel de sociale of normatieve lijm die het mogelijk maakt diverse groepen van organisatieleden met elkaar te verbinden (Geertz, 1973).

Martin maakt met haar drie perspectieven onderscheid in hoe de focus wordt gelegd op 'culturele manifestaties'. Dat wil zeggen dat de drie perspectieven verschillen in de inhoudelijke thema's waarop ze focussen en hun relaties tot elkaar. Onderzoekers die kijken vanuit het integratieperspectief leggen de focus op culturele manifestaties die 'gedeeld' worden en dus op een samenhangende wijze in relatie staan tot elkaar. Echter bestaan er per onderzoeker variaties in hun specifieke focus. Sommige onderzoekers focussen vooral op de waarden zoals omarmd en uitgedragen door van het top management (Deal & Kennedy, 1982), terwijl andere onderzoekers juist meer focussen op de formele en informele gebeurtenissen in de praktijk, zoals communicatie, taal, rituelen of verhalen (Ouchi, 1981). Andere onderzoekers focussen weer meer op een dieperliggende betekenis van cultuur, zoals basisaannames (Schein, 1983) of gedeelde betekenissen (Smircich, 1983). Omdat het vanuit dit perspectief dus gaat over datgene wat duidelijk is, worden vanuit deze lens ambiguïteit of onduidelijkheid volledig geëxcludeerd (Martin, 2002).

In zekere zin vertoont het integratieperspectief overeenkomsten met de managerialism logica, omdat het eveneens uitgaat van de 'maakbaarheid van organisaties'. Bij managerialism manifesteert deze 'maakbaarheid' zich in de vorm van verantwoordings- en controlesystemen (Numerato et al, 2012), terwijl het bij het integratieperspectief tot uiting komt in de top-down creatie van cultuur (Martin, 2002) en daarbij passende normen en betekenissen (Smircich, 1983).

2.4.2 *Differentiatieperspectief*

In tegenstelling tot het integratieperspectief wat de nadruk legt op integratie en homogeniteit, kenmerkt het differentiatieperspectief zich door een focus op differentiatie en diversiteit (Meyerson & Martin, 1987). Aanhangers en onderzoekers die kijken vanuit het differentiatieperspectief beschouwen organisaties als een collectie van waarden en manifestaties, waarvan sommige tegengesteld zijn aan elkaar. Vanuit het differentiatieperspectief bestaat consensus binnen een organisatie, maar alleen op lagere niveaus van analyse, namelijk binnen 'subculturen' (Martin, 2002). Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de hiervoor besproken paradigma's in de zorg: de ene groep zorgprofessionals vat professionaliteit meer op in termen van het evidence-based paradigma, terwijl andere groepen zorgprofessionals wellicht vooral een patiëntgericht paradigma hanteren. Dergelijke verschillen tussen subculturen komen voort uit de complexiteit van maatschappelijke culturen in één organisatie, met

elementen van verschillende beroepen, klassen, rassen, etnische groepen en op gender-gebaseerde identiteiten (Meyerson & Martin, 1987). Deze bronnen van diversiteit creëren overlappende subculturen.

Sommige aanhangers van het differentiatieperspectief bevestigen dat er eveneens sprake kan zijn van een dominante organisatiecultuur, maar dit hoeft niet. In culturele termen kan het betekenen dat een organisatie is samengesteld uit een set van subculturen die ieder een aantal elementen van de dominante cultuur bevatten. Binnen het culturele kader van een ziekenhuis kan bijvoorbeeld een dominante cultuur bestaan waarbij consensus bestaat over het doel van de organisatie, namelijk het leveren van kwalitatief goede patiëntenzorg. Echter kan daarbij tussen subculturen verschil optreden in wat specifiek onder kwalitatief goede zorg wordt verstaan. Subculturen kunnen zich dan ook op verschillende manieren verhouden tot een dominante cultuur. Zo kan een subcultuur optreden in de vorm van een counter-cultuur, waarbij de subcultuur een andere mening representeert dan de mening die overheerst in de dominante cultuur (Martin & Siehl, 1983). Daarentegen kan een subcultuur ook de dominante cultuur versterken, bijvoorbeeld doordat een bepaald onderdeel van de organisatie support levert een de uitgedragen waarden van het top management (Martin, Sitkin and Boehm, 1985).

Onderzoekers die kijken vanuit het differentiatieperspectief leggen de focus niet op culturele manifestaties waarbij leiders centraal staan, maar gaan op zoek naar consistenties, inconsistenties of conflicten tussen subculturen (Martin, 2002). Echter is binnen dit perspectief vaak meer aandacht voor inconsistenties, waardoor de nadruk komt te liggen op onenigheid of meningsverschillen in plaats van op consensus (Meyerson & Martin, 1987). Wat onderzoekers die kijken vanuit het differentiatieperspectief met elkaar verbindt is dat ze de nadruk leggen op culturele manifestaties die inconsistente interpretaties hebben. Een voorbeeld van zo'n inconsistente interpretatie blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek naar positieve gezondheid: artsen verschillen significant van verpleegkundigen in hoe zij de zes dimensies van positieve gezondheid interpreteren (Huber et al., 2013). Ook binnen dit perspectief verschillen onderzoekers in hun specifieke focus. Sommige onderzoekers focussen bijvoorbeeld vooral op inconsistenties tussen het management de praktijk (Chistensen & Kreiner, 1984). Andere onderzoekers focussen bijvoorbeeld meer op hoe taal een andere betekenis krijgt in verschillende contexten (Jamison, 1985).

Het levert complicaties op wanneer men vanuit het differentiatieperspectief wil kijken naar verschillende niveaus binnen organisaties: organisatieniveau, subcultureel niveau of individueel niveau. Kijken op subcultureel niveau betekent dat er eigenlijk gewoon sprake is van een integratieperspectief, maar dan op een lager niveau in de organisatie. Op individueel niveau bekeken, kan het zijn dat een individu tot verschillende subculturen behoort. Dit kan tegengestelde visies oproepen (Meyerson & Martin, 1987). Zodoende worden tegenstellingen tussen subculturen dus pas zichtbaar op het moment dat op organisatieniveau onderzoek wordt gedaan.

In tegenstelling tot het integratieperspectief negeert het differentiatieperspectief ambiguïteit niet volledig, maar wordt aan ambiguïteit een gelimiteerde rol toegekend. Subculturen worden opgevat als een eilandje van gelokaliseerde duidelijkheid, waartussen een stroming van ambiguïteit beweegt (Meyerson & Martin, 1987). De focus ligt op consistenties óf inconsistenties tussen de subculturen, maar de aandacht blijft daarbij beperkt tot culturele manifestaties die elkaar óf wel óf niet tegenspreken. Dit perspectief blijft dus beperkt tot dichotomieën.

Met ambiguïteit wordt datgene bedoeld, wat onduidelijk is, onbegrijpelijk, en in staat is om twee of meer betekenissen te hebben (Webster, 1985). Ambiguïteit is een interne staat waarbij een gevoel van verwarring bestaat; individuen raken verward wanneer men informatie verwacht die vervolgens

afwezig blijft. Deze vorm van ambigüiteit wordt opgelost wanneer de nodige informatie beschikbaar komt. Een andere vorm van ambigüiteit ontstaat wanneer individuen rondom één inhoudelijk thema, twee of meer onverenigbare betekenissen ervaren. Dit innerlijke gevoel van ambigüiteit is moeilijker oplosbaar (Meyerson & Martin, 1987).

Box 2: Ambigüiteit

2.4.3 *Fragmentatieperspectief*

Het fragmentatieperspectief weerspiegelt cultuur niet als harmonieus (integratie) of vol van conflict (differentiatie), maar kent een belangrijke en grote rol toe aan ambigüiteit, zie *Box 2*. De andere twee perspectieven minimaliseren de rol van ambigüiteit, terwijl het fragmentatieperspectief denkt over ambigüiteit als 'de enige waarheid'. Onverenigbare interpretaties en paradoxen worden omarmd, waarbij de focus ligt op complexiteit en gebrek aan duidelijkheid (Meyerson & Martin, 1987). Het gaat ervan uit dat er met betrekking tot ieder specifiek onderwerp verschillen bestaan in hoe men hierover denkt; in een organisatie of ziekenhuis zullen altijd enkele individuen zijn die een visie delen, enkele individuen zijn die het niet eens zijn en enkele individuen die niets van het onderwerp meekrijgen of hier onverschillig tegenover staan. Wanneer een specifieke issue zich voordoet, worden bepaalde patronen van connecties pas relevant. Dit patroon zal een uniek samenspel van consensus, dissensus en onverschillig- of onwetendheid bevatten. Dit maakt het lastig om culturele en subculturele grenzen te trekken (Meyerson & Martin, 1987). Ook de grenzen van de organisaties worden opgevat als vaag en doorlaatbaar, omdat verschillende invloeden vanuit de omgeving 'voedend' kunnen optreden wanneer bepaalde issues binnen de organisatie aandacht krijgen.

Onderzoekers die kijken vanuit het fragmentatieperspectief leggen de focus op verwarring, paradoxen en datgene wat onduidelijk is. Culturele manifestaties zijn niet consistent of inconsistent met elkaar. Daarentegen kenmerken de relaties tussen culturele manifestaties zich door een gebrek aan duidelijkheid, veroorzaakt door onwetendheid of complexiteit. Bovendien worden verschillen in betekenissen, waardes en gedragsnormen gezien als onmeetbaar en onverzoenlijk (Meyerson & Martin, 1987).

2.4.4 *Cultuurverandering vanuit drie perspectieven*

Positieve gezondheid beoogt een paradigmaverschuiving teweeg te brengen binnen de context van de zorg (Huber & Jung, 2015). Dit kan worden opgevat een cultuurverandering, omdat het een verandering teweegbrengt in de sociaal geconstrueerde realiteit van zorgsystemen (Meyerson & Martin, 1987). Daarom is het onderscheid in de drie perspectieven op cultuur zeer bruikbaar bij het bestuderen van de onderzoekscasus van het JBZ. In termen van Martin (2002) kan positieve gezondheid als cultuurverandering zich voltrekken volgens patronen van consistentie, inconsistentie of ambigüiteit. Op ieder moment in de tijd kunnen de drie perspectieven aanwezig zijn, alleen kan het ene perspectief op het ene moment dominant aanwezig zijn dan de andere perspectieven. Martin (2002) maakt onderscheid tussen 'thuisperspectieven' en 'onderdrukte perspectieven'. Het thuisperspectief gaat over welk perspectief op een bepaald moment overheersend is, terwijl het onderdrukte perspectief gaat over het perspectief dat op dat moment op de achtergrond leeft. Elk perspectief ziet cultuurverandering vanuit hun eigen waardes en aannames.

Vanuit het integratieperspectief wordt cultuurverandering opgevat als een monolithisch proces, oftewel als een ziekenhuisbreed fenomeen (Meyerson & Martin, 1987). Daarbij wordt een grote

rol toegekend aan leiders of het top management, die optreden als de bron van cultuurverandering waarna deze veranderingen ziekenhuisbreed worden gedeeld. In die zin wordt verandering dus gezien als revolutionair. Daarentegen is cultuurverandering volgens het differentiatieperspectief een stuk complexer, omdat het een open-systeem perspectief hanteert. Dat wil zeggen dat de bron van verandering niet per definitie intern hoeft te liggen maar ook van extern kan komen. De focus ligt hierbij niet op het top management als bron van verandering, maar eerder op diffuse en onbedoelde bronnen van verandering. Het differentiatieperspectief benadrukt dat de omgeving een gelokaliseerde impact kan hebben op onderdelen van het ziekenhuis of op subculturen. Een voorbeeld is de lokale invloed van een landelijk tekort aan verpleegkundigen op verpleegafdelingen. Binnen de subcultuur van verpleegkundigen ontstaat zo grote druk. Deze lokale veranderingen worden vaak niet gepland of gecontroleerd door top management. Verandering wordt niet opgevat als revolutionair, maar als incrementeel waarbij meerdere veranderingen gelijktijdig kunnen optreden (Meyerson & Martin, 1987).

Volgens het fragmentatieperspectief wordt cultuurverandering opgevat als een continu proces (Meyerson & Martin, 1987). Dit wordt nader toegelicht aan de hand van het volgende citaat: "Cultuur past zichzelf niet aan omgevingen aan, maar is de manier waarop individuen zich aanpassen aan hun omgevingen... Cultuur ontwikkelt zich, verbreedt zich of stagneert door het proces van individuele culturele innovatie" (Keesing, 1981). Indien bepaalde veranderingen worden opgevat als cultuurveranderingen, en tegelijkertijd wordt cultuur opgevat als de manier waarop individuen veranderen, dan is cultuur net als individuele aandachtspatronen, en zullen dus continu veranderen (March, 1981). Volgens het fragmentatieperspectief wordt cultuurverandering dus opgevat als een verandering tussen individuen of tussen veranderingen van interpretaties. De centrale bron van verandering binnen het fragmentatieperspectief is dus het individuele aanpassingsvermogen aan veranderingen in de omgeving van een organisatie.

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk kwam naar voren hoe kwaliteit in de zorg wordt nagestreefd door middel van prestatie-indicatoren. Indicatoren vervullen een functie bij interne kwaliteitsverbeteringen en externe verantwoording. Echter bestaat een gepolariseerd debat dat zich afspeelt tussen voor- en tegenstanders van prestatie-indicatoren en dit vertoont gelijkenissen met het wetenschappelijke debat over de spanning tussen professionaliteit en managerialism. Hierin kwam naar voren de prestatie- en kwaliteitsverantwoording aan de hand van indicatoren kan worden opgevat als managerialism logica. Professionaliteit kenmerkt zich echter door autonomie en vrije handelingsruimte.

Daarnaast kwam naar voren dat professionaliteit meerdere verschijningsvormen kent. Deze verschijningsvormen werden toegelicht aan de hand van twee paradigma's: het evidence-based paradigma en het patiëntgerichte paradigma. Op basis van de literatuurstudie wordt verondersteld dat het patiëntgerichte paradigma sterker conflicteert met managerialism dan het evidence-based paradigma. De toetsing van deze veronderstelling zal stap voor stap worden uitgewerkt in hierop volgende hoofdstukken.

Dit hoofdstuk sloot dit met de uitwerking van drie theoretische perspectieven op cultuur in organisaties. Deze spelen een belangrijke rol in de analyse in *hoofdstuk 5*.

3. Methodologie

In *paragraaf 3.1* ga ik eerst in op de onderzoeksbenadering. Hier is aandacht voor mijn rol als onderzoeker en de rol van theorie in het onderzoeksproces. Vervolgens ga ik in *paragraaf 3.2* in op mijn onderzoeksontwerp. Het onderzoeksdesign en de methoden van dataverzameling zullen worden hier toegelicht. Daarna bespreekt *paragraaf 3.3* de data-analyse, met aandacht voor de wijze van coderen. Tot slot gaat *paragraaf 3.4* de kwaliteit van het onderzoek aan hand van vier kwaliteitscriteria.

3.1 Onderzoeksbenadering

In dit onderzoek staat centraal hoe verschillende groepen zorgprofessionals van het JBZ zich het concept van positieve gezondheid eigen maken, binnen hun bestaande opvattingen en werkzaamheden. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het belangrijk om de ‘binnenwereld’ van respondenten te begrijpen (Evers, 2015). Daarom koos ik voor kwalitatief onderzoek, omschreven als “de systematische verzameling, organisatie, en interpretatie van tekstueel materiaal dat is verkregen door gesprekken of observaties, met als doel concepten te ontwikkelen die ons helpen om sociale verschijnselen in hun natuurlijke context te begrijpen met de nadruk op betekenissen, ervaringen, en gezichtspunten van alle betrokkenen” (Boeije, 2014; p. 22).

Vanuit epistemologisch oogpunt positioneer ik mijzelf binnen de hermeneutisch-interpretatieve benadering, ook wel interpretivisme genoemd (Evers, 2015). Deze benadering gaat ervan uit dat de sociale werkelijkheid niet objectief, voorspelbaar en systematisch is. Als onderzoeker ben ik juist geïnteresseerd in de subjectieve beleving van de werkelijkheid door zorgprofessionals. Zo probeer ik de werkelijkheid te begrijpen vanuit degene die haar ondergaat (Evers, 2015). Meerdere interpretaties van hetzelfde gebeurtenis zijn in mijn ogen mogelijk en kunnen naast elkaar bestaan.

Daarnaast is mijn doel met dit onderzoek een wetenschappelijke bijdrage te leveren. De wetenschapsopvatting waarbinnen ik mijzelf en dit onderzoek positioneer is het sociaal constructivisme, ervanuit gaande dat er meerdere interpretaties bestaan van de werkelijkheid en dat deze actief wordt geconstrueerd (Evers, 2015). Deze dynamische werkelijkheid is waar te nemen: “wat een respondent zegt tijdens een interview is misschien niet ‘de waarheid’, maar het is wel een vast te leggen uitspraak die geïnterpreteerd kan worden en naast andere uitspraken gelegd kan worden” (Evers, 2015; p.13). Zodoende zal ik in dit onderzoek tekstueel materiaal dat ik verkreeg uit observaties, interviews en documenten naast elkaar leggen om de sociale werkelijkheid van medewerkers van het JBZ te kunnen interpreteren.

3.1.1 Rol als onderzoeker

Ook al ben ik onafhankelijk onderzoeker, mijn rol als onderzoeker is niet objectief. Op de eerste plaats ben ik mijn eigen onderzoeksinstrument, waardoor mijn achtergrond en persoonlijke waarden van invloed zijn op de keuzes die ik maak (Boeije, 2014). De gehanteerde onderzoekbenadering kent daardoor enkele valkuilen. Hierbij gaat het om het principe van ‘dubbele hermeneutiek’, in 1982 gepresenteerd door Giddens. Volgens dit principe worden bij interpretaties in de sociale wetenschappen steeds twee perspectieven op elkaar betrokken, namelijk die van de wetenschappers die onderzoeken en die van de respondenten die onderzocht worden (Begeman, 1996). Binnen de context van dit onderzoek betekent dit dat ik vertrek vanuit mijn eigen referentiekader. Een

onvermijdelijke valkuil is dat ik in eerste instantie alleen de elementen van respondenten oppikte die pasten binnen mijn eigen referentiekader. Zaken die buiten mijn referentiekader vallen kosten meer moeite om te bevatten en dus te interpreteren. Dit probeerde ik te ondervangen door vroeg in het onderzoeksproces meeloopdagen te doen met zorgprofessionals, waardoor ik beter aansluiting vond bij hun wereld. Dit verbreedde mijn referentiekader, waardoor ik later in het onderzoek beter in staat was om elementen die eerder buiten mijn referentiekader vielen, alsnog te interpreteren.

Op de tweede plaats speelde – in mijn rol als onderzoeker - het intermenselijke aspect mee. De relaties die ik aanging kunnen zowel bevorderend als verhinderend werken (Maxwell, 2013). Mijn onderzoek voerde ik uit in het kader van het strategietraject, waardoor ik de meeste dagen van de week aanwezig was op de strategieafdeling. Hierbij liep ik het gevaar om ‘native’ te gaan (Boeije, 2014; p. 151). Dat betekent dat je als onderzoeker een lange tijd in een andere sociale omgeving verblijft of werkt, waardoor je je native gaat voelen (Boeije, 2014). Dit kan een vertekening opleveren in de interpretaties van de onderzoeker en daarmee een bedreiging vormen voor de validiteit van het onderzoek. Gelijkerwijs constateerde ik tijdens mijn onderzoek dat ik in bepaalde keuzes te veel beredeneerde vanuit het strategietraject. Zo ontstond bijvoorbeeld bij mij de neiging om mijn onderzoek zo relevant mogelijk voor hen te maken. Dit correspondeert niet met mijn intentie om onbevooroordeeld onderzoek te doen naar het perspectief van zorgprofessionals. Ik ontwikkelde een bias; ik bekeek mijn onderzoek door de ogen van strategie. Gesprekken met peers en mijn begeleider van de universiteit maakten mij hiervan bewust en dit stimuleerde me om mijn onafhankelijk rol als onderzoeker weer op te pakken. Zodoende lukte het mij om weer van een afstandje te kijken naar het strategietraject, waardoor ik mij minder liet beïnvloeden in mijn keuzes.

Op de derde plaats beïnvloedde mijn positie in de organisatie mijn rol als onderzoeker. Tijdens de eerste paar interviews constateerde ik dat de kennisneming van respondenten over mijn positie, hun gedragsverandering vergrootte. Respondenten kregen namelijk het gevoel dat ik hen evalueerde over de mate waarin ze al met positieve gezondheid aan de slag waren. Dit veroorzaakte een terughoudende houding bij respondenten. Zo benoemt Boeije (2014) dat mensen geneigd zijn om hun gedrag te veranderen op het moment dat ze onderwerp zijn van onderzoek. Dit probeerde ik te ondervangen door te benadrukken dat ik geen evaluatief onderzoek doe, maar dat ik juist geïnteresseerd ben in de individuele opvattingen waarmee er dus geen goede of foute antwoorden zijn. Bovendien benadrukte ik dat de interviews en observaties volledig geanonimiseerd werden. In latere interviews heb ik niet meer benoemd dat ik onderzoek deed vanuit het strategietraject, maar benoemde ik slechts dat ik dit onderzoek doe in het kader van mijn afstudeerscriptie. Daarnaast leverde mijn positie als onderdeel van het strategietraject ook voordeel op. Het gaf me namelijk gemakkelijk toegang tot diverse bijeenkomsten, wat mijn begrip van de organisatie bevorderde.

3.1.2 *Rol van theorie*

Dit onderzoek is gebaseerd op een inductieve redenering (Maso & Smaling, 1998), waarbij theorie gedurende het hele onderzoeksproces een abductieve rol speelde. “Bij abductie gaat het erom de best passende verklaring te vinden voor waarnemingen en dan is het handig wanneer onderzoekers uit verschillende theoretische vaatjes kunnen tappen” (Boeije, 2014; p. 103). Aan de start van mijn onderzoek maakte ik gebruik van sensitizing concepts. De concepten die ik in eerste instantie gebruikten waren ‘positieve gezondheid’, ‘biomedische model van ziekte’ en ‘patiëntgerichte geneeskunde. Deze drie sensitizing concepts gaven mij inzicht in hoe er in de zorg vanuit verschillende paradigma’s wordt gekeken naar de betekenis van gezondheid en goede zorgverlening.

Daarnaast verdiepte ik mijzelf vanaf het begin van mijn onderzoek in diverse potentiële theoretische lenzen om theoretische sensitiviteit te ontwikkelen (Boeije, 2014). Theoretische sensitiviteit is het vermogen van de onderzoeker om theoretisch over de gegevens na te kunnen denken (Bosch, 2012, In Boeije, 2014). Zo las ik mij in over neo-institutionalisme, behavioural theory en hybride professionalisme. Echter viel mij tijdens de dataverzamelingsperiode iets op in de woordkeuze van respondenten. Ze spraken namelijk meermaals over positieve gezondheid als ‘cultuurverandering’. De theoretische lenzen waar ik mij tot dan toe in had verdiept sloten op het eerste oog niet aan bij cultuurverandering. Bovendien kwam ik er tijdens interviews achter dat respondenten van elkaar verschilden hoe zij de implementatie van positieve gezondheid voor zich zagen. Sommige zorgprofessionals hadden zoiets van ‘we doen het met zijn allen’, terwijl andere zorgprofessionals positieve gezondheid voor de ene groep meer geschikt vonden dan voor de andere groep. In gesprek met mijn begeleider kwam ik tot het inzicht dat deze verschillende perspectieven aansluiting vinden bij de theorie van Joanne Martin over cultuur in organisaties. Daarom verdiepte ik mij in deze theorie en de daarbij behorende perspectieven op cultuur: het integratieperspectief, het differentiatieperspectief en het fragmentatieperspectief. De kernbegrippen van deze perspectieven (zoals bijvoorbeeld consensus, subculturen en ambiguïteit) gaven handvatten om meer focus aan te brengen tijdens de interviews en daarmee scherpere vragen te stellen.

Tot slot nam de mate van analyseren aan het eind van het onderzoek toe. De inzichten die voortkwamen uit deze analyse brachten mij bij het terugkerende thema prestatie-indicatoren. Mijn bevindingen deden mij denken aan een theoretische lens waar ik mij aan de start van mijn onderzoek al in had verdiept, namelijk de spanning tussen professionaliteit en managerialism. Zo bleek mijn theoretische sensitiviteit relevant om de bevindingen te koppelen aan theoretische concepten.

3.2 Onderzoeksontworp

3.2.1 Case study

Het onderzoek is een single case study, gedefinieerd door Evers (2015) als: “de studie van een sociaal fenomeen in één of een paar van haar manifestaties, die gedurende een bepaalde periode plaatsvindt in haar natuurlijke omgeving”. Een casestudy is geschikt voor mijn onderzoeksprobleem, omdat dit design zich goed leent voor verkennend onderzoek (Yin, 2009). Dit sluit aan bij de aard van positieve gezondheid, omdat nog weinig onderzoek is gedaan binnen de context van een organisatie. Daarnaast is een casestudy geschikt door ‘mijn eenheid van analyse’ (Bryman, 2012, p. 68). Mijn onderzoeksprobleem is slechts te beantwoorden door diepgaand inzicht te krijgen in de dagelijkse realiteit van zorgprofessionals in het JBZ, inclusief haar context-specifieke aspecten.

Dit onderzoek vond plaats in het JBZ tussen 21 februari 2018 en 6 juli 2018, waarbij ik specifiek onderzocht hoe het concept positieve gezondheid werd eigen gemaakt door zorgprofessionals van één specifieke organisatie. Aangezien het JBZ een vrij grote organisatie is met meer dan 4000 medewerkers en nog aan het begin staat van de implementatie van positieve gezondheid, is ervoor gekozen om met mijn onderzoek in te zoomen op drie specifieke afdelingen. Ik koos ervoor om drie afdelingen te onderzoeken deelnemers hebben in de moestuin: oncologie, cardiologie en dialyse. Deze drie afdelingen zijn in die zin dus een uitzondering op de rest van het ziekenhuis. De onderzochte afdelingen zouden beschouwd kunnen worden als drie losse cases. Ik ben van mening dat deze verenigd mogen worden in één case omdat ik niet beoog om de afzonderlijke afdelingen naast elkaar te leggen. Bij het

interpreteren van conclusies van dit onderzoek moet echter wel in acht worden genomen dat uitspraken niet het gehele JBZ omvatten, maar slechts direct te herleiden zijn tot de drie onderzochte afdelingen. Echter kunnen de inzichten die uit dit onderzoek voortvloeien eveneens van betekenis zijn voor andere afdelingen van het JBZ of andere zorginstellingen.

3.2.2 *Methoden van dataverzameling*

Ik heb drie methodes gebruikt voor de dataverzameling: observaties, interviews en documentanalyse. Iedere methode kent zijn eigen zwakheden. Maar mijn keuze om de methodes in aanvulling op elkaar te gebruiken leidt tot het opvangen methode-specifieke zwakheden (Boeije, 2014). Dit noemt men ook wel triangulatie (Bryman, 2012). De methoden werken in aanvulling op elkaar en geven zo een volledig beeld geven van het onderzoeksonderwerp (Boeije, 2014).

Informele gesprekken en logboek

Allereerst is data verzameld door het voeren van informele gesprekken in de oriënterende fase. Aan de hand van deze explorerende gesprekken heb ik de route kunnen uitstippelen die ik als onderzoeker wilde afleggen. In totaal heb ik vijf explorerende gesprekken gevoerd met medewerkers van de afdeling strategie en één explorerend gesprek met een verpleegkundig specialist. Deze gesprekken duurden een uur tot anderhalf uur. Deze explorerende gesprekken ondersteunden mij bij het maken van een onderzoeksopzet. Omdat ik in deze oriënterende fase nog niet precies voor ogen had wat ik wilde onderzoeken, maakte ik aantekeningen tijdens deze gesprekken die ik vervolgens uitwerkte en verzamelde in een logboek. Gedurende dit onderzoek heb ik dit logboek consequent bijgehouden. Hierin noteerde ik ook mijn observaties gedurende mijn aanwezigheid op de strategieafdeling of opmerkingen die respondenten voor of na een interview maakten. Het bijhouden van een logboek is relevant voor een casestudy, omdat het alle terloops geobserveerde aspecten uit de natuurlijke omgeving van de case relevant kunnen blijken (Yin, 2009).

Observaties

In het kader van dit onderzoek heb ik diverse observaties gedaan. Voor een observatieoverzicht, zie *bijlage 8.3*. Dit onderzoek richt zich onder andere op de invulling en afwegingen van zorgprofessionals met betrekking tot positieve gezondheid. Daarom was observeren van zorgprofessionals in hun dagelijkse praktijk relevant, omdat ik zo hun gedrag kon waarnemen. Bij iedere observatie maakte ik gebruik van veldnotities om niet te vergeten wat ik had gehoord en gezien. Deze verwerkte ik in mijn logboek. Mijn rol als onderzoeker was hier die van 'minimally participating observer' (Bryman, 2012; p. 443). Hierbij was observeren mijn voornaamste taak, maar nam ik op bescheiden wijze deel aan kernactiviteiten. Ten tijde van het onderzoek ik dagelijks aanwezig op de strategieafdeling. Hoewel mijn onderzoeksvraag zich niet richt op het strategietraject, was het voor mij zeer waardevol om hun perspectief op de implementatie van positieve gezondheid mee te krijgen. Omdat ik als het ware onderdeel was van het strategietraject, mocht ik aanwezig zijn bij bijeenkomsten en overlegmomenten. In totaal woonde ik vijf overlegmomenten bij en was ik ook aanwezig bij een beleidsmiddag, die mij inzicht gaf in de besluiten die werden genomen op bestuurlijk niveau.

Naast deze observaties die in relatie staan tot het strategietraject deed ik ook diverse observaties die direct verband hielden met de implementatie van positieve gezondheid. Zo was ik meerdere keren aanwezig op de middagen waarbij Machteld Huber naar het Jeroen Bosch Ziekenhuis kwam om te spreken over positieve gezondheid. Dit gaf mij bijvoorbeeld informatie over welke groepen

zorgprofessionals zich interesseerden voor de lezingen (en daarmee dus voor positieve gezondheid). Ook waren de reacties en vragen van zorgprofessionals naar aanleiding van deze lezingen van waarde. Daarnaast observeerde ik eenmalig tijdens een moestuin, waarbij zorgprofessionals werden getraind door een coach van iPH. Als laatste was ik ook aanwezig tijdens een training speciaal voor unithoofden.

Tot slot heb ik een drietal observaties gedaan op ieder van de drie afdelingen waarvan ik ook respondenten zou gaan interviewen: oncologie, cardiologie en dialyse. Voor deze observaties liep ik drie dagen mee op deze afdelingen. Onder andere liep ik mee op verpleegafdelingen en keek ik mee tijdens spreekuren op de poli. Tijdens deze observaties droeg ik witte dienstkleding. Bij ieder van de observaties liep ik mee met één zorgprofessional en deze introduceerde mij aan patiënten en collega's. Bovendien controleerde degene met wie ik meeliep of patiënten geen bezwaar hadden tegen mijn aanwezigheid. Hier nam ik deel aan kernactiviteiten zoals bedden opmaken en patiënten weg- en ophalen vanaf afdelingen. Deze observaties op de afdeling deed ik in aanloop naar de interviews, met als doel feeling te krijgen bij de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals. Dit verrijkte bijvoorbeeld mijn begrip van de medische en organisatie-eigen terminologie waardoor het in de interviews gemakkelijker was om aansluiting te vinden bij respondenten.

Interviews

De grootste bron van data waren de interviews. Dit is "een gespreksvorm waarin een persoon – de interviewer – zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan één of meer anderen – de participanten of geïnterviewden – die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen" (Boeije, 2014, p.78). Deze methode was zeer relevant voor mijn onderzoeksvraag, omdat deze zich richt op de opvattingen en ervaringen van zorgprofessionals. Interviews dienen vooral om motieven en gedachten over geobserveerd gedrag bloot te leggen. Zodoende gebruikte ik enkele relevante onderwerpen vanuit mijn observaties als ingang voor interviews. De interviews waren semi-structureerd van aard. Ik formuleerde algemenere vragen in een topiclijst (zie *bijlage 8.4*), maar daarbij stond de volgorde niet vast (Bryman, 2012). Ik streefde na om de verschillende topics af te werken, maar daarbij varieerde het per respondent hoe diepgaand op een topic werd ingegaan. Gedurende het onderzoeksproces breidde de topiclijst zich uit naar aanleiding van de theoretische ontwikkeling. Zo werd de topiclijst bijvoorbeeld aangevuld met vragen die voortkwamen uit de drie perspectieven van Martin.

De selectie van respondenten gebeurde op basis van 'purposive sampling' (Bryman, 2012, p. 422). Dat wil zeggen dat ik doelgericht onderzoekseenheden selecteerde op basis van bepaalde kenmerken die zij representeren. Voor een interviewoverzicht met de kenmerken van respondenten zie *bijlage 8.5*. Zo wilde ik diverse uitingsvormen van een verschijnsel in mijn steekproef vertegenwoordigen (Boeije, 2014, p. 61). Ik selecteerde mijn respondenten op basis van twee kenmerken. Het eerste kenmerk was de afdeling waarop zij werkten (oncologie, cardiologie en dialyse). Binnen deze afdeling wilde ik een heterogene groep zorgprofessionals spreken en daarom was het tweede kenmerk waarop ik selecteerde de functie van zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en maatschappelijk werkers) en hun eventuele deelname aan de moestuin (deelnemers en niet-deelnemers).

De benadering van respondenten gebeurde via een gatekeeper. Dit was een medewerker van de afdeling strategie die toestemming vroeg via de afdelingshoofden waarna ik mijn respondenten mocht benaderen. Samen met de gatekeeper stelde ik een lijst op met namen van respondenten, op basis de representatie van kenmerken. Ik beschikte over een eigen inlog-account bij het JBZ, waardoor

ik middels een zoekmachine de emailadressen van respondenten kon achterhalen. Vanaf mijn JBZ-emailadres mailde ik een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek met daarin informatie over het doel van het onderzoek, de meerwaarde van deelname, de duur van het interview en de periode waarbinnen het interview zou plaatsvinden. Indien respondenten niet binnen één tot anderhalve week reageerden, stuurde ik een herinneringsmail. Uiteindelijk lukte het om ieder van de geselecteerde respondenten te spreken, op één medisch specialist na. De reden hiervoor was drukte, waarna ik een respondent selecteerde die aan dezelfde kenmerken voldeed.

De locatie van het interview liet ik bepalen door respondenten. Meestal hadden zij een eigen kamer of ruimte tot hun beschikking. Wanneer dit niet het geval was liet ik een vergaderruimte boeken door de secretaresse van de strategieafdeling. Aan het begin van ieder interview werd toestemming gevraagd aan de respondenten met betrekking tot het opnemen van het gesprek. Alle interviews werden opgenomen met een voicerecorder op een telefoon, waardoor geen informatie verloren ging door vergeetachtigheid (Bryman, 2012). Bovendien stelde dit mij in staat om volledig aandacht te hebben voor het gezegde, omdat ik niet werd afgeleid door het maken van notities (Bryman, 2012). Tot slot hielpen deze opnames mij tijdens de dataverwerking om niet alleen de inhoud van het gezegde te gebruiken, maar ook de manier waarop iets werd gezegd. Enkele respondenten deden interessante uitspraken 'off the record'. Deze uitspraken noteerde ik in mijn logboek en nam ik mee in mijn achterhoofd bij de data-analyse. Echter verwerkte ik deze uitspraken niet in de vorm van citaten, omdat respondenten benadrukten dat dit vertrouwelijk moest blijven (ook dit was informatie). In totaal zijn 12 respondenten geïnterviewd.

Organisatiedocumenten

Tot slot werd gebruik gemaakt van interne organisatiedocumentatie (zie *bijlage 8.6*). Deze interne documenten vormen een belangrijke informatiebron binnen een case study (Bryman, 2012; p. 551), omdat ze iets zeggen over hoe zaken momenteel geregeld zijn. Ze ondersteunen de onderzoeker in het vormgeven van de case en kunnen dienen als herkenningspunten tijdens vervolggesprekken. Daarbij noemt Bryman (2012; p. 551) als belangrijk punt dat "organisatiedocumenten geen objectieve data vormen, omdat de auteur deze documenten heeft opgesteld vanuit zijn of haar eigen positie en perspectief binnen de organisatie". Voor dit onderzoek waren de documenten dan ook met name interessant voor het doorgronden van het perspectief van de strategieafdeling op de implementatie van positieve gezondheid. Eveneens gaven de organisatiedocumenten richting aan mijn onderzoeksvragen. Verder werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van jaarverslagen, werkplannen, een plan van aanpak van het strategietraject, notulen van vergaderingen, mailtjes, artikelen op Intranet en de website van het JBZ. Ik had met mijn account toegang tot de meeste mappen op de harde schijf en daar verzamelde ik de documenten. Indien ik interesse had in documenten in een afgeschermd map, dan regelde de secretaresse van de afdeling strategie deze voor mij. Hierbij werd benadrukt dat deze documenten vertrouwelijk moeten blijven. Daarom heb ik deze vertrouwelijke documenten slechts gebruikt om breder grip te krijgen op relevante aspecten voor dit onderzoek, maar verwerkte ik deze documenten niet direct in mijn analyse.

3.3 Data-analyse

Alle interviews werden na afloop getranscribeerd. Daarna werden de transcripten, het logboek en de organisatiedocumenten verzameld en samengebracht in Nvivo. De data-analyse bestond uit drie fasen: open, axiaal en selectief coderen. Open coderen is het proces van "afbreken, bestuderen, vergelijken,

conceptualiseren en categoriseren van data” (Boeije, 2014, p. 112). Met open coderen startte ik na de eerste drie interviews op papier, om de data te exploreren. Dit leverde een aantal codes op die “een samenvattende notatie van een fragment uit de onderzoeksgegevens zijn, waarin de betekenis van dat fragment wordt uitgedrukt” (Boeije, 2014, p.113). Naarmate het aantal interviews vorderde ging ik ook axiaal coderen, om te voorkomen dat ik kwam te zitten met een grote lijst met codes. Bij axiaal coderen is sprake van “een reeks procedures waarbij na het open coderen de data op nieuwe manieren wordt teruggebracht, door verbanden tussen categorieën te leggen (Boeije, 2014, p. 125). In deze fase genereerde ik ideeën die ik vastlegde in een aantekeningenblok. Deze ideeën boden later houvast bij het structureren van de bevindingen. Na 11 interviews had ik een redelijk gestructureerd beeld met de belangrijkste thema’s. Deze thema’s heb ik ondergebracht in een topiclijst en toen heb ik nog een laatste interview afgenomen met een adviseur van de strategieafdeling, om vanuit hun perspectief te reflecteren op de belangrijkste thema’s. De data uit dit laatste interview leverde het zetje om te komen tot de twee paradoxen die worden uitgewerkt in *hoofdstuk 4*. Na dit interview ben ik begonnen met selectief coderen. “In de fase van selectief coderen ligt de nadruk op de integratie van de bevindingen door verbanden te leggen tussen categorieën die in de fase van het axiaal coderen zijn beschreven” (Boeije, 2014, p. 133). Dit leverde een kerncategorie op, oftewel een verklarend principe (Boeije, 2014). In het huidige onderzoek werd de kerncategorie ‘prestatie-indicatoren’, wat een belangrijke component bleek om de stukjes van de puzzel te kunnen leggen. Dit wordt verder uitgewerkt in *hoofdstuk 5*, de analyse.

3.4 Kwaliteit van onderzoek

Om een waardevolle bijdrage te leveren aan het JBZ en de wetenschap, is het van belang dat mijn onderzoek betrouwbaar is. De kwaliteit van mijn onderzoek toets ik daarom aan de hand van criteria die passen bij de kwalitatieve en interpretatieve onderzoeksbenadering. Deze criteria zijn een alternatief voor betrouwbaarheid en validiteit die meer passen bij positivistisch georiënteerde onderzoeken. ‘Trustworthiness’ zal hieronder worden beschreven aan de hand van vier criteria: ‘credibility’, ‘transferability’, ‘dependability’ en ‘confirmability’ (Bryman, 2012, p. 390).

Credibility gaat erom dat het onderzoek volgens good practices is uitgevoerd en de resultaten zijn teruggekoppeld naar de leden van de sociale wereld die werden bestudeerd. In de context van mijn onderzoek zegt het iets over de geloofwaardigheid van verklaringen, interpretaties en conclusies. Dit streefde ik na door met leden van het Jeroen Bosch Ziekenhuis te reflecteren op mijn bevindingen, een vorm van respondent validation “waarbij de onderzoeker de resultaten die gaan over de organisatie terugkoppelt naar de organisatie” (Bryman, 2012; p. 391). Daarnaast werd gebruik gemaakt van data-triangulatie, zodat bevindingen dubbel werden gecheckt en daarmee het risico op een systematische bias werd verkleind (Boeije, 2014). Zo werden bijvoorbeeld thema’s die naar voren kwamen uit mijn observaties gecheckt tijdens de interviews, wat de geloofwaardigheid van interpretaties vergroot (Bryman, 2012).

Bij transferability gaat het over “de mate waarin de context van het onderzoek is verduidelijkt” (Bryman, 2012, p. 392). Omdat in dit kwalitatieve onderzoek een kleine groep in de diepte is onderzocht, bezitten de gegevens een grote mate van context-unieke aspecten en betekenissen. Om hier inzicht in te geven beschreef ik in mijn inleiding de kenmerken van de onderzoekscasus. Bovendien maakte ik in dit hoofdstuk inzichtelijk welke keuzes ik maakte rondom de uitvoering van het onderzoek en een toelichting waarom ik dit zo heb gedaan.

Dependability is vergelijkbaar met betrouwbaarheid in positivistisch onderzoek en zegt iets over "de inzichtelijkheid in verschillende fases van het onderzoek" (Bryman, 2012, p. 392). Dit criteria streefde ik na door vanaf mijn eerste dag in de organisatie een digitaal logboek bij te houden waarin ik gesprekken en observaties noteerde. Omdat hierbij de researcher bias een rol speelt, noteerde ik in deze notities de 'objectieve gebeurtenissen', zoals wie met wie interacteert en wat er werd gezegd. In een aparte kolom noteerde ik mijn eigen interpretaties. Zo probeerde ik mijn keuzes en interpretaties op een consistente wijze zichtbaar te maken voor eventuele lezers. Ook had ik gedurende het onderzoeksproces continu een klein notatieblokje bij me, waarin ik gedachten en ideeën noteerde. Deze notities voorzag ik van een datum. Dit vergemakkelijkt het terughalen van mijn keuzes. Alle gegevens verzamelde ik op systematische wijze en ordende in digitale mappen. Per respondent heb ik een map met het transcript en de bijbehorende geluidsopname. In een aparte map verzamelde ik alle organisatiedocumentatie, met een sub-map waarin beeldmateriaal werd verzameld. Met de ordening van alle gegevens hield ik het overzicht over deze grote hoeveelheid data. Tot slot werd de betrouwbaarheid gewaarborgd samen te werken met een andere onderzoeker. Samen met een medestudent hebben ik enkele tekstfragmenten doorgelezen, om erachter te komen of onze interpretaties ongeveer overeen kwamen (Boeijs, 2014, p. 123). Daaruit bleek dat we overeenstemden over aannemelijke interpretaties en dit vergroot de inter-codeur betrouwbaarheid.

"Confirmability gaat erover of ik als onderzoeker het onderzoek in goed vertrouwen uitvoerde, zonder dat ik daarbij mijn eigen overtuigingen of theoretische neigingen een rol liet spelen" (Bryman, 2012, p. 392). Ik was mij ervan bewust dat er een persoonlijke drijfveer meespeelde in dit onderzoek. Ik ervoer namelijk enthousiasme ten opzichte van positieve gezondheid, omdat ik geloof in de meerwaarde van dit concept voor de zorg. Ik streefde ernaar om niet bevooroordeeld te raken. Om te voorkomen dat ik verviel in deze bias, sparde ik gedurende het onderzoeksproces met peers en mijn begeleider. Zodoende lukte het mij om weer boven de casus uit te stijgen en daarmee los te komen van mijn persoonlijke overtuiging van de meerwaarde van positieve gezondheid. Bovendien heb ik enkele interviews met een medestudent gecodeerd, zodat met een frisse blik naar mijn data gekeken werd. Hierdoor konden we onze interpretaties naast elkaar te leggen en werd voor mijn eventuele bias gecontroleerd.

4. Bevindingen

In dit hoofdstuk bespreek ik mijn belangrijkste onderzoeksbevindingen. *Paragraaf 4.1* geeft eerst een iets breder beeld van de invulling die zorgprofessionals geven aan positieve gezondheid. Daarmee voorziet deze paragraaf in voorkennis die relevant is om *paragraaf 4.2* en *paragraaf 4.3* van context te voorzien. Vervolgens zal in *paragraaf 4.2* en *paragraaf 4.3* worden ingegaan op twee overkoepelende paradoxen, die dienen als raamwerk bij het uiteenzetten van de bevindingen. Het zwaartepunt van dit hoofdstuk ligt in *paragraaf 4.2* en *paragraaf 4.3*. Hierin zal naar voren komen dat zorgprofessionals tegenstrijdigheden ervaren binnen hun interpretaties van positieve gezondheid.

4.1 Invulling aan positieve gezondheid

De strategie houdt zich bezig met de verspreiding van het gedachtegoed van positieve gezondheid. Daarbij wordt de volgende doelstelling gehanteerd: ‘Eind 2018 is een aantoonbare verandering gerealiseerd in het bevorderen van de positieve gezondheid van de mensen van Den Bosch en omgeving’ (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2018). Realisering van deze doelstelling vraagt van zorgprofessionals dat zij invulling gaan geven aan positieve gezondheid binnen hun werkzaamheden. Hoewel uit organisatiedocumentatie blijkt dat positieve gezondheid al sinds maart 2016 wordt verspreid, blijkt uit interviews en observaties dat er zorgprofessionals zijn die nog geen enkel idee hebben van wat positieve gezondheid is of wat het betekent:

- Interviewer: *Oké. Dan wil ik graag de slag maken van gezondheidswelzijn. Wat heb je daarover gehoord?*
- (R07-medisch specialist): *Helemaal nada.*
- Interviewer: *Helemaal nada?*
- (R07-medisch specialist): *Ik heb echt nog zitten denken van oké, wat ga ik daar nou onder verstaan? Maar eigenlijk weet ik het gewoon niet.*

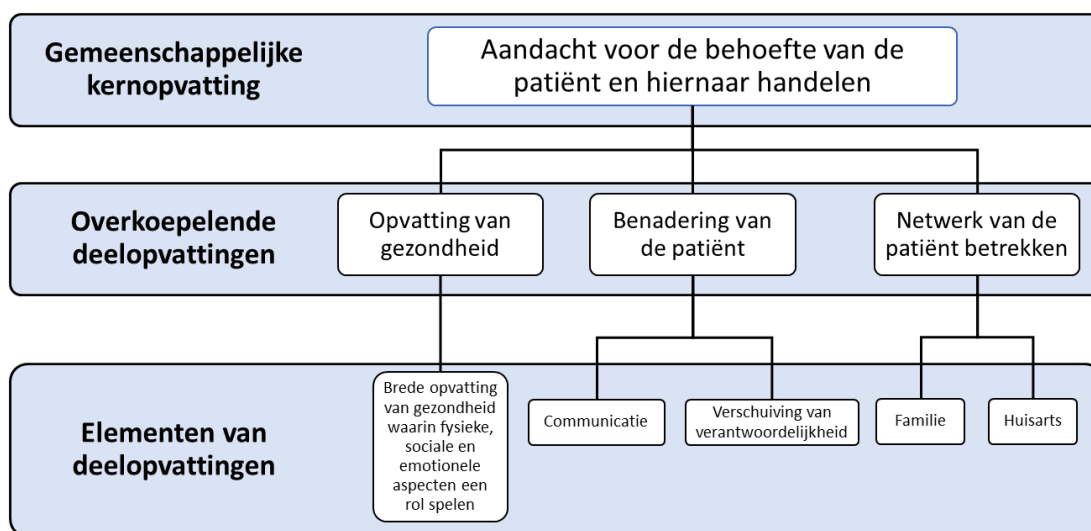
De zorgprofessionals die wel van positieve gezondheid hadden gehoord deelden een gemeenschappelijke component in de betekenis die ze eraan toekennen, namelijk ‘aandacht voor de behoefte van de patiënt en hiernaar handelen’. Respondenten benoemen dat positieve gezondheid een verschuiving betekent van de focus op ‘wat ik denk of vind’ naar ‘wat wil de patiënt?’. Deze kernopvatting wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende citaat:

“Ten eerste gaat het niet over wat ik wil, maar over wat de patiënt wil. (...) Ja ik vind dat positieve gezondheid daar wel handvaten voor geeft. En juist bijvoorbeeld dat spinnenweb, dat heeft mij persoonlijk heel erg geholpen (...) om te kijken (...) bij mijn patiënten van ‘wat vindt u eigenlijk?’ (...) Ik vind het juist ook met name een meerwaarde (...) voor de andere mensen die met die patiënt werken. Dat die ook inzichtelijk krijgen van, oh, dus dit vind jij belangrijk” (R10-medisch specialist).

Enkele respondenten nuanceerden dat het van belang is om de behoeftes van patiënten te begrenzen, en goed te bekijken wat past binnen de mogelijkheden van de zorgverlener:

“Nou ja, we moeten oppassen dat we niet gaan doorslaan. Want het moet allemaal nog wel haalbaar zijn. Sommige mensen verwachten ook dat je dingen gaat aanbieden in voeding, in de manier waarop we zeg maar stoelen en bedden hebben, dat het hier een hotel is. We moeten niet doorslaan in dat patiënten maar alles kunnen verwachten, wat ook niet haalbaar is. Ja je probeert nog steeds zoveel mogelijk mensen te helpen en dat moet allemaal wel in dit systeem passen. Ja, dus je moet ook oppassen dat je eigenlijk de mensen natuurlijk alles wil bieden wat ie belangrijk vindt, maar het moet ook reëel zijn.” (R09-verpleegkundige)

Naast deze gemeenschappelijke kernopvatting van positieve gezondheid, leggen niet alle zorgprofessionals hetzelfde accent. Overkoepelende deelopvattingen zijn gebundeld in drie thema's: 'opvatting van gezondheid', 'benadering van de patiënt' en 'netwerk van de patiënt betrekken'. Deze heb ik schematisch afgebeeld in *Figuur 3*.



Figuur 1. Overzicht van de invulling van zorgprofessionals aan positieve gezondheid

4.1.1 Opvatting van gezondheid

Positieve gezondheid hanteert een nieuwe definitie van gezondheid, zoals bedacht door Machteld Huber: *“gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”*. In lijn met deze definitie beschouwen respondenten positieve gezondheid als een ‘brede opvatting van gezondheid’. Positieve gezondheid maakt dat respondenten patiënten minder beschouwen als alleen een zieke patiënt met aandoeningen. Ze krijgen meer oog voor sociale en emotionele factoren:

“In mijn eigen woorden betekent het voor mij niets meer en niets minder dan alles omtrent de patiënt te betrekken in zijn ziekteproces of in zijn gezondheid. Omdat, je kunt iemand niet alleen behandelen volgens zijn ziek zijn, maar hij heeft nog veel meer om zich heen. (...) Iemand heeft, bijvoorbeeld bij hartfalen patiënten, heel veel aanpassingen in hun dagelijkse leven, wat heel veel invloed heeft op hun sociale component, maar ook op hun financiële component. Op eigenlijk echt alles. Dus je hebt niet alleen de ziekte, je hebt nog veel meer dan de ziekte” (R01-verpleegkundig specialist).

In andere woorden maakt positieve gezondheid dat professionals met een andere bril naar hun patiënten zijn gaan kijken. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op wat dit voor zorgprofessionals van het JBZ betekent in de benadering van patiënten.

4.1.2 Benadering van patiënten

Communicatie

Respondenten geven aan dat denken en handelen vanuit positieve gezondheid in relatie staat tot de communicatie tussen professional en patiënt. De invulling aan deze communicatie verschilt per groep zorgprofessional. Medisch specialisten en verpleegkundig specialisten beschikken over de bevoegdheid een behandelrelatie aan te gaan met patiënten. Hierover zegt R01 het volgende:

“Als iemand komt met hartkloppingen, dan kan ik dat ook niet altijd oplossen als het gaat om stress. Maar wat verwachten ze van mij? Kan ik überhaupt iets betekenen? Of weet u hoe u zelf hoe u ermee verder kan? Dat denk ik dat dat de basis moet zijn. Je moet het niet altijd meteen op willen lossen voor andere mensen.” (R01-verpleegkundig specialist)

Hieruit blijkt dat behandelbevoegde groepen de nadruk leggen op ‘vraagverheldering’. Dat wil zeggen dat de hulpvraag van patiënten duidelijk moet zijn, voordat de zorgverlener in actie komt. Daarentegen vatten verpleegkundigen en maatschappelijk werkers communicatie vooral op als ‘goed luisteren’. Tijdens mijn observatie in een van de moestuinen zag ik hoe deelnemers in het kader van positieve gezondheid werden getraind in hun luistervaardigheden – zie Box 3.

De trainer licht tijdens de moestuin toe dat er vier verschillende niveaus van luisteren zijn. Hoe hoger het niveau waarop je luistert, hoe meer dit past binnen positieve gezondheid. De boodschap is dat de deelnemers moeten oefenen om hun luistervaardigheden naar een hoger niveau te tillen.

Niveau 1: Downloaden

Denken vanuit ‘ik’. Alleen op zoek gaan naar de dingen die je al kent en dingen die buiten jouw referentiekader vallen negeren.

Niveau 2: Nieuwsgierig

Vergelijken van wat de ander zegt met jezelf. Je probeert te begrijpen wat de ander zegt.

Niveau 3: Relationeel

Inleven in de ander. Het uitwisselen van perspectieven.

Niveau 4: Generatieve verwondering

Luisteren zonder oordeel. Echt horen wat de ander zegt, inclusief alle dieperliggende emoties

Box 3: Moestuinobservatie

Na kennis genomen te hebben van deze niveaus van luisteren zegt een verpleegkundige in de moestuin het volgende:

“(…) Toch komen dan ineens iemands problemen naar voren. En ik ben gewend om dan meteen te komen met oplossingen. Maar ik heb geprobeerd meer mijn kwebbel dicht te houden en dan merk ik toch dat patiënten veel opener zijn” (Observatie moestuin-verpleegkundige).

Verpleegkundigen hadden oorspronkelijk dus de neiging om te denken in praktische oplossingen, maar werken vanuit positieve gezondheid stimuleert om beter naar patiënten te luisteren. In tegenstelling tot deze bevestigende reactie van een verpleegkundige, reageert een medisch specialist in de moestuin op licht ironisch toon: *“Niveau 1 en 2 zijn je werk, niveau 3 en 4 niet. Anders krijg je al dat gezwam”* (Observatie moestuin). De uitspraak impliceert dat deze medisch specialist diepere niveaus van luisteren minder belangrijk vindt binnen patiëntcontact. Dit benadrukt de verschillen tussen verpleegkundigen en specialisten in de meerwaarde die zij zien in ‘goed luisteren’. Naast ‘vraagverheldering’ en ‘goed luisteren’ werd door respondenten benoemd dat het spinnenweb als handig communicatiemiddel kan dienen bij het achterhalen van de behoefte van de patiënt:

“Ja en ik denk ook als je zo’n spinnenweb van Machteld Huber, als je op alle vlakken naar iemand gaat kijken en je geeft ook aan bij de patiënt van dat daar ruimte voor is, of dat we die dingen kunnen bespreken. Dan voelt zo’n patiënt ook ruimte om daarover na te denken en om daar iets mee te kunnen. Ja, want het gros denkt van ja het lichamelijke stukje, van ja, waar mag ik allemaal mee komen? Dus misschien als je iets breeds bijvoorbeeld neerlegt, dat mensen dan ook daarover gaan nadenken en daarmee durven te komen” (R09-Verpleegkundige).

Volgens R09 creëert het spinnenweb dus gelegenheid in de communicatie met patiënten om ook te praten over zaken die niet fysiek georiënteerd zijn. Echter passen niet alle respondenten het spinnenweb direct toe in hun werkzaamheden. Het zijn voornamelijk de verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en maatschappelijk werkers die actief gebruik maken van het spinnenweb, zo blijkt uit interviews en observaties. Bovendien werden enkele voorwaarden om een spinnenweb af te nemen benadrukt. Een ‘vertrouwensbasis’ is nodig (R01-Verpleegkundig Specialist) en dat betekent dat een spinnenweb nooit geschikt is voor het eerste patiëntcontact. Daarnaast wordt benadrukt dat onderling goed gecommuniceerd moet worden zodat *“mensen niet 3x per week worden lastiggevallen met een spinnenweb”* (R10-Medisch Specialist):

“Zo van hé, als iemand net slecht nieuws heeft gehad op medisch gebied, dan moet je niet letterlijk dat instrument ineens voor zijn neus gaan houden en zeggen van ‘hoe is het nu’? Dan is het wel goed om te kijken van hoe waaiert dat slechte nieuws uit. Maar niet op diezelfde dag zeggen van oh ja, hallo, ik wil ook nog even een spinnenweb afnemen. Dat kan niet” (R02-Maatschappelijk Werker).

Hieruit blijkt dat de omstandigheden waarin een patiënt verkeert, van belang te zijn bij de toepasselijkheid van een spinnenweb. Hoewel respondenten dus enkele voorwaardes benadrukken rondom afname van het spinnenweb, bestaat toch ook nog veel onduidelijkheid. Duidelijke afspraken en richtlijnen rondom het spinnenweb ontbreken en dit maakt hen onzeker over of ze het op een juiste manier in de praktijk brengen. Dit gebrek aan houvast maakt hen onzeker en terughoudend jegens de gebruikmaking van het spinnenweb. Vraagverheldering, goed luisteren en het spinnenweb hadden vooral betrekking op het inwinnen van informatie over de patiënt. Daarnaast beschouwen respondenten positieve gezondheid ook als het goed overbrengen van informatie:

“Dus dat is altijd goed communiceren. Dus dan gaat het ook over de communicatie. In hoeverre zijn wij met elkaar in staat om die patiënt zodanig te informeren, dat ie het kan horen.” (R02-Maatschappelijk Werker)

Hieruit blijkt dat maatschappelijk werk het belangrijk vindt om een inschatting te maken of een patiënt in staat is om belangrijke informatie tot zich te nemen. Dit werd eveneens door medisch specialisten herhaaldelijk benoemd. Omdat medisch specialisten degenen zijn die leidend zijn rondom behandelen, legden zij vanzelfsprekend ook nadruk op informeren van patiënten over de behandelmogelijkheden:

“(...) En als jij geen beeld kan schetsen, van wat een keuze inhoudt, want het is kiezen hè! Het is kiezen voor niet behandelen. Dan moet je wel goed laten zien wat dat is. En wat dat voor die patiënt betekent, voor zijn kwaliteit van leven. En de ideeën dat ie daarover heeft. En ik denk dat positieve gezondheid met het spinnenweb, de kwaliteit van leven, en écht met de mensen daarover in gesprek gaan, dat dat zal leiden tot veel meer mensen die gaan kiezen voor de conservatieve behandeling.” (R11-Medisch Specialist)

Uit dit citaat blijkt dat denken en handelen vanuit positieve gezondheid betekent dat er extra aandacht moet zijn voor de conservatieve behandeling, oftewel voor ‘niet behandelen’. Gezien de grote populatie ouderen, verwachten medisch specialisten dat dit zal leiden tot een toename in de keuze voor niet (meer) behandelen.

Verschuiving van verantwoordelijkheid

Hiervoor is besproken hoe respondenten in het kader van positieve gezondheid invulling geven aan communicatie. Verder zal nu worden gesproken over de verschuiving van verantwoordelijkheid die positieve gezondheid teweegbrengt. In de definitie van positieve gezondheid staat de term ‘eigen regie’. Gelijkerwijs komt in interviews naar voren dat respondenten patiënten ‘positiever’ zijn gaan bekijken. Dat wil zeggen een focus op ‘wat mensen niet kunnen’ naar een focus op ‘wat mensen nog wel kunnen’ (R05-Verpleegkundige). Dat patiënten ziek zijn, betekent namelijk niet dat ze niets meer kunnen. Positieve gezondheid prikkelt dit bewustzijn waardoor zorgprofessionals patiënten gemakkelijker betrekken in het proces:

“En mensen meer verantwoordelijk maken voor het proces he. Dat is volgens mij wel denk ik, voor mij de belangrijkste boodschap die hieruit komt. En ik denk we daar tot het heden een beetje overheen walsen. Het is de patiënt komt bij de dokter, en de dokter zegt dit is er aan de hand en dat gaan we doen. (...) Dus we willen snel in actie komen en dingen weer beter maken. Maar mensen hebben natuurlijk ook al hun eigen wensen en gedachten. En als we mensen daar ook meer keuzes in geven, dan gaan ze ook, denk ik... ja... Worden ze trouwer in de behandeling. Als je achter een behandeling staat vanuit jezelf, of iemand zegt dit is het beste voor jou, dat maakt natuurlijk de behandeling veel betrouwbaarder en zullen mensen veel meer gemotiveerd zijn om die behandeling ook te volgen.” (R10-Medisch Specialist)

Deze medisch specialist geeft aan dat een gedeelde verantwoordelijkheid zal leiden tot een betrouwbaardere behandeling. Samengevat remt positieve gezondheid de zorgreflex van zorgprofessionals. Ook kijken naar wat binnen de eigen mogelijkheden van patiënt ligt en dan pas te hulp schieten. Als onderdeel van de benadering van patiënten werd gesproken over ‘communicatie’ en een verschuiving van verantwoordelijkheid. Tot slot zal hierna worden ingegaan op het laatste overkoepelende thema; het netwerk van de patiënt betrekken in het zorgproces.

4.1.3 Netwerk van de patiënt betrekken

Respondenten geven aan dat ze hun patiënten breder zijn gaan bekijken. Daardoor lijken ze ook meer aandacht te hebben voor actoren uit de omgeving van patiënten; het netwerk. Dit wordt door zorgprofessionals vooral opgevat als de familie of de huisarts van een patiënt. In *Box 4* is een voorbeeld beschreven van hoe de partner van een patiënt werd benut bij de informatieverwerking over de patiënt.

Ik observeerde in de spreekkamer van een verpleegkundig specialist tijdens continueringsgesprekken met patiënten. Het spreekuur stond in het teken van onderzoekitslagen en het eventueel bijstellen van behandelingen. Deze verpleegkundig specialist is binnen het JBZ actief bezig met positieve gezondheid. Hij is deelnemer is van de moestuin en is bovendien actief bezig met het begeleiden van collega's. Tijdens patiëntcontact zag ik hoe de partner van een patiënt werd benut in het verkrijgen van informatie over de gezondheid van de patiënt. De verpleegkundig specialist vraagt aan de patiënt hoe het met hem gaat. Waarop de patiënt antwoordt dat hij zich zeer somber voelt door de pijn. Vervolgens kijkt de verpleegkundig specialist richting de partner en vraagt wat die erover denkt. De partner geeft aan dat haar man wat overdrijft en dat hij altijd van dit soort sombere uitspraken doet op het moment dat hem iets mankeert: "Dat is de aard van het beestje hè'. Na afloop vroeg ik aan de verpleegkundig specialist wat de reden was dat hij de partner om verdere informatie vroeg. Hij gaf aan dat het zeer belangrijk is om de familie te betrekken in het proces, omdat die het beeld van de patiënt enorm kunnen verrijken: "Ook dat is onderdeel van positieve gezondheid."

Box 4: Observatie in de spreekkamer van een verpleegkundig specialist

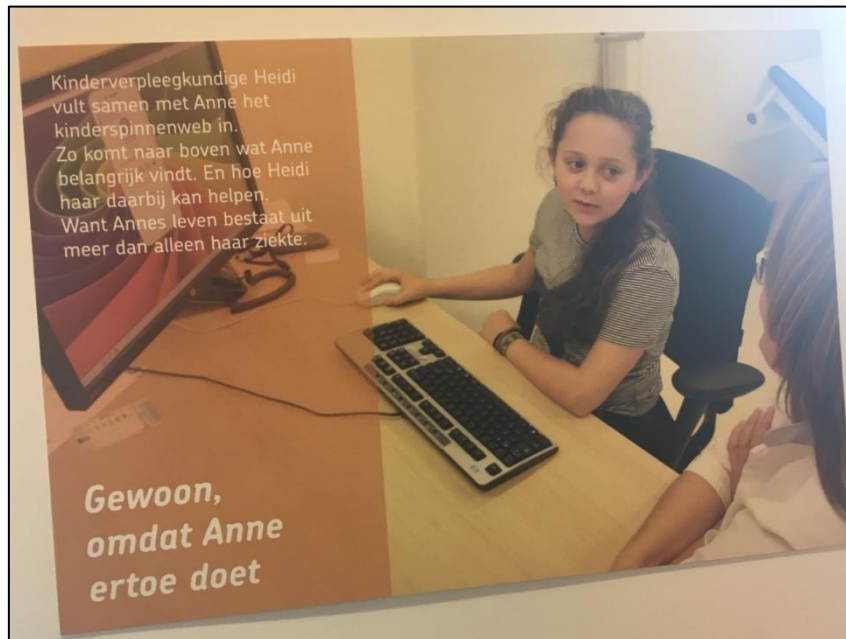
Naast de familie als 'het netwerk' wordt in het kader van positieve gezondheid ook meermaals gesproken over de samenwerking met de eerste lijn. Voornamelijk medisch specialisten benoemen dat de huisarts een belangrijke rol vervult. Huisartsen kennen de patiënt vaak al jaren en beschikken daardoor over allerlei relevante informatie. Medisch specialisten betreuen het dat communicatie tussen huisarts en ziekenhuis nu nog vaak "in de vorm van brieven gaat' (R11-Medisch Specialist) gebeurt. In het kader van positieve gezondheid benoemen specialisten het belang van meenemen van de huisarts in de ontwikkelingen.

Samengevat werd in *paragraaf 4.1* gesproken over de invulling die zorgprofessionals geven aan positieve gezondheid. Hierbij kwamen de thema's communicatie, benadering van de patiënt en netwerk van de patiënt aan bod. *Paragraaf 4.2* gaat niet zo zeer over de invulling van positieve gezondheid, maar over de afwegingen die zorgprofessionals maken bij het eigen maken van het gedachtegoed. *Paragraaf 4.2* beschrijft de eerste paradox.

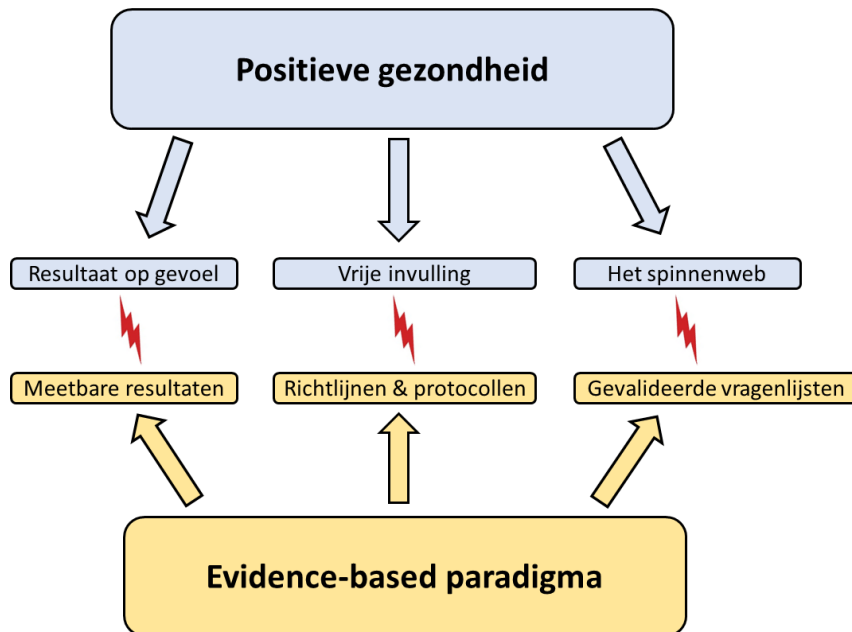
4.2 Paradox 1

In aanloop naar de uiteenzetting van paradox 1 is het relevant om eerst iets te zeggen over de wijze waarop positieve gezondheid wordt geïmplementeerd. Zo blijkt uit organisatiedocumentatie van de strategieafdeling dat de veranderstrategie leunt op het enthousiasmeren van mensen om zo het gedachtegoed als een olievlek door de organisatie te verspreiden (Jeroen Bosch Ziekenhuis, n.d.). Tijdens mijn aanwezigheid op de strategieafdeling gedurende 3,5 maanden observeerde ik hoe diverse informatiebijeenkomsten over positieve gezondheid werden georganiseerd. Daarnaast observeerde ik hoe de strategieafdeling 'succesverhalen' over positieve gezondheid uit de praktijk verzamelde en

verspreidde. In de gang naar de personeelskantine hangt een lange rij met schilderijen waarin dergelijke succesverhalen worden tentoongesteld. Zie bijvoorbeeld onderstaande afbeelding



De inspanningen van de strategieafdeling om mensen te enthousiasmeren lijkt zijn vruchten af te werpen. Dat zorgprofessionals positief tegenover positieve gezondheid staan blijkt namelijk uit het feit dat de meeste van de respondenten er óf al mee aan de slag zijn, óf ermee aan de slag zouden willen gaan. Aan de andere kant komt in interviews en observaties ook naar voren dat zorgprofessionals beredeneren vanuit hun eigen realiteit van alledag. Zorgprofessionals beredeneren veelal vanuit het evidence-based paradigma, terwijl deze beredenering niet correspondeert met de aard en fase van positieve gezondheid. Hierdoor ontstaat interne tegenstrijdigheid in de beleving van positieve gezondheid. Deze tegenstrijdigheid vormt de basis voor paradox 1. Deze heb ik verwerkt in een schematisch overzicht, weergegeven in *Figuur 4*. Hieronder zullen de afzonderlijke sub-spanningsvelden van paradox 1 verder worden uitgewerkt.



Figuur 4: Paradox 1 als schematische weergave van de spanning tussen positieve gezondheid en het evidence-based paradigma

4.2.1 Resultaat op gevoel versus meetbare resultaten

Zorgprofessionals lijken een interne strijd te ervaren in de (klakkeloze) aanvaarding dat positieve gezondheid van toegevoegde waarde is op hun professioneel handelen. Immers werd positieve gezondheid in de strategie van het ziekenhuis geïmplementeerd, met het idee dat de wetenschappelijke bewijslast in de vorm van meetbare resultaten later wel komt. De strategie legt de focus voor nu meer op ‘zachte resultaten’, oftewel op de verspreiding van verhalen van zorgprofessionals die doeltreffende resultaten boekten met behulp van positieve gezondheid. Daarentegen komt uit bijna alle interviews naar voren respondenten zich afvragen hoe de effecten en resultaten van positieve gezondheid ooit zichtbaar zullen worden:

“En je wil graag... Hoe ga je nou resultaat meten? Als je zegt, dit is mijn uitkomstmaat: Mensen moeten twee keer tevredener zijn, of drie keer gelukkiger. Nu bestaat de pijnschaal. Zo’n schaal van 0 tot 10 voor de pijn, ik weet niet of het je iets zegt. 0 is geen pijn, 10 is uiterste pijn. Gemiddeld zit het tussen de 5 en de 6, maar we willen graag dat iedereen onder de 4 komt. Dan heb je een schaal die je kan meten. Dit is een nulmeting en dan kunnen we na 5 jaar kijken van waar staan we dan met alle patiënten. Maar ik denk dat met dit soort dingen dat het ontzettend moeilijk is. Dus daarom het meten wat je bereikt hebt, dat lijkt me heel erg lastig hierbij.” (R04-Medisch Specialist)

Dit citaat laat zien dat zorgprofessionals het dus lastig vinden dat positieve gezondheid zich (nog) niet laat vatten in cijfertjes en kwantificeerbare resultaten. Deze behoefte aan meten werd door alle groepen benoemd. Echter werd specifiek vermeld dat het hoofdzakelijk medisch specialisten denken in kwantificeerbare resultaten:

‘Het zijn eigenlijk heel eenvoudige dingen, terwijl wij denken meteen in cijfertjes. En in overlevingen. En veel minder in kwaliteit van leven.’ (R10-Medisch Specialist)

Respondenten die positieve gezondheid al actief in de praktijk toepassen, benoemen nadrukkelijk dat deze nieuwe ervaringen met patiënten verrijkend zijn. Daarom is het opvallend dat ‘het meetbaar maken van resultaten’ toch nog zo’n belangrijk thema is, aangezien ze impliceren dat het voor henzelf al resultaat oplevert.

4.2.2 Vrije invulling versus richtlijnen en protocollen

Het tweede sub-spanningsveld komt voort uit de gewoonte om te werken met richtlijnen en protocollen. Een richtlijn geeft aanbevelingen over inhoudelijke aspecten van zorg, terwijl een protocol stap voor stap weergeeft hoe gehandeld dient te worden. Richtlijnen en protocollen worden vaak afgeleid van landelijke of interne kwaliteitsstandaarden, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Zodoende is handelen volgens richtlijnen en protocollen evidence-based. Zorgprofessionals geven aan dat dit hen houvast biedt, omdat als ze richtlijnen en protocollen goed gevolgd hebben, hebben ze goed gehandeld. Mocht er dan toch nog iets gebeuren dan kunnen zij aangeven dat ze alles gedaan hebben zoals het hoort.

Daarentegen staat deze gestandaardiseerde manier van werken haaks op de manier waarop positieve gezondheid inbedding vindt in het JBZ. Het gedachtegoed zit namelijk niet verweven in protocollen of richtlijnen. Het strategietraject beoogt het gedachtegoed niet op een dergelijke manier te standaardiseren, maar moedigt de zorgprofessionals aan om er vrij invulling te geven. Anderzijds ervaren ze ook moeilijkheden:

“Als er dan iets bijkomt, dat op een abstracte manier wordt aangereikt, maar nog niet geconcretiseerd, dan is het ondoenlijk om dat (...) met elkaar op te pakken (R07-Medisch Specialist).

Uit dit citaat blijkt dat de vrijblijvendheid van positieve gezondheid wordt ervaren als ‘niet concreet genoeg’. Toch lijken zorgprofessionals negatief te staan tegenover concretisering van positieve gezondheid in de vorm van extra richtlijnen en protocollen. Tot nu toe blijken protocollen nog wel leidend voor het handelen. Positieve gezondheid zit in geen enkel protocol geïntegreerd en wordt daardoor in de dagelijkse drukte vaak naar achteren geschoven:

“Ik vind dat lastig. Het moet gewoon geïntegreerd zijn bij iedere patiënt in je werk. En je moet erop.... Hoe zal ik dat zeggen. Als ik een bloeddruk niet meet bijvoorbeeld, dan vraagt mijn collega waar is die bloeddruk. Dus die staat er niet in [ze bedoelt dat ze de bloeddruk niet heeft geregistreerd]. Oh dus dan denk je van die moet ik nog meten, want het moet daar wel komen te staan. En hoe doe je dat met positieve gezondheid? Ik heb geen idee. Maar er moet wel iets zijn waardoor je laat zien dat je het ook gedaan hebt. Als je dat niet doet, dan denk ik dat mensen het gewoon heel snel naar achteren schuiven.” (R01-Verpleegkundig Specialist)

Het valt op dat de vrijblijvendheid die gepaard gaat met de implementatie van positieve gezondheid enerzijds als positief wordt gezien, omdat zorgprofessionals aangeven er geen extra standaardisatie van

hun werk bij te willen. Anderzijds leidt deze vrijblijvendheid ertoe dat bij drukte de prioriteit wordt gegeven aan handelen vanuit gestandaardiseerde protocollen, want dit geeft veiligheid.

4.2.3 *Het spinnenweb versus gevalideerde vragenlijsten*

Tot slot komt het derde sub-spanningsveld voort uit de invulling die zorgprofessionals geven aan het spinnenweb als vragenlijst. Zoals al in *sub-paragraaf 4.1.2* naar voren kwam, blijken respondenten positief te staan tegenover gebruik van het spinnenweb als vragenlijst. Huber benadrukt dat het spinnenweb niet geschikt is als meetinstrument, maar wel als ondersteunende gesprekstool (iPH, 2018). Echter zijn er in de dagelijkse praktijk van het JBZ ook vragenlijsten in omloop die wel als meetinstrument dienen. Deze zijn landelijke gevalideerd en dat betekent dat een richtlijn bestaat. Het spinnenweb kent geen richtlijnen, als behalve dat het 'geen meetinstrument is':

"Ja, ja, ja, dat klopt. Maar dan rijst tegelijkertijd de vraag of we dit bij iedereen doen. En dat snap ik wel, die vraag en die zorg. Dus daar moet je met elkaar ook een modus in zien te vinden. En dat is wel, dat zijn die handvaten die er nu nog niet zijn. Samen met die handvaten van bij wie doe je het wel, bij wie doe je het niet. En dan heb ik het echt over dat spinnenweb afnemen. Om de hoeveel tijd." (R08-Verpleegkundige)

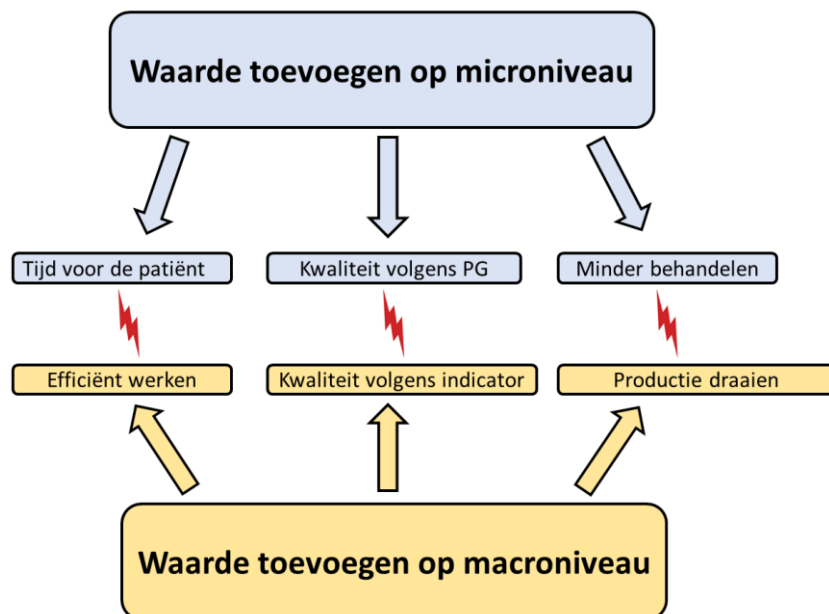
Zoals blijkt uit het citaat bestaat onduidelijkheid bij de zorgprofessionals over gebruik van het spinnenweb. Op de dialyseafdeling zijn ze bezig met de integratie van het spinnenweb in het beleid van de afdeling, door het spinnenweb in aanvulling te gebruiken op andere, wel gevalideerde vragenlijsten:

(...) Eigenlijk is het protocol wat er nu is, dat past heel erg goed bij het stukje positieve gezondheid, dat je kijkt naar wat de kwaliteit van leven is van mensen. We hebben heel erg gedubd, moeten we nu die alleen maar dan, dat spinnenweb gebruiken. Maar goed, we willen toch ook heel graag, zal ik maar zeggen, een meetinstrument hebben. En dat is natuurlijk... het is meer een gespreksinstrument. Een stukje van ohja, weetje, met het ene ga je met mensen in gesprek en met het andere meet je ook wat. Dan kun je natuurlijk ook trends zien over de tijd. Dus we doen nu wel ook het spinnenweb, het idee is én-én. Dus we doen én het spinnenweb én we doen een kwaliteit van leven vragenlijst afnemen. (...). Dus dat je echt heel goed kunt zien van hoe gaat het met mensen. Niet alleen op een moment, maar ook in de tijd." (R10-Medisch Specialist)

Ook geven zorgprofessionals aan dat het voor hen onduidelijk is wat ze met de 'resultaten' van het spinnenweb moeten doen. Onduidelijk is of het systematisch moet worden vastgelegd en welke eventuele vervolgstappen dit dan oplevert. Het lijkt erop dat zorgprofessionals ook in het geval van het spinnenweb weer behoefte hebben aan wetenschappelijk onderlegde sturing en houvast. Het liefst in de vorm van richtlijnen of protocollen zoals bij andere vragenlijsten. Deze behoefte vindt aansluiting bij de vorige twee paragrafen, omdat het gelijkerwijs niet correspondeert met 'resultaat op gevoel' en 'vrije invulling'.

4.3 Paradox 2

De eerste paradox uit *paragraaf 4.2* ging over de spanning tussen positieve gezondheid en het evidence-based paradigma. Zorgprofessionals hanteren het evidence-based paradigma als (interne) bril om naar positieve gezondheid te kijken en dit levert spanning op. De tweede paradox vindt haar oorsprong daarentegen extern. Paradox 2 heeft hoofdzakelijk betrekking op de groep medisch specialisten. Enerzijds werd op bestuurlijk niveau gekozen voor de implementatie van positieve gezondheid, wat de patiënt als uitgangspunt neemt bij het handelen. Zodoende wordt van medisch specialisten verwacht dat zij waarde toevoegen op microniveau, bij iedere unieke patiënt. Anderzijds ervaren medisch specialisten hierin belemmeringen. Zij bekleden namelijk een positie in een gefixeerd systeem, dat eveneens belangen nastreeft op macroniveau. Waarde toevoegen op microniveau correspondeert niet altijd met waarde toevoegen op macroniveau. Hoe specialisten balanceren tussen deze ogenschijnlijke spanning zal worden toegelicht aan de hand van drie sub-spanningsvelden. Deze heb ik weer verwerkt in een schematisch overzicht, weergegeven in *Figuur 5*. Hieronder zullen de afzonderlijke sub-spanningsvelden verder worden uitgewerkt.



Figuur 5: Paradox 2 als schematische weergave de spanning tussen waarde toevoegen op microniveau en waarde toevoegen op macroniveau

4.3.1 Tijd voor de patiënt versus efficiënt werken

Het eerste sub-spanningsveld komt voort uit de hoge werkdruk. Door de vergrijzing zijn medisch specialisten meer patiënten gaan zien, terwijl "het aantal medisch specialisten niet mag groeien" (R07-medisch specialist). Dit wordt verder toegelicht aan de hand van het volgende citaat:

"Wij zijn steeds meer mensen gaan zien, steeds meer patiënten. Dus je probeert eigenlijk in minder tijd, steeds meer patiënten te helpen. En dat gaat uiteindelijk natuurlijk ten koste van de tijd die je per patiënt kan besteden (...). In het ziekenhuis is het zo dat het aantal specialisten, dat is eigenlijk op een bepaald niveau gezet. En het honorarium dat daarvoor beschikbaar is, dat

wordt over die specialisten verdeeld. Meer honorarium komt er niet, want het ziekenhuis mag niet groeien. Op budgetniveau is dat bevroren. Dat betekent dat je dus ook niet meer inkomen gaat krijgen om meer dokters aan te kunnen nemen.” (R07-Medisch Specialist)

Uit het voorgaande blijkt dat het aantal medisch specialisten bij het JBZ is bevroren, maar dat ze wel steeds meer patiënten zijn gaan zien. Op bestuurlijk niveau worden besluiten genomen, die lijken door te werken tot in de spreekkamer. Dit kan leiden tot als onprettig ervaren situaties, zo blijkt uit Box 5.

Ik observeerde tijdens een ondersteuningsgroep van de strategieafdeling. Zij lieten een filmpje – zie onderstaande afbeelding – zien van een medisch specialist die begin februari sprak voor een groep medisch specialisten. Zij uitte zich als volgt over efficiëntie in de huidige praktijk: *“Want mijn welzijn staat in dit ziekenhuis zwaar onder druk. Ik heb vandaag een 43-jarige vrouw, met twee kleine kinderen, weer binnen 30 minuten door haar strot heen moeten duwen, dat ze dood gaat. Nou kan ik dat heel efficiënt hoor, want daar ben ik inmiddels in getraind. Maar dat is niet wat ik wil. Een goed gesprek hoeft niet per se uren te duren... Maar het vergt wat, ook van mij.”*



Box 5: Efficiënt werken

Uit mijn observatie blijkt dat medisch specialisten gedwongen efficiënt werken, maar dat dit henzelf en patiënten niet altijd ten goede komt. In *paragraaf 4.1* kwam al naar voren dat positieve gezondheid wordt opgevat als ‘aandacht hebben voor de behoefte van de patiënt’. Volgens een medisch specialist is het hiervoor *“nodig om met de patiënt de diepte in te gaan”* (R10-Medisch Specialist). Echter vraagt dit meer tijd, omdat er vaak meerdere gesprekken nodig zijn om de behoefte van een patiënt te kunnen achterhalen: *“En je kan niet in 10 minuten een diagnose stellen en zeggen dit zijn de opties, wat gaan we doen? Dat kan iemand helemaal niet overzien. Dus je moet mensen ook tijd geven”* (R11-Medisch Specialist). Bovendien kwam in *paragraaf 4.1* naar voren dat ‘communicatie’ en een ‘verschuiving van verantwoordelijkheid’ als belangrijke onderdelen van positieve gezondheid worden beschouwd. Eigen regie en het betrekken van patiënten bij het proces staat daarbij centraal. Dit blijkt echter lastig in de praktijk:

“En door tijdsgebrek ga je veel sneller directief worden naar patiënten toe. Dat je dan zegt van ja dit en dit moet u nu gaan gebruiken. En wat je eigenlijk natuurlijk wilt is aan shared decision making doen. En dat je mensen kan meenemen in je overwegingen. Nou dat kost mij eigenlijk al gewoon even tijd om in te schatten of iemand intellectueel in staat is om überhaupt aan shared decision making te gaan doen. Want veel mensen die begrijpen er echt geen sikkepit van. En nou, daar heb je gewoon meer tijd voor nodig.” (R07-Medisch Specialist)

Uit dit citaat blijkt dat het betrekken van patiënten om extra tijd vraagt. Dit kan leiden tot extra afspraken per patiënt. Daarnaast blijkt ook de effectieve tijd in de spreekkamer te kort voor een benadering vanuit ‘positieve gezondheid’:

“Maar ik zie dat ons gewoon als professionals, het gewoon in je werk niet uitvoeren. (...) op die manier met die patiënt omgaan, daar geloof ik helemaal niks van. We hebben te weinig tijd voor de patiënt om dat te doen. We hebben onze handen vol aan de medisch-inhoudelijke situatie. EPD invullen, je moet MDO’s voorbereiden. Er zijn ongelooflijk veel mogelijkheden voor een patiënt tegenwoordig. Dus dat moet allemaal in een té korte tijd worden gepropt. Dat gaat eigenlijk al niet als je heel eerlijk bent. Dus dat dit soort dingen [hij bedoelt positieve gezondheid] erbij komen dat is prima, maar niet in onze tijd.” (R04-Medisch Specialist)

Hieruit blijkt dat de beperkte tijd per patiënt als belemmering wordt ervaren om breed en diepgaand naar een patiënt te kijken. Daarom blijft patiëntcontact veelal beperkt tot de strikt medisch-technische zaken. Het is dus opvallend het van meerwaarde is op macroniveau als zorgprofessionals efficiënt werken, terwijl tegelijkertijd van het wordt verwacht dat ze aandacht hebben voor ‘de behoefte van de patiënt’, hetgeen juist méér tijd kost. Zorgprofessionals doen hun best om beide belangen te waarborgen, maar het lijkt soms alsof ze het gevoel krijgen in een spagaat getrokken te worden; waarde toevoegen voor de patiënt, of waarde toevoegen voor het ziekenhuis als systeem.

4.3.2 Kwaliteit volgens positieve gezondheid versus kwaliteit volgens indicatoren

In de vorige paragraaf kwam naar voren dat besluiten op bestuurlijk niveau leidden tot een efficiënte werkwijze, hetgeen een benadering vanuit positieve gezondheid bemoeilijkt. Gelijkerwijs komt bij het tweede sub-spanningsveld aan bod dat op bestuurlijk niveau besluiten zijn genomen over de kwaliteitsstandaarden van het ziekenhuis. Deze worden door zorgprofessionals als tegenstrijdig ervaren met hun interpretatie van positieve gezondheid. Een terugkerend thema in de interviews met medisch specialisten is dat zij moeten voldoen aan landelijke en interne kwaliteitsindicatoren. Zo werd meermaals gesproken over de impact van de JCI accreditatie op hun werk. Door deze certificering zijn er veel kwaliteitsindicatoren bijgekomen. Medisch specialisten uiten zich fel over deze verplichte verantwoording, omdat dit alleen maar afleidt van goede zorg leveren:

“De vraag is, als jij continu kruisjes zet, denk jij dan nog wel na? Er zit gewoon een automatisme in. Dus ik geloof daar niet in. Het is té veel. Het is veel te ver doorgevoerd. (...) Je hebt nog niet eens tijd om te kijken of de patiënt ziek is bij wijze van spreken. Oh ja, goh, nee, de score is hoog, oh ja, de patiënt is hartstikke ziek... Ja dat had je ook kunnen zien als je gewoon er 5 minuten naast had gezeten in plaats van alleen maar op dat scherm te kijken. Dus ik ben er totaál geen voorstander van.” (R11-Medisch Specialist)

Bovendien geven medisch specialisten aan dat de timing van de implementatie van positieve gezondheid volgens hen aan de vroege kant is. Volgens een medisch specialist is *“de strategie altijd tien stappen verder, terwijl wij nog bezig zijn met het basisproces op orde stellen”* (R07-Medisch Specialist). Zo geeft een medisch specialist aan dat hij met zijn vakgroep momenteel nog bezig is met het bestendigen van de JCI-werkwijze:

“Nou, ik denk dat dat is waar wij nu een beetje op de afdeling zijn gebleven zeg maar. Ik denk dat we nog wel bij het borgen zijn van de JCI-werkwijze. En dat is denk ik eigenlijk het laatste punt waar we nu zijn blijven hangen, omdat daar ook nogal een hele hoop haken en ogen aanzitten, om dat echt goed te doen zonder dat de praktijk vastloopt.” (R07-Medisch Specialist)

Ook kwam in *sub-paragraaf 4.1.2* al naar voren dat positieve gezondheid wordt geïnterpreteerd als ‘goed informeren over de conservatieve behandeling’. Medisch specialisten spreken hun verwachting uit: ‘een betere voorlichting over de conservatieve behandeling zal leiden tot een toename van patiënten die hier daadwerkelijk voor kiest’ (R11-Medisch Specialist). Echter staat deze interpretatie van positieve gezondheid op gespannen voet met kwaliteitsindicatoren. Volgens een medisch specialist *“gaat het de patiënt vaak over andere kwaliteitsindicatoren dan wij stellen”* (R11-Medisch Specialist). Zorgprofessionals expliciteren dat kiezen voor ‘niet behandelen’, een vertroebeling betekent in de score op de kwaliteitsindicatoren. Slecht scoren heeft gevolgen want volgens zorgprofessionals worden ze hierop afgerekend:

Ook al zijn mijn getalletjes dan niet zo mooi, nee weetje, het gaat erom wat voor u het beste is. En dat is moeilijk, want wij hebben indicatoren. Wij worden afgerekend op indicatoren. Wij krijgen certificaten op basis van indicatoren. Ja daar zul je dan toch iets mee moeten gaan doen.” (R10-Medisch Specialist)

Het ziekenhuis als systeem wordt dus afgerekend op slechte cijfertjes, maar er wordt vanuit positieve gezondheid wel verwacht dat zorgprofessionals luisteren en handelen naar de behoeftes van patiënten, ongeacht of een patiënt kiest voor wel of niet behandelen. Ondanks deze tegenstrijdigheid, lijken de indicatoren leidend in de dagelijkse praktijk. Dit komt doordat indicatoren samenhangen met mogelijke consequenties:

En dan zit je toch weer met prioritering. Nou in dit geval was het echt prioritering ‘niet goed gedaan’, want dan word je achteraf geconfronteerd door toezichthoudende instanties. Nou dat wil je al helemaal niet meemaken.” (R07-Medisch Specialist)

Samengevat interpreteren zorgprofessionals ‘kwaliteit volgens positieve gezondheid’ dus (in sommige gevallen) als onverenigbaar met ‘kwaliteit volgens indicatoren’. Zodoende ervaren zorgprofessionals een tegenstrijdigheid. Enerzijds worden ze vanuit positieve gezondheid aangemoedigd om op microniveau waarde toe te voegen voor de patiënt, maar dit betekent wel mogelijke consequenties voor het ziekenhuis op macroniveau. Indien het ziekenhuis namelijk geen ‘mooie cijfertjes scoort’ worden ze op de vingers getikt door toezichthoudende instanties of raakt het ziekenhuis haar accreditatie-lintje kwijt.

4.3.3 Minder behandelen versus productie draaien

Tot slot komt het derde sub-spanningsveld naar voren uit spanning tussen positieve gezondheid en het ziekenhuis als 'machine'. Zo komt er in interviews meermaals naar voren dat behandelen van patiënten kan worden opgevat als 'het draaien van productie'. Vanuit financieel oogpunt is het van belang dat het ziekenhuis productie draait. Anders kunnen ze als systeem niet voortbestaan. De interpretatie van een patiënt als product impliceert dat er 'veel van verkocht moeten worden'. Echter correspondeert de interpretatie van positieve gezondheid natuurlijk nooit met 'een patiënt als product'. Toch blijkt dat zorgprofessionals 'productie moeten draaien'. Deze terminologie en financieel bewustzijn worden vanuit bestuurlijke niveau geprikkeld, zo blijkt uit de uitspraak van een medisch specialist dat ze op te weinig productie worden 'afgerekend' (R04-Medisch Specialist). Een medisch specialist gaf hiervan een voorbeeld. Haar afdeling draaide een paar jaar geleden minder productie dan de norm. Vervolgens had ze bij de Raad van Bestuur moeten komen om uit te leggen hoe dit kwam. Daaropvolgend moesten ze als afdeling een oplossing bedenken (R10-Medisch Specialist). Volgens de specialist heerst daarom vandaag de dag nog heel erg het idee dat méér altijd beter is, en dat iedere behandeling die kan, ook móet:

"Alleen het idee van het willen behandelen van iemand, dat speelt wel erg. En dan is het 'goed doen' behandelen, dus dialyseren. Maar soms is 'goed doen', niet behandelen." (R10-Medisch Specialist)

Uit het citaat komt naar voren dat 'goed doen' op verschillende manieren kan worden opgevat: in termen van productie draaien (macrowaarde voor systeem) of in termen van de patiënt (microwaarde voor patiënt). Deze twee vormen van waarde toevoegen lijken soms haaks op elkaar te staan. Volgens de zorgprofessionals draait positieve gezondheid over de patiënt zelf laten bepalen wat voor hen belangrijk is. Maar in hun ogen verschilt het per patiënt of dit kwantiteit of kwaliteit van leven is:

"Dat hebben mensen, mensen hebben leefstijlinterventies waar ze zich aan moeten houden om langer te kunnen leven of in ieder geval gezonder te kunnen leven. Maar misschien willen die mensen dat wel helemaal niet. Misschien zeggen ze wel van ik leef liever een jaar korter en leuker." (R01-Verpleegkundig Specialist)

Echter blijkt bij de keuze voor kwaliteit van leven (en dus eventueel niet behandelen, omdat de behandeling te veel impact heeft), het financieel bewustzijn ook een rol te spelen:

"Dus dat is een hele rare tegenstrijdigheid. Stel dat jij patiënt bij mij bent, we besluiten uiteindelijk niks te doen. Daar gaan we wel veel tijd insteken. Uiteindelijk besluiten we niks te doen, heb ik niks gedaan. Dat is niet goed voor de omzet. (...) Terwijl als je zegt van nee, dokter doe maar morgen chemotherapie, en scans en operaties dan heb je onwijs veel gedaan., dan heb je het onwijs goed gedaan, terwijl het voor die patiënt misschien helemaal niet het goede was. Je wordt uiteindelijk puur op productie afgerekend (...)" (R04-Medisch Specialist)

Dit citaat laat zien dat het ziekenhuis geld misloopt wanneer patiënten kiezen voor niet behandelen. Samengevat zien zorgprofessionals - in het kader van positieve gezondheid - het belang in van mensen betrekken in de keuze voor een behandeling en goed voorlichting geven over de conservatieve

behandeling. Echter wordt eveneens van hen verlangd dat ze productie draaien. Ook hier geldt weer dat waarde toevoegen voor de patiënt op microniveau, haaks staat op waarde toevoegen voor het systeem op macroniveau.

4.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk besprak ik mijn onderzoeksbevindingen. Als eerste werd in *paragraaf 4.1* uiteengezet hoe zorgprofessionals invulling geven aan positieve gezondheid binnen de context van het JBZ. *Paragraaf 4.2* en *paragraaf 4.3* bespraken twee paradoxen die vormgeven aan de afwegingen die zorgprofessionals maken. Paradox 1 liet zien dat zorgprofessionals sterk beredeneren vanuit het evidence-based paradigma. Hieruit vloeit een behoefte aan meten, standaardisatie en gevalideerde meetinstrumenten voort. In paradox 2 kwam naar voren dat zorgprofessionals balanceren tussen de tegenstrijdigheid van waarde toevoegen op microniveau versus waarde toevoegen op macroniveau. In het volgende hoofdstuk analyseer ik mijn bevindingen door deze te duiden vanuit de culturele lenzen van Joanne Martin, zoals aan bod gekomen in het conceptueel kader.

5. Analyse

In dit hoofdstuk analyseer ik de bevindingen uit *hoofdstuk 4* vanuit de culturele perspectieven die ik uiteenzette in *hoofdstuk 2*: het integratieperspectief, het differentiatieperspectief en het fragmentatieperspectief. Deze lenzen sluiten elkaar niet uit, maar dienen juist ter aanvulling op elkaar zodat een gelaagd beeld ontstaat van de implementatie van positieve gezondheid. Ik beëindig dit hoofdstuk met een meta-analyse waarin ik de inzichten uit het differentiatieperspectief en het fragmentatieperspectief bundel.

Martin (2002) toont aan dat de drie perspectieven op cultuur gelijktijdig toegepast kunnen worden op een casus. Omdat niet ieder perspectief even dominant is, onderscheidt zij 'thuisperspectieven' en 'onderdrukte perspectieven' op cultuur. Het thuisperspectief is op een bepaald moment overheersend, terwijl het onderdrukte perspectief op de achtergrond leeft. Het integratieperspectief is in de huidige fase van de implementatie van positieve gezondheid absoluut onderdrukt, omdat sprake is van weinig duidelijkheid, consensus en consistentie (Martin, 2002). Omdat Martin benadrukt dat het van meerwaarde is om de drie perspectieven in aanvulling op elkaar te gebruiken, benader ik de implementatie van positieve gezondheid toch vanuit het integratieperspectief.

5.1 Integratieperspectief

Het integratieperspectief op cultuur legt de nadruk op consensus en homogeniteit, dat wil zeggen: zaken waarover zorgprofessionals hetzelfde denken (Martin, 2002). Onderzoekers die kijken vanuit het integratieperspectief leggen de nadruk op culturele manifestaties die gedeeld worden en die dus op samenhangende wijze in relatie staan tot elkaar. In het geval van het JBZ kan de implementatie van positieve gezondheid op zichzelf worden opgevat als een gedeelde culturele manifestatie, omdat het gewaagde doel – en daarmee de implementatie van positieve gezondheid – geldt voor de gehele organisatie. Zo komt in de bevindingen naar voren dat er een gemeenschappelijke component bestaat in de interpretatie van zorgprofessionals van positieve gezondheid, die in termen van Smircich (1983) een gedeelde betekenis wordt genoemd. Er bestaat onder zorgprofessionals consensus dat positieve gezondheid draait om aandacht voor de behoefte van de patiënt en het hiernaar handelen. Daarnaast bestaat onder zorgprofessionals consensus over de noodzaak van een cultuurverandering in de zorg. Zij zien positieve gezondheid als middel hiervoor. Zo komt naar voren dat ze vinden dat het gedachtegoed goed aansluit bij de veranderende patiëntenpopulatie, omdat het aantal ouderen en chronisch zieken toeneemt. Zorgprofessionals zijn het er dus over eens dat positieve gezondheid op microniveau waarde toevoegt voor de patiënt.

Cultuurverandering wordt vanuit het integratieperspectief opgevat als een organisatiebreed fenomeen, waarbij een grote rol wordt toegekend aan leiders of top management (Meyerson & Martin, 1987). Gelijkerwijs kan in het geval van het JBZ de strategiegroep worden opgevat als bron van verandering, omdat zij handelen in nauwe samenwerking met de Raad van Bestuur en aanjagers zijn van verandering. Hoewel verschillende groepen zorgprofessionals er op hun eigen manier mee aan de slag zijn, komt er eenduidig naar voren dat de implementatie van positieve gezondheid organisatiebreed iets teweeg brengt, omdat iedere respondent ten minste op de hoogte was van de implementatie van positieve gezondheid.

5.2 Differentiatieperspectief

Binnen de totale groep van zorgprofessionals die ik sprak, zijn een viertal groepen te onderscheiden op basis van hun functie en daarbij behorende rol in het ziekenhuis. Achtereenvolgens zijn dit verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, maatschappelijk werkers en medisch specialisten. De bevindingen duiden op grote verschillen tussen sommige van deze groepen. Omdat het differentiatieperspectief eveneens focust op differentiatie en diversiteit (Meyerson & Martin, 1987), is dit perspectief een 'thuisperspectief' (Martin, 2002). Het analyiseniveau dat dit onderzoek hanteert voor het differentiatieperspectief is het groepsniveau. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat op lagere niveaus van analyse verschillende opvattingen kunnen bestaan ten aanzien van een organisatiebreed fenomeen. Vanuit dit perspectief wordt gekeken naar de verschillen tussen groepen zorgprofessionals die zichtbaar worden bij de implementatie van positieve gezondheid.

Het differentiatieperspectief heeft speciale aandacht voor subculturen binnen organisaties (Martin, 2002). In overeenstemming met wat Martin een subcultuur noemt, lijkt het in de casus van het JBZ het alsof de groep medisch specialisten zich op basis van een aantal elementen onderscheidt van de andere drie onderzochte groepen. Zo werken medisch specialisten nog in mindere mate met positieve gezondheid. Geen enkele medisch specialist gaf bijvoorbeeld aan ooit zelf een spinnenweb te hebben afgenomen. Tijdens observaties en afzonderlijke interviews ontstaat enerzijds het beeld van 'de groep medisch specialisten' als de groep die het minst vooruitstrevend is. Anderzijds zijn zij ontzettend belangrijk voor het succes van de implementatie.

Hoewel medisch specialisten aangeven dat ze openstaan voor positieve gezondheid, ervaren zij als groep specifieke belemmeringen, zo blijkt uit de tweede paradox. Terwijl positieve gezondheid beoogt het professioneel handelen meer patiëntgericht te maken (Huber & Jung, 2015), blijken managerialismprincipes zoals financiële prestatie-indicatoren belemmerend te werken (Numerato et al., 2012). Indicatoren forceren zorgprofessionals om efficiënt te werken en door de krappe tijd per patiënt hebben specialisten het gevoel gedwongen te worden om directief te zijn jegens patiënten. Deze directieve houding past binnen het evidence-based paradigma, waarbij de focus ligt op de zorgprofessional die bepalend is voor wat de 'beste' behandeling is (Sweeney et al., 1998). Zodoende werken managerialismprincipes dus door in het professioneel handelen van zorgprofessionals, met een hybride vorm van professionaliteit tot gevolg (Noordegraaf, 2015).

Ook bestaat binnen de subcultuur van de medisch specialisten gemeenschappelijke kritiek op het huidige systeem dat zich kenmerkt door een overmaat aan kwaliteitsindicatoren (Wollersheim et al., 2006). Dat het ziekenhuis heeft gekozen voor een JCI accreditatie om de kwaliteit van zorg te garanderen, zien zij vooral als een afbreuk aan de kwaliteit. Deze toename in geformaliseerde systemen van monitoring en kwaliteitscontrole tast hun professionele autonomie aan (Numerato et al., 2012), terwijl Forsberg et al. (2001) laten zien dat professionals hun autonomie juist verbinden aan kwaliteit van zorg. Toch lijkt het in hun belang dat medisch specialisten de cijfertjes van de indicatoren op orde houden, omdat zij hier anders (persoonlijk) op worden afgerekend. Bovendien kunnen slechte scores leiden tot reputatieverlies van het ziekenhuis tegenover de buitenwereld (Wollersheim et al., 2006). Deze verplichte transparantie en verantwoording van het ziekenhuis op systeemniveau, vormen een drijfveer op professioneel niveau om te voldoen aan de interne en landelijk vastgestelde kwaliteitseisen in de vorm van goede cijfertjes op kwaliteitsindicatoren (Hibbard, 2003; Devers et al., 2004). Daarentegen verschilt de interpretatie van medisch specialisten van 'kwaliteit' in termen van positieve gezondheid nadrukkelijk van de 'kwaliteit' zoals geconceptualiseerd door deze indicatoren; positieve gezondheid positioneert zich binnen het patiëntgerichte paradigma, terwijl de indicatoren zich juist

positioneren binnen het evidence-based paradigma. Dit leidt tot een inconsistentie in opvatting (Meyerson & Martin, 1987).

Samengevat hebben managerialismprincipes in de vorm van verplichte transparantie middels indicatoren, een lokale impact op de subcultuur van medisch specialisten (Meyerson & Martin, 1987). Dit blijkt uit het feit dat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en maatschappelijk werkers de vanuit de managerialism logica opgezette prestatie-indicatoren minder als belemmering ervaren bij het oppakken van positieve gezondheid. Binnen hun professionele autonomie (Wollersheim et al., 2006) ervaren zij meer tijd en ruimte om te experimenteren met positieve gezondheid en dit doen zij dan ook in de praktijk. In andere woorden lijkt positieve gezondheid bij deze groepen professionals inderdaad een zekere verschuiving teweeg te brengen in de richting van het patiëntgerichte paradigma, terwijl dit voor medisch specialisten nog minder het geval is. Zodoende kan de implementatie van positieve gezondheid in termen van het differentiatieperspectief worden opgevat als een incrementeel proces, waarbij meerdere veranderingen – op lokaal niveau of in subculturen – gelijktijdig optreden (Meyerson & Martin, 1987).

5.3 Fragmentatieperspectief

Het fragmentatieperspectief op cultuur kent een grote rol toe aan ambiguïteit. Onderzoekers die analyseren vanuit dit perspectief focussen op verwarring, paradoxen en datgene wat onduidelijk is (Meyerson & Martin, 1987). Het niveau van analyse dat in het kader van dit onderzoek wordt gehanteerd voor het fragmentatieniveau is het individuele niveau. Het fragmentatieperspectief vervult een dominante positie in de uitspraken van zorgprofessionals, omdat ambiguïteit een grote rol speelt. Daarom kan het fragmentatieperspectief op dit moment in de tijd eveneens als 'thuisperspectief' worden opgevat (Martin, 2002). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat ambiguïteit op individueel niveau kan ontstaan, wanneer verwarring ontstaat door het uitblijven van verwachte informatie (Meyerson & Martin, 1987). Daarnaast kan ambiguïteit ontstaan doordat individuen gelijktijdig twee of meer onverenigbare waarden, principes of betekenissen ervaren ten aanzien van een specifiek thema (Meyerson & Martin, 1987). Deze paragraaf bespreekt de ervaren onduidelijkheden en tegenstrijdigheden van zorgprofessionals ten aanzien van de implementatie van positieve gezondheid. De paradoxen uit de bevindingen duiden op een zestal ambiguïteiten bij zorgprofessionals. Deze ambiguïteiten zijn op de volgende manier te positioneren binnen de literatuur: enerzijds ambiguïteiten die voortkomen uit (interne) paradigma's en anderzijds ambiguïteiten die voortkomen uit tegenstrijdige (externe) logica's vanuit het systeem.

De eerste paradox uit de bevindingen laat een drietal ambiguïteiten zien. Op de eerste plaats ondervinden zorgprofessionals ambiguïteit bij de kritiekloze aanvaarding dat positieve gezondheid van toegevoegde waarde is op hun professioneel handelen. Positieve gezondheid positioneert zich binnen het patiëntgerichte paradigma (Huber & Vliet, 2015). Dit blijkt onder andere uit de sterke ideologische basis die ermee gepaard gaat. Een studie toonde namelijk aan dat er landelijk draagvlak bestaat voor het concept (Huber, Vliet & Boers, 2016). Bovendien verschijnen er intern bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis steeds meer succesverhalen die impliceren dat werken vanuit positieve gezondheid voor zowel zorgverlener als patiënt van meerwaarde is. Met 'draagvlak' en 'succesverhalen' wordt echter – bekeken vanuit het evidence-based paradigma (Greenhalgh et al., 2014) – nog niet voorzien in de (wetenschappelijke) bewijslast dat werken vanuit dit gedachtegoed daadwerkelijk positieve effecten heeft. Net als het patiëntgerichte paradigma (Bensing, 2000) laat positieve gezondheid zich lastiger operationaliseren en meten. Zodoende ontbreekt het aan beschikbare kennis over of positieve

gezondheid tot een adequate behandeling leidt (Sackett, et al., 1996) en deze afwezigheid van informatie veroorzaakt ambiguïteit (Meyerson & Martin, 1987).

Op de tweede plaats ontstaat ambiguïteit door de positionering van positieve gezondheid binnen de evidence-based richtlijnen en protocollen van de zorgpraktijk. Deze kwaliteitsstandaarden geven een inhoudelijke beschrijving van hoe in de dagelijkse praktijk moet worden gehandeld, maar daarin zit positieve gezondheid niet verweven. Een tegenstrijdige opvatting bestaat onder zorgprofessionals over de vraag of positieve gezondheid zich leent om te standaardiseren. Enerzijds geven zorgprofessionals aan dat ze geneigd zijn om niet-gesystematiseerde werkzaamheden bij drukte naar achteren te schuiven. Om die reden geven ze aan behoefte te hebben aan systematische integratie van positieve gezondheid in bijvoorbeeld protocollen. Impliciet duidt dit op een behoefte aan managerialismprincipes, die zich kenmerken door rationalisatie, standaardisatie en sturing in de handelingsruimte van professionals (Numerato et al., 2012). Anderzijds uiten zorgprofessionals zich negatief tegenover de overmaat aan standaardisatie van hun werkzaamheden en vinden ze dat positieve gezondheid zich niet leent voor standaardisatie omdat het gaat over de unieke patiënt. Twee betekenissen worden toegekend aan de eventuele meerwaarde van standaardisatie van het gedachtegoed in het systeem, wat leidt tot ambiguïteit (Webster, 1985).

De derde ambiguïteit treedt op voor 'het spinnenweb' als vragenlijst voor iemands (positieve) gezondheid. In de literatuur en tijdens lezingen over positieve gezondheid wordt benadrukt dat deze vragenlijst geen meetinstrument is, maar verdere toelichting over hoe het spinnenweb wél gebruikt dient te worden, ontbreekt. Daarom is het voor zorgprofessionals onduidelijk wie het spinnenweb afneemt, hoe ze het moeten afnemen, wanneer ze het moeten afnemen, hoe vaak ze het moeten afnemen en wat ze moeten doen met de 'resultaten'. Zodoende ontstaat ambiguïteit op individueel niveau, omdat verwachte informatie ontbreekt (Meyerson & Martin, 1987). Echter zijn er in de dagelijkse praktijk van het JBZ ook vragenlijsten in omloop die wel als meetinstrument dienen en welke bovendien landelijk gevalideerd zijn. Deze gevalideerde vragenlijsten zijn wetenschappelijk onderzocht en kennen bovendien richtlijnen met betrekking tot afname. Zorgprofessionals verlangen gelijksoortige richtlijnen ook van 'het spinnenweb', hetgeen wederom duidt op behoefte aan regulering.

De drie hiervoor genoemde ambiguïteiten vertonen gelijkenissen met twee manifestaties in de literatuur in de vorm van twee bestaande paradigma's in de zorg. Enerzijds gaat het evidence-based paradigma dat leunt op een positivistisch perspectief (Bensing, 2000). De behoefte van zorgprofessionals aan meten, standaardisatie en richtlijnen rondom positieve gezondheid toont aan dat het evidence-based paradigma nog van wezenlijke invloed is in de zorgbenadering. Anderzijds gaat het om het patiëntgerichte paradigma, oftewel het paradigma waarbinnen positieve gezondheid zich positioneert. Zorgprofessionals omarmen positieve gezondheid, maar gebruiken de uitgangspunten van het evidence-based paradigma als lens om positieve gezondheid te bekijken, terwijl uit de literatuur blijkt dat de twee paradigma's weinig overeenkomstigheden vertonen (Bensing, 2000).

Samengevat gebruiken zorgprofessionals binnen hun interne modus van regulering – oftewel hun professionalisme (Wollersheim et al., 2006) – dus vaak het evidence-based paradigma als uitgangspunt. Dit leidt tot een behoefte aan standaardisatie, externe regulering en een invulling van professionalisme die minder in strijd is met managerialism logica's dan dat het professionalisme-managerialism debat in de literatuur veronderstelt (McDonald, 2009).

De volgende drie ambiguïteiten zijn eveneens te positioneren binnen het professionalisme-managerialism debat, maar komen, in tegenstelling tot de hiervoor genoemde interne ambiguïteiten, voort uit tegenstrijdige externe verwachtingen vanuit het systeem. Zo kwam bij het differentiatieperspectief al naar voren dat managerialismprincipes een lokale impact uitoefenen op de

medisch specialisten als afzonderlijke groep. Vanuit het fragmentatieperspectief zal kort worden ingegaan op welke ambigüiteiten bij medisch specialisten ontstaan.

Paradox 2 uit de bevindingen duidt erop dat op organisatieniveau continu twee verschillende signalen worden afgegeven in de richting van medisch specialisten. Aan de ene kant wordt een belangrijke rol toegekend aan deze specialisten bij het waarborgen van de prestaties van het ziekenhuis als systeem. Gebaseerd op een managerialism logica, houden diverse belangengroepen namelijk toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg (Wollersheim et al., 2006). Daarvoor worden prestaties van medisch specialisten transparant gemaakt in de vorm van prestatie-indicatoren. In het belang van de organisatie moeten zij positief scoren op deze indicatoren. Dit vormt prikkels voor hen om efficiënt en volgens kwaliteitsstandaarden te werken (Berg et al., 2005). Bovendien is het in het belang van het systeem dat medisch specialisten genoeg behandelingen voorschrijven, omdat productie nodig is voor het bestaansrecht van het ziekenhuis. Tegelijkertijd wordt met de implementatie van positieve gezondheid van specialisten verwacht dat ze meer tijd en aandacht hebben voor de patiënt. Vanuit het systeem worden dus twee betekenissen toegekend aan kwalitatief 'goede' zorg verlenen. Dit veroorzaakt ambigüiteit (Webster, 1985).

Samengevat, bestaan vanuit het systeem dus twee verschillende verwachtingen in de richting van specialisten: waarde toevoegen voor de patiënt op microniveau óf waarde toevoegen voor het systeem op macroniveau. Externe controles en reguleringen middels prestatie-indicatoren positioneren zich binnen managerialism logica's en beperken de vrije handelingsruimte (Wollersheim et al., 2006) om waarde toe te voegen voor de patiënt. Hierdoor ondergaan medisch specialisten een interne strijd (Martin, 2002) bij het wel of niet omarmen van positieve gezondheid. Een hybride vorm van professionalisme ontstaat (Noordegraaf, 2015), waarbij de ene specialist gemakkelijker los komt van dit gefixeerde systeem, dan de ander. In Martins termen ligt de bron van verandering bij de individuele interpretatie (Meyerson & Martin, 1987) van deze tegenstrijdige verwachtingen. Met andere woorden, pas wanneer de individuele interpretatie en omgang met deze managerialismprincipes zich ontwikkelt, zal het zwaartepunt in deze twee waardesystemen van macro naar micro kunnen worden verlegd. Zodoende brengt dit al dan niet een ontwikkeling teweeg in de invulling die wordt gegeven aan professionalisme (Noordegraaf, 2015).

5.4 Meta-analyse

Tot nu toe kwam in de analyse naar voren dat er in de huidige periode van implementatie van positieve gezondheid twee thuisperspectieven aanwezig zijn: het differentiatieperspectief en het fragmentatieperspectief. De interpretaties van zorgprofessionals belichten vanuit het differentiatieperspectief, leverde een duidelijk verschil op tussen medisch specialisten en andere groepen zorgprofessionals. De groep van medisch specialisten lijkt meer belemmeringen te ervaren ten gevolge van managerialismprincipes dan andere groepen zorgprofessionals. Het fragmentatieperspectief leverde een aantal ervaren ambigüiteiten op.

Deze ambigüiteiten ontstaan enerzijds ten gevolge van strijdende paradigma's. Hierbij wordt het evidence-based paradigma als lens gebruikt om positieve gezondheid te beschouwen, terwijl positieve gezondheid juist aansluit bij het patiëntgerichte paradigma. Anderzijds ontstaan ambigüiteiten als gevolg van tegenstrijdige signalen vanuit het systeem. Het snijpunt van deze twee perspectieven centreert zich rond de vraag hoe het kan dat deze tegenstrijdige signalen vanuit het systeem hoofdzakelijk belemmerend werken bij de groep medisch specialisten, terwijl andere groepen

zorgprofessionals eveneens te maken hebben met de implementatie van positieve gezondheid binnen een omgeving van prestatie- en kwaliteitsstandaarden.

Dit kan worden verklaard door de positie van medisch specialisten binnen het zorgsysteem. Uit dit onderzoek komt namelijk naar voren dat met name de groep medisch specialisten de op managerialism-gebaseerde landelijke (IGZ) en interne (JCI) indicatoren als drempel ervaart bij het oppakken van positieve gezondheid. Met andere woorden, blijken de overige groepen zorgprofessionals gemakkelijker los te komen van de landelijke en interne indicatoren dan medisch specialisten. Dit duidt erop dat het experimenteren met positieve gezondheid voor deze groepen professionals (microniveau) veel minder risico met zich meebrengt in relatie tot de prestaties van het systeem (macroniveau). Daarentegen is de impact van het experimenteren met positieve gezondheid door medisch specialisten veel groter, omdat zij een sleutelrol vervullen in de verplichte prestatie- en kwaliteitsverantwoording naar de buitenwereld toe (IGJ, 2018). Een verklaring waarom medisch specialisten dus minder experimenteren en openstaan voor het nieuwe gedachtegoed, berust op de gewichtige en centrale rol die dit type professional bekleedt bij de instandhouding van maatschappelijk bestaansrecht van het systeem.

Overkoepelend kan worden gesteld dat in een omgeving die gevormd wordt door managerialismprincipes en prestatie-indicatoren, zorgprofessionals dus opnieuw invulling geven aan hun professionaliteit. Dit doen zij aan de hand van twee paradigma's: enerzijds het evidence-based en anderzijds het patiëntgerichte paradigma. Hoewel positieve gezondheid een verschuiving beoogt in de richting van het patiëntgerichte paradigma (Huber & Jung, 2015), blijken medisch specialisten minder ruimte te ervaren om opnieuw invulling te geven aan hun professionaliteit. Daarom lijken managerialismprincipes het evidence-based paradigma onder medisch specialisten in stand te houden. Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en maatschappelijk werkers ontwikkelen hun professionaliteit echter wél in de richting van het patiëntgerichte paradigma. Dat blijkt onder andere uit hun ervaringen met positieve gezondheid. Dit duidt erop dat managerialism duidelijk stuurt op één paradigma. Anders gezegd, versterkt het één vorm van professionalisme namelijk het evidence-based paradigma. Deze constatering ontketent een nieuwe wending in het professionalisme-managerialism debat: beide logica's zijn niet langer eenduidig met elkaar in strijd, maar managerialism lijkt bepaalde invullingen van professionaliteit juist te versterken.

6. Conclusie en discussie

In *paragraaf 6.1* zal ik een antwoord formuleren op de vraagstelling van het onderzoek. Vervolgens zal ik in de discussie van *paragraaf 6.2* ingaan op de betekenis van bevindingen voor de bestaande literatuur. Tot slot doe ik in *paragraaf 6.3* theoretische aanbevelingen voor vervolgonderzoek en praktische aanbevelingen voor zorginstellingen.

6.1 Antwoord op de vraagstelling

In dit onderzoek stond de hoofdvraag centraal: *Hoe maken verschillende groepen zorgprofessionals van het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich het concept positieve gezondheid eigen binnen hun bestaande opvattingen en werkzaamheden, en hoe zijn verschillen of overeenkomsten tussen groepen zorgprofessionals bij het zich eigen maken van positieve gezondheid te verklaren?* Stapsgewijs beantwoord ik deze hoofdvraag hieronder aan de hand van mijn drie deelvragen.

1. *Welke invulling geven verschillende groepen zorgprofessionals aan het concept positieve gezondheid binnen de context van het Jeroen Bosch ziekenhuis?*

In dit onderzoek komt naar voren dat de implementatie van positieve gezondheid inderdaad een aanzet geeft tot een patiëntgerichtere houding, hetgeen de intentie is van het JBZ en iPH. Opvallend is dat de invulling die zorgprofessionals eraan geven, breder is dan positieve gezondheid, geconceptualiseerd als een nieuwe definitie van gezondheid en het spinnenweb. Zorgprofessionals vertalen het concept namelijk naar hun eigen praktijk. Het lijkt erop dat positieve gezondheid enige houvast biedt in de 'vaagheid' die gepaard gaat met een patiëntgerichte aanpak (Bensing, 2000). Zorgprofessionals geven aan dat het concept positieve gezondheid hen bewust maakt van aandacht hebben voor de behoeftes van de patiënt, een betekenis die eveneens werd toegekend aan de patiëntgerichte aanpak (Lutz & Bowers, 2000) maar die nu meer op de voorgrond treedt. Bij de concretisering van de behoeftes van patiënten, geven zorgprofessionals aan dat positieve gezondheid helpt om beter te communiceren door te doen aan vraagverheldering en goed luisteren. Hier worden zij onder andere in de moestuin in getraind. Enkele zorgprofessionals hanteren het spinnenweb ter ondersteuning, maar er bestaat nog veel onduidelijkheid over de precieze toepassing waardoor twijfel optreedt. Daarnaast maakt positieve gezondheid bewust van het feit dat niet iedere behandeling altijd moet. Voorlichten over de conservatieve behandeling wordt steeds belangrijker, omdat zorgprofessionals vinden dat een belastende behandeling niet meer altijd past bij de behoefte van de patiënt. Ook maken zorgprofessionals patiënten meer zelf verantwoordelijk, omdat de focus minder ligt op wat iemand niet kan, maar op wat iemand wél kan. Tot slot hebben zorgprofessionals meer oog voor het netwerk van de patiënt. Familie en huisarts kunnen belangrijke bronnen van informatie zijn, omdat zij de patiënt beter kennen dan de zorgprofessional. Dit vergemakkelijkt het verkrijgen van brede en diepgaande informatie over de patiënt.

2. *Welke afwegingen maken verschillende groepen zorgprofessionals - vanuit hun bestaande opvattingen en werkzaamheden - bij het zich eigen maken van positieve gezondheid?*

Hoewel de meerderheid van de zorgprofessionals enthousiast is over positieve gezondheid, spelen diverse afwegingen mee bij het proces van eigen maken. Uit dit onderzoek blijkt dat positieve gezondheid een ontwikkeling teweeg brengt in de professionaliteit van zorgprofessionals: een verschuiving in de richting van het patiëntgerichte paradigma. Toch blijkt dat zorgprofessionals het evidence-based paradigma doorgaans als uitgangspunt nemen bij de beschouwing van hun professionaliteit. De tegenstrijdige uitgangspunten van beide paradigma's veroorzaken afwegingen bij zorgprofessionals. Ten eerste laat positieve gezondheid zich lastig meten (iPH, 2018), waardoor de wetenschappelijke bewijslast over resultaten ontbreekt. Ten tweede zit positieve gezondheid niet verweven in richtlijnen en protocollen, waardoor zorgprofessionals het bij drukte naar achteren schuiven. Enerzijds hopen zorgprofessionals op de integratie van positieve gezondheid in het systeem. Anderzijds heerst het gevoel dat positieve gezondheid zich niet leent om te standaardiseren, omdat unieke behoeften van patiënten niet systematisch te reguleren zijn. Ten derde ervaren zorgprofessionals een gebrek aan houvast rondom het spinnenweb door het ontbreken van richtlijnen. Kortom, zorgprofessionals ervaren interne strijd: gevoelsmatig zien ze de meerwaarde in van werken volgens positieve gezondheid, maar hun evidence-based zienswijze belemmert in de vrije invulling die ze hieraan mogen geven.

Daarnaast blijken de afwegingen te berusten op tegenstrijdige signalen vanuit het huidige kwaliteitsbeleid. Positieve gezondheid als uitgangspunt nemen betekent volgens zorgprofessionals dat meer tijd nodig is om hun behoefte te achterhalen. Bovendien geven zorgprofessionals aan dat positieve gezondheid in relatie staat tot de keuze om niet te behandelen. Meer tijd of niet behandelen levert echter een vertroebeling op de prestatiescores van het ziekenhuis, waardoor zorgprofessionals interne strijd ervaren. Kortom, het speelt mee in de afwegingen van zorgprofessionals dat waarde toevoegen op microniveau, niet altijd leidt tot toegevoegde waarde op macroniveau.

3. Hoe zijn de eventuele verschillen of overeenkomsten tussen verschillende groepen zorgprofessionals bij het zich eigen maken van positieve gezondheid te verklaren?

Hoewel uit in deelvraag 2 naar voren kwam dat zorgprofessionals interne strijd ervaren ten gevolge van het dominante evidence-based paradigma, pakken verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en maatschappelijk werk positieve gezondheid toch actief op. In dit onderzoek komt naar voren dat met name de groep medisch specialisten achterblijft bij het oppakken en eigen maken van positieve gezondheid. Het blijkt dat prestatie-indicatoren voor deze groep als belemmerend worden ervaren. Dit is te verklaren door de verplichte verantwoording van het ziekenhuis als zorgsysteem. Het ziekenhuis moet zich verantwoorden over de kwaliteit van de geleverde zorg aan toezichthoudende belanghebbenden. Goede scores op prestatie-indicatoren zijn van belang om als ziekenhuis bestaansrecht te behouden. Echter zit positieve gezondheid niet geïntegreerd in huidige prestatiemetingen. Werken volgens positieve gezondheid op professionelniveau draagt dus niet direct bij aan de prestaties van het ziekenhuis op macroniveau. In die zin brengt op microniveau experimenteren met positieve gezondheid dus een risico met zich mee voor de prestaties van het systeem op macroniveau. Dit risico is voor groep medisch specialisten het grootst, omdat zij een centrale rol vervullen in de prestatie- en kwaliteitsverantwoording van het ziekenhuis. Zodoende maken medisch specialisten positieve gezondheid nog het minst eigen.

6.2 Betekenis van bevindingen

Met dit onderzoek wilde ik een bijdrage leveren aan de empirische kennis over positieve gezondheid als cultuurverandering in een ziekenhuis. Zodoende werden de invulling en afwegingen van zorgprofessionals ten aanzien van positieve gezondheid belicht vanuit drie culturele lenzen van Martin (2002): het integratie-, differentiatie- en het fragmentatieperspectief. Hoewel positieve gezondheid organisatiebreed wordt ingezet, is er nog maar weinig sprake van integratie. Positieve gezondheid als cultuurverandering wordt op lagere niveaus in het de organisatie verschillend eigen gemaakt. Het differentiatieperspectief liet zien dat medisch specialisten zich als subcultuur onderscheiden van andere groepen zorgprofessionals. Het fragmentatieperspectief liet zien dat er op dit moment van de implementatie diverse ambiguïteiten bestaan. De implementatie van positieve gezondheid belichten vanuit deze culturele perspectieven levert dus kennis op over de aanwezigheid van differentiatie en fragmentatie in de beginfase waarin de implementatie zich bevindt. Eventueel is het interessant om verder onderzoek te doen naar de verdere ontwikkeling van integratie in de toekomst.

Daarnaast bood het combineren van het differentiatieperspectief en het fragmentatieperspectief ingang om de bevindingen te positioneren binnen het wetenschappelijke professionalisme-managerialism debat. Zo werd uiting gegeven aan de derde doelstelling; een bijdrage leveren aan de empirische kennis over de wijze waarop positieve gezondheid van invloed is op de ontwikkeling van professionaliteit van zorgprofessionals. Door te onderzoeken hoe zorgprofessionals invulling geven aan positieve gezondheid kwam naar voren dat professionaliteit niet eenduidig is. Het kent twee verschijningsvormen: evidence-based en patiëntgericht. Positieve gezondheid lijkt een ontwikkeling te stimuleren in deze paradigma's, maar wordt daarbij begrensd door de managerialism logica. Zo kwam naar voren dat de managerialism logica duidelijk stuurt op het evidence-based paradigma en niet op het patiëntgerichte paradigma, omdat werkwijzen vanuit het evidence-based paradigma zich gemakkelijker laat controleren. In andere woorden: managerialism versterkt één vorm van professionaliteit. De managerialism logica is dus niet per definitie in strijd met de professionalisme logica, maar managerialism lijkt bepaalde invullingen van professionaliteit juist te versterken. Deze constatering maakt dit onderzoek wetenschappelijk relevant, omdat het een nieuwe wending geeft aan het professionalisme-managerialism debat.

6.2.1 Beperkingen van dit onderzoek

Aan deze casestudy werd begonnen met de bedoeling om te achterhalen hoe zorgprofessionals invulling geven aan het concept positieve gezondheid. Daarbij was niet de intentie aanwezig om uitspraken te doen over verschillen tussen groepen zorgprofessionals. Dat medisch specialisten verschilden van andere groepen werd pas opgemerkt tijdens het verloop van het onderzoek. Door de keuze voor een heterogene groep respondenten waren er maar een beperkt aantal respondenten per groep. Daarom kan aan de betekenissen van deze relatief kleine groepen minder waarde worden toegekend dan het geval was geweest bij een groter aantal respondenten per groep.

Daarnaast is de helft van de respondenten geselecteerd op basis van hun deelname aan de moestuin. Dat zorgprofessionals deelnemen aan de moestuin betekent dat zij in eerste instantie al interesse hadden in het concept. De moestuinen waren namelijk niet verplicht. Mogelijk wordt daarom de indruk gewekt dat de meerderheid positief tegenover positieve gezondheid staat. Mogelijk zouden

zorgprofessionals die tot de eerste volgers behoren, andere betekenissen toekennen aan de implementatie van positieve gezondheid.

Tot slot kan de keuze voor de drie onderzochte afdelingen een vertekening hebben opgeleverd. Oncologie, cardiologie en de dialyse-afdeling hebben – meer dan sommige andere afdelingen – te maken met palliatieve patiënten. Positieve gezondheid lijkt met name geschikt voor deze categorie patiënten. Mogelijk had de keuze voor afdelingen met een andere patiëntenpopulatie, andere inzichten opgeleverd. Dit kan in een volgend onderzoek mee worden genomen.

6.3 Aanbevelingen

6.3.1 *Theoretische aanbevelingen*

Zoals ik in de inleiding al beschreef is positieve gezondheid een vrij nieuwe concept, met een beperkte wetenschappelijke basis. Onderzoek werd gedaan naar draagvlak van het concept onder diverse belanghebbenden van de zorg (Huber et al., 2013) en hieruit kwam naar voren dat patiënten alle zes dimensies van gezondheid als belangrijk ervaren. In mijn onderzoek werd positieve gezondheid echter beschouwd vanuit het perspectief van de zorgprofessional. De bevindingen lieten onder andere zien dat zorgprofessionals het gevoel hebben dat huidige indicatoren niet altijd tegemoet komen aan de behoefte van de patiënt. Deze interpretatie van een zorgprofessional krijgt meer betekenis indien het wordt belicht vanuit het perspectief van de patiënt. Daarom is het in mijn ogen is de moeite waard om vervolgonderzoek te doen naar de interpretaties van patiënten van de huidige prestatie-indicatoren.

Daarnaast deed ik tijdens mijn onderzoek enkele inzichten op bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis, die ik achterwege liet wegens afbakening van het onderzoek. Zo blijkt een groep medisch specialisten, verpleegkundigen en onderzoekers van het JBZ te werken aan de wetenschappelijke onderbouwing van positieve gezondheid. Hierbij staat de vraag centraal: Hoe kunnen we positieve gezondheid meten, zodat resultaat en effectiviteit zichtbaar worden? Echter brengt het meetbaar maken van positieve gezondheid een verschuiving teweeg in de positionering van het concept binnen de paradigma's. Meetbaarheid van positieve gezondheid vindt namelijk aansluiting bij het evidence-based paradigma, in plaats van bij het patiëntgerichte paradigma. Bovendien duiden de termen 'resultaat' en 'effectiviteit' op een managerialism logica. Enerzijds is het waardevol om via vervolgonderzoek inzicht te krijgen in de implicaties van het meetbaar maken van positieve gezondheid voor de ontwikkeling van paradigma's in de zorg. Anderzijds is het waardevol om te onderzoeken welke invloed deze meetbaarheid van positieve gezondheid heeft op het professionalisme-managerialism debat.

6.3.2 *Praktische aanbevelingen*

Voor het strategietraject van het JBZ schrijf ik een apart rapport waarin ik aanbevelingen uitwerk. Bovendien denk ik dat deze aanbevelingen eveneens van betekenis kunnen zijn voor andere zorginstellingen.

De eerste aanbeveling komt voort uit de waargenomen afwegingen die zorgprofessionals maken tijdens het proces van eigen maken van positieve gezondheid. Met name de paradoxen uit de bevindingen bieden in mijn ogen een ingang voor een aanpassing in de huidige verandercommunicatie. De paradoxen geven inzicht in de tegenstrijdigheid die zorgprofessionals ervaren ten gevolge van een 'zachte' implementatie van positieve gezondheid in een 'hard' zorgsysteem. Vanaf bestuurlijk niveau

worden nu tegenstrijdige zaken verwacht: én aan de slag met positieve gezondheid, én efficiënt werken, goed presteren en productie draaien. Dit leidt tot ambiguïteit en onduidelijkheid op professionelniveau. Deze twijfel leidt veelal tot een veilige keuze: vasthouden aan het systeem. Echter denk ik dat open communicatie over bestaande paradoxen aanmoedigt om los te komen van deze veilige keuze en stuurt in de richting van een weloverwogen keuze. Openheid over de heersende tegenstrijdigheden verschuift mogelijk de interne strijd die zich nu hoofdzakelijk afspeelt op individueel niveau, naar het collectief. Mogelijk wakkert dit een discussie aan die daadwerkelijk tot het doorbreken van patronen leidt.

De tweede aanbeveling baseer ik op een interview dat ik hield met een medisch specialist. Deze respondent benoemde dat indicatoren veelal leidend zijn voor het handelen, omdat goede prestatiescores ter verantwoording dienen naar de buitenwereld toe. Echter relativeerde deze respondent de verplichte waarborging van cijfermatige prestatiescores door te benadrukken dat goede zorg zich niet altijd laat meten. Deze respondent deed de suggestie om bij enkele indicatoren een 'markering' aan te brengen voor gevallen waarbij de behandelkeuze niet overeenstemt met 'presteren'. Hierbij is het – volgens deze respondent - belangrijk om een verhaal te ontwikkelen bij deze afwijkende scores, zodat het ziekenhuis zich nog steeds kan verantwoorden. Ik sluit mij aan bij deze suggestie en geef deze tenslotte graag mee als aanbeveling.

7. Referenties

- Beckman, H., Suchman, A.L., Curtin, K., & Greene, R.A. (2006). Physician reactions to quantitative individual performance reports. *American Journal of Medical Quality*, 21(3), 192–199.
- Begeman, F. A. (1996). Systematische misverstanden binnen een cultuur. Hoe beïnvloeden professionele concepten de interpretaties van cliënten?. *Medische Antropologie* 8(1), 44-54.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap.: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient education and counseling*, 39(1), 17-25.
- Berg, M., Meijerink, Y., Gras, M., Goossensen, A., Schellekens, W., Haeck, J., Kallewaard, M., & Kingma, H. (2005). Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch Hospitals. *Health Policy*, 75(1): 59-73.
- Bode, I., Lange, J., & Märker, M. (2016). Caught in organized ambivalence: institutional complexity and its implications in the German hospital sector. *Public Management Review*, 19(4), 1-17.
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Bosch, R. (2012). *Wetenschapsfilosofie voor kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers. (in Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.)
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: University Press.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, 51(11), 1611-1625.
- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2008). "What lies beneath it all?"—an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. *BMC health services research*, 8(1), 218.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939.
- Chamberlain, J. M. (2009). *Doctoring Medical Governance: Medical Self-regulation in Transition*. New York: Nova Science.
- Christensen, S., & Kreiner, K. (1984). *On the Origin of Organizational Cultures. Paper prepared for the First International Conference on Organizational Symbolism and Corporate Culture*. Lund, Sweden.
- Deal, T. & Kennedy, A. (1982). *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*. Boston: Addison-Wesley.
- Devers, K. J., Pham, H. H., & Liu, G. (2004). What is driving hospitals' patient-safety efforts?. *Health Affairs*, 23(2), 103-115.
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Forsberg, E., Axelsson, R., & Arnetz, B. (2001). Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care. *The International journal of health planning and management*, 16(4), 297-310.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Gezondheidsraad (2013, 10 december). *Publieke indicatoren voor kwaliteit curatieve zorg*. Geraadpleegd via https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/Kwaliteitsindicatoren201329_0.pdf

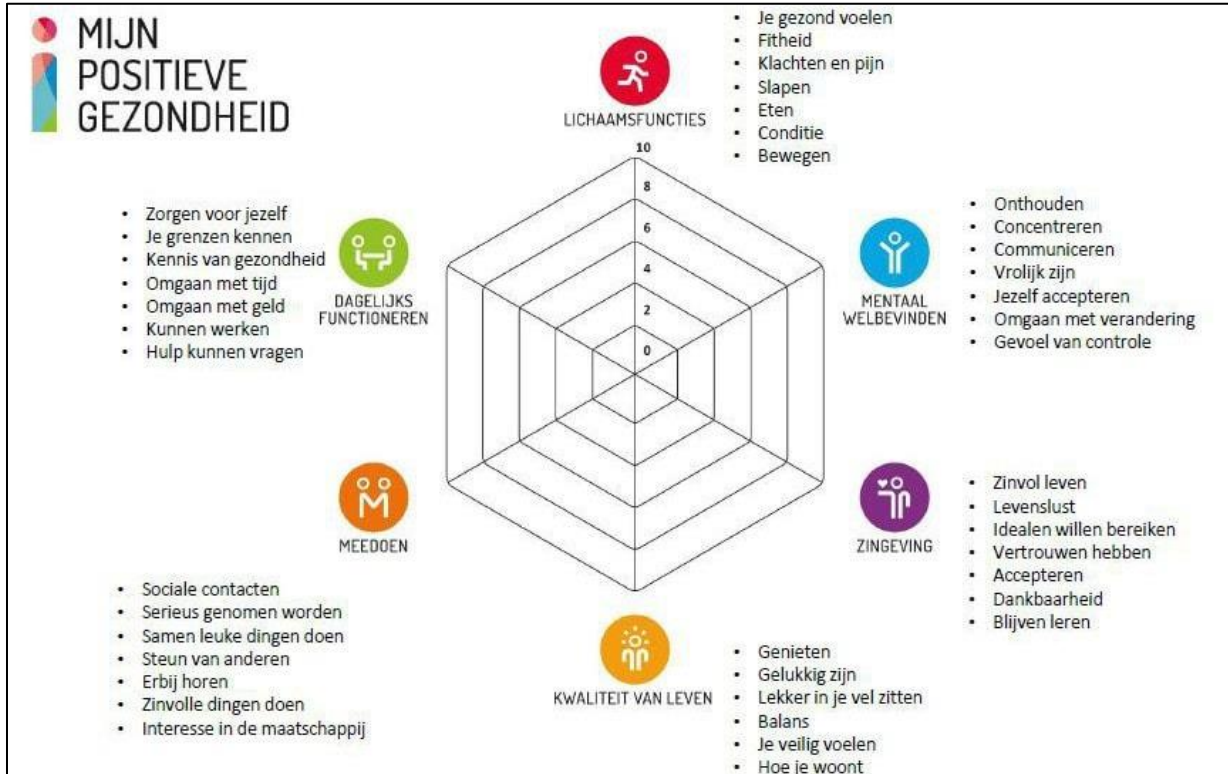
- Groenewoud, A. S., & Huijsman, R. (2003). Prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg. *Huisarts en wetenschap*, 46(8), 462-462.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*, 348, 3725.
- Health Consumer Powerhouse (2018). *Euro Health Consumer Index 2017*. Geraadpleegd via: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> (05-06-2018)
- Hibbard, J. H., Stockard, J., & Tusler, M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts?. *Health Affairs*, 22(2), 84-94.
- Huber, M., & Jung, H. P. (2015). Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. *Bijblijven*, 31(8), 589-597.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., & Knottnerus, A. (2013). Towards a Conceptual Framework relating to 'Health as the ability to adapt and to self-manage'. *Operationalisering Gezondheidsconcept*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Huber, M., Van Vliet, M. V., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(8), A7720.
- IGJ (2018). *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2018*. Geraadpleegd via <https://www.igj.nl/documenten/indicatorensets/2017/01/01/basisset-medisch-specialistische-zorg> (20 juni 2018)
- iPH. (n.d.a). *Gespreksinstrument als middel. Maar hoe meten we gezondheid?*. Geraadpleegd via: <https://iph.nl/onderzoek/gezond-meten/> (05-06-2018)
- iPH. (n.d.b). *Mijn Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd via: <https://mijnpositievegezondheid.nl/tools/mijn-positieve-gezondheid/>
- iPH. (2018). *Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd via: <https://iph.nl/positieve-gezondheid/> (12-3-18)
- Jamison, M. (1985). 'The joys of gardening: collectivist and bureaucratic cultures in conflict'. *The Sociological Quarterly*, 26, 473-90.
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (n.d.). *Olievlek*. 's-Hertogenbosch: Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (2016). *Strategie JBZ 2025. Ter voorgenomen besluitvorming in het besturenberaad van 22 december 2016*. 's-Hertogenbosch: Jeroen Bosch Ziekenhuis.
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (2017a). *Jeroen Bosch Ziekenhuis zelfevaluatie rapport STZ visitatie*. 's-Hertogenbosch: Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (2017b). *Werkplan themagroep gezondheid en ziekte*. 's-Hertogenbosch: Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (2018). *Plan van aanpak 2018*. 's-Hertogenbosch: Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Keesing, R. (1981). *Cultural Anthropology: A Contemporary Perspective (2nd Ed.)*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Kruijthof, K. (2005). *Doctors' orders. Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. (Dissertatie). Geraadpleegd via: <https://repub.eur.nl/pub/6763/>
- Kuhlman, E., Burau, B., Correia, T., Lewandowski, R., Lionis, C., Noordegraaf, M., & Repullo, J. (2013). "A manager in the minds of doctors:" a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research*, 13(1), 246.
- Leicht, K. T., Walter, T., Sainsaulieu, I., & Davies, S. (2009). New public management and new professionalism across nations and contexts. *Current Sociology*, 507(4), 581-605. (in Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626-644.)

- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2000). Patient-centered care: understanding its interpretation and implementation in health care. *Research and Theory for Nursing Practice*, 14(2), 165.
- Mainz, J. 2003. 'Defining and classifying clinical indicators for quality improvement: Methodology Matters.' *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523- 530.
- March, J. G. (1981). Footnotes to organizational change. *Administrative Science Quarterly*, 563-577.
- Martin, J. (2002). *Organizational culture: Mapping the terrain*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Martin, J., & Siehl, C. (1983). Organizational culture and counterculture: An uneasy symbiosis. *Organizational dynamics*, 12(2), 52-64.
- Martin, J., Sitkin, S. B., & Boehm, M. (1985). *Founders and the elusiveness of a cultural legacy*. Graduate School of Business, Stanford University.
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom. (in Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.)
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- McDonald, R. (2009). Market reforms in English primary medical care: medicine, habitus and the public sphere. *Sociology of health & illness*, 31(5), 659-672.
- McDonald, R., & Harrison, S. (2004). The micropolitics of clinical guidelines: an empirical study. *Policy & Politics*, 32(2), 223-239.
- McDonald, R., Waring, J., Harrison, S., Walshe, K., & Boaden, R. (2005). Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. *BMJ Quality & Safety*, 14(4), 290-294.
- Medisch Contact (2017, 18 november). *Administratie vergt 40 procent van tijd specialist*. Geraadpleegd via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/administratie-vergt-40-procent-van-tijd-specialist.htm> (05-06-2018)
- Meyerson, D., & Martin, J. (1987). Cultural change: An integration of three different views. *Journal of management studies*, 24(6), 623-647.
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of professions and organization*, 2(2), 187-206
- Noordegraaf, M., & Geuijen, K. (2011). Maatschappelijke opdrachten en bestuurlijke reacties. In M. Noordegraaf, K. Geuijen, & A. Meijer. (2011). *Handboek publiek management* (pp. 31-48). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626-644.
- Ouchi, W. (1981). *Theory Z*. Boston: Addison-Wesley.
- Plochg, T., Keijsers, J., & Wigersma, L. (2017). Toekomstbestendige zorg: van visie naar actie!. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 95(2), 63-66.
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public services: Cuts or cultural change in the 1990s?*. Oxford: Blackwell Business.
- Pollitt, C. (2006). Performance Information for Democracy: The Missing Link?. *Evaluation*, 12 (1), 38-55.
- RVZ. (n.d.). *Verantwoord Sturen*. Geraadpleegd via <http://werkagenda.raadrvs.nl/verantwoord-sturen> (20-06-2018)
- RVZ. (2004). *Met oog op gepaste zorg*. Geraadpleegd via: https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Met_het_oog_op_gepaste_zorg.pdf

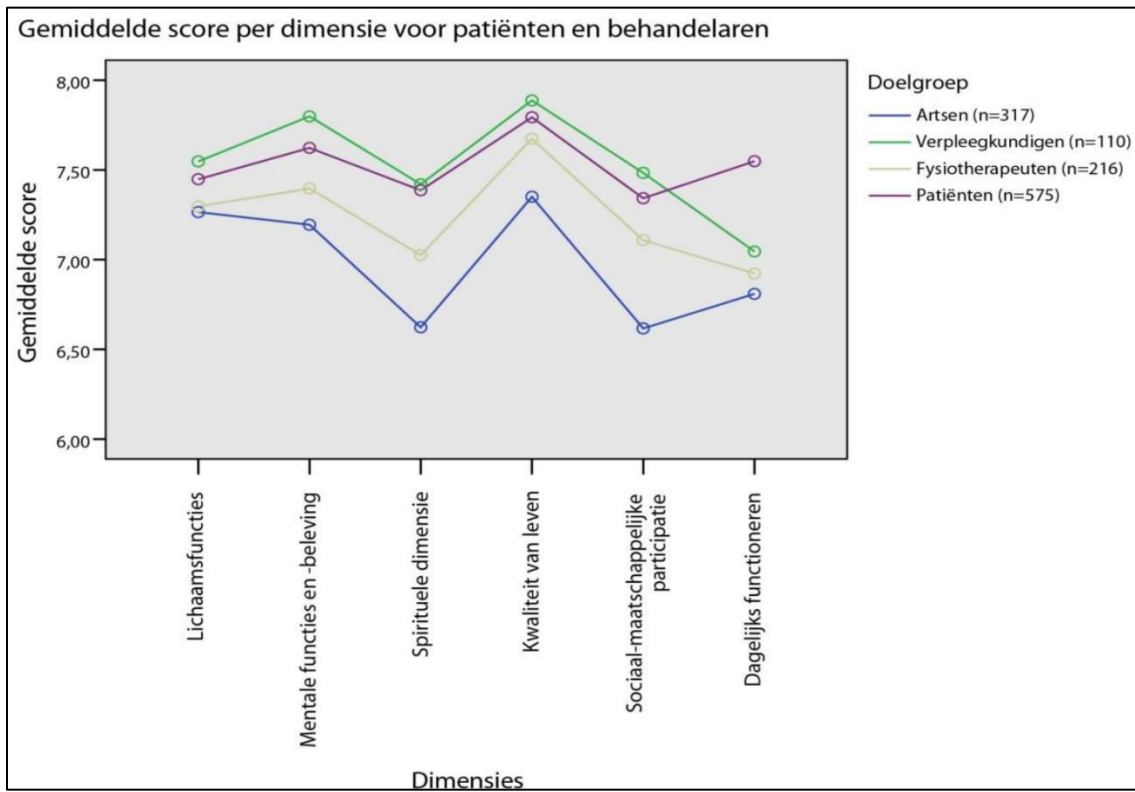
- Rijksoverheid. (2018). *Hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017-2018*. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2017/06/19/hoofdlijnenakkoord-paramedische-zorg-2017-2018> (05-06-2018)
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, *312*, 71-72.
- Schein, E. H. (1983). The role of the founder in creating organizational culture. *Organizational dynamics*, *12*(1), 13-28.
- Schein, E.H. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schultz, M., & Hatch, M. J. (1996). Living with multiple paradigms the case of paradigm interplay in organizational culture studies. *Academy of management review*, *21*(2), 529-557.
- Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative science quarterly*, *33*, 339-358.
- Spies, T. H., & Mokkink, H. G. A. (1999). *Toetsen aan standaarden. Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst*. Nijmegen/Utrecht: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit.
- Sweeney, K. G., MacAuley, D., & Gray, D. P. (1998). Personal significance: the third dimension. *The Lancet*, *351*(9096), 134-136.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). The practice of medical technology. *Sociology of health & illness*, *25*(3), 97-114.
- Van Beek, C. C., Schellekens, W. M. L. C. M., & van Everdingen, J. J. E. (2005). *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Aar (2008). *Prestatie-indicatoren & Kwaliteit van Zorg. Onderzoek naar het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis* (Masterscriptie). Geraadpleegd via: <https://thesis.eur.nl/pub/4580/AarvanderL.pdf> (05-06-2018).
- VWS. (2018). *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*. Den Haag: VWS.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?. *British Medical Journal*, *329*(7479), 1398.
- Walg, C. (2014). *Positieve gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk Levensloop en populatiegerichte aanpak ter versterking van gezondheid, welbevinden en veerkracht*. Enschede: Universiteit Twente.
- Webster (1985). *The American Heritage Dictionary*. New York: Dell Publishing.
- Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, *2*(3), 233-235 (in Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, *99*(12), 1923-1939.)
- Wollersheim, H., Faber, M. J., Grol, R. P. T. M., Dondorp, W.J., & Struijs, A. J. (2006, 23 juni). *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods (applied social research methods)*. London and Singapore: Sage.

8. Bijlagen

8.1 Spinnenweb



8.2 Opvattingen over gezondheid van verschillende groepen



8.3 Observatieoverzicht

	Soort bijeenkomst	Toelichting	Datum
1	Kernteam strategie	Overleg tussen de projectleiders van strategie en de voorzitter van de RvB	21-2-2018
2	Strategiegroep	Avondbijeenkomst over strategie, bespreking gewaagde doel	6-3-2018
3	Wetenschapsbijeenkomst met Huber	Een overleg met de manager van wetenschap hoe positieve gezondheid wetenschappelijk kan worden gemaakt	6-3-2018
4	Machteld Huber in het JBZ	De mogelijkheid voor zorgprofessionals om vragen te stellen over onduidelijkheden m.b.t. positieve gezondheid	6-3-2018
5	Ondersteuningsgroep van strategie	Tussentijdse bespreking van de jaarplannen van afdelingen	1-3-2018 8-3-2018
6	Beleidsmiddag	In het teken van kwaliteit & veiligheid en doelmatigheid van het JBZ	28-3-2018
7	Meeloopdag cardiologie-afdeling	Op verpleegafdeling	28-3-2018
8	Meeloopdag oncologie-afdeling	In de spreekkamer	4-4-2018
9	Observatie bij training unithoofden	'Hoe gaan we met zijn allen ons gewaagde doel in 2025 bereiken?	5-4-2018
10	Observatie moestuin oncologie	Training in positieve gezondheid	9-4-2018
11	Observatie dialyse-afdeling	Eerst meegelopen op de afdeling waar mensen worden gedialyseerd. Daarna in de spreekkamer van een pré-dialyse-verpleegkundige	26-4-2018
12	Machteld Huber in het JBZ	Lezing over positieve gezondheid	1-5-2018

8.4 Topiclijst

Inleidende vragen

- Wie ben je? Wat is jouw rol hierbinnen het JBZ? Sinds wanneer?

Opvatting gezondheidswelzijn

- Zou je eens kunnen beschrijven wat gezondheidswelzijn voor jou betekent?
- Hoe ben je ermee in aanraking gekomen? Wanneer?
- Hoe past gezondheidswelzijn binnen jouw werkzaamheden?
- Hoe beïnvloedt het volgens jou de kwaliteit van zorg?
- Waarom is volgens jou het JBZ geïnteresseerd in dit concept?
- Hoe kijk je aan tegen deelname aan de moestuin?

(Eventuele) toepassing gezondheidswelzijn

- Hoe pas je gezondheidswelzijn toe in je werk?
- In hoeverre is gezondheidswelzijn van invloed op het behandelbeleid/de werkwijze?
- Hoe beïnvloedt het de omgang met de patiënt?

Gezondheidswelzijn als cultuurverandering

- Wat is er veranderd sinds de implementatie van het concept gezondheidswelzijn in de strategie?
- Hoe beïnvloedt het de samenwerking met collega's?
- Hoe beïnvloedt het de samenwerking tussen verschillende disciplines?
- Hoe beïnvloedt het de samenwerking met andere afdelingen?

De toekomst van gezondheidswelzijn

- Wat is in jouw optiek de toekomst van gezondheidswelzijn? Wat vind je daarin belangrijk?
- Hoe kijk je aan tegen eventuele veranderingen die het met zich meebrengt?
- Als je kijkt naar jouw afdeling, voorzie je dan eventuele belemmeringen m.b.t de verdere ontwikkeling van gezondheidswelzijn?
- Rolopvatting: Welke rol vind jij dat je zelf hebt in de verdere ontwikkeling van gezondheidswelzijn?
- Welke verwachtingen heb je daarin van het JBZ?
- Voor welke valkuilen moet men volgens jou waken?

8.5 Interviewoverzicht

	Afdeling	Functie	Moestuin
R01-24042018	Cardiologie	Verpleegkundig Specialist	Deelnemer
R02-26042018	Dialyse	Maatschappelijk werk	Geen deelnemer
R03-30042018	Dialyse	Verpleegkundige	Deelnemer
R04-01052018	Oncologie	Medisch Specialist	Deelnemer
R05-07052018	Cardiologie	Verpleegkundige	Geen deelnemer

R06-08052018	Oncologie	Verpleegkundige	Geen deelnemer
R07-08052018	Cardiologie	Medisch Specialist	Geen deelnemer
R08-09052018	Oncologie	Verpleegkundige	Deelnemer
R09-14052018	Oncologie	Verpleegkundige	Geen deelnemer
R10-17052018	Dialyse	Medisch Specialist	Deelnemer
R11-18052018	Cardiologie	Medisch Specialist	Deelnemer
R12-22052018	Strategie	Adviseur	-

8.6 Documentenoverzicht

Overzicht documenten	
1	Kaderbrief (2015)
2	Olievlek (2016)
3	Doorleven strategie (2017)
4	Werkplan themagroep gezondheid en ziekte (2017)
5	Plan van Aanpak Strategie (2018)
6	Ont-Regel de zorg (2018)
7	Beleidsdag powerpoint (2018)
8	Unithoofden bijeenkomst input (2018)
9	Jaarplan 2018 Cardiologie
10	Jaarplan 2018 Oncologie
11	Jaarplan 2018 Dialyse
12	Jaarplan 2018 Cardiologie
13	Strategie JBZ 2025 Beslisdocument
14	Werken uit het hart (2017)