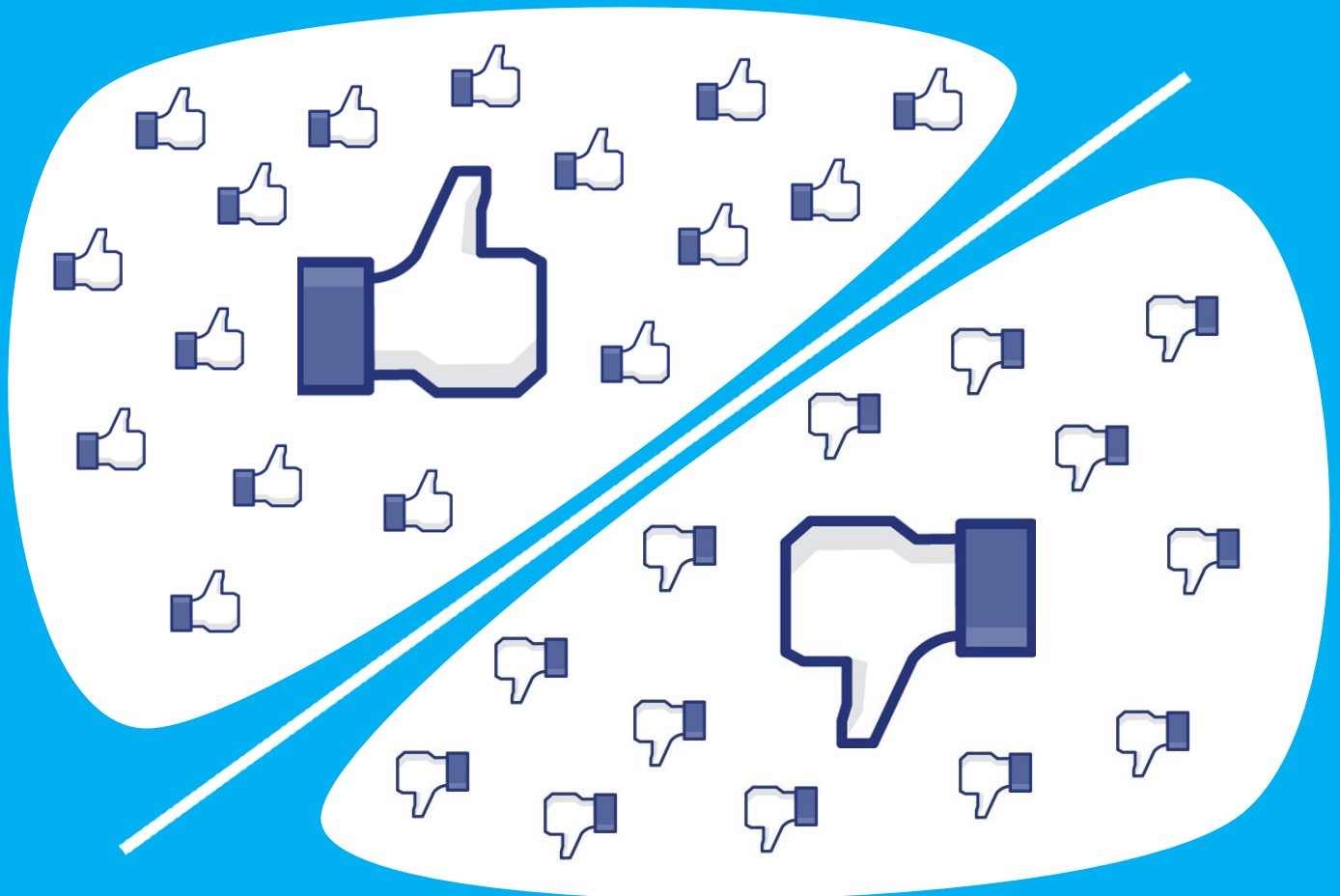


'LICENSE TO OPERATE'

Hoe leiders van ziekenhuizen omgaan met een veeleisende omgeving



Student:

Email:

Studentnummer:

Scriptiebegeleider:

Datum:

Rik van Bommel

r.vanbommel@students.uu.nl

3381382

Aline Bos

Juli 2011



Universiteit Utrecht

Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Leerkring Publiek Management (USG 3210)

Managementsamenvatting

Veel verschillende organisaties stellen eisen aan de borstkankerzorg in ziekenhuizen. Ze willen bijvoorbeeld betere, goedkopere zorg. De wijze waarop leiders van ziekenhuizen met externe eisen omgaan, is van invloed op het organiseren en aanbieden van borstkankerzorg aan patiënten.

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

'Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg?'

Ziekenhuizen zijn hybride organisaties. Sturingsprincipes uit de domeinen staat, markt, gemeenschap en de medische professie sturen de ziekenhuisorganisatie aan. Daarnaast bevindt het ziekenhuis zich in een meervoudige omgeving. Dat zijn de institutionele omgeving, de marktomgeving en de medisch-professionele omgeving. In die meervoudige omgeving bevinden zich actoren die vanuit één of meerdere domeinen eisen stellen aan het ziekenhuis. Per domein vormen verschillende waardeoriëntaties de basis voor de externe eisen aan het ziekenhuis. Zo kan een externe eis zich bijvoorbeeld baseren op de waarde 'efficiëntie' uit het domein van de markt.

Dit onderzoek gaat er vanuit dat leiders van ziekenhuizen op vijf verschillende manieren strategisch kunnen reageren op externe eisen aan de borstkankerzorg. De vijf mogelijke strategische reacties zijn berusten, compromis sluiten, vermijden, ter discussie stellen en manipuleren.

Voor dit onderzoek werden er met tien respondenten van zes verschillende ziekenhuizen interviews gehouden en is er *deskresearch* gedaan. De onderzoeker hanteerde tijdens het onderzoek een positivistisch, wetenschapsfilosofisch perspectief.

Uit dit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen moeten voldoen aan de kenmerken van de mammapoli en het aanleveren van prestatie-indicatoren. De mammapoli en de prestatie-indicatoren startten aanvankelijk als innovaties. Naar verloop van tijd, echter, werden ze voor leiders van ziekenhuizen 'license to operate'.

Er zijn zeven externe eisen aan de borstkankerzorg. Die groepeerde dit onderzoek naar drie thema's. Het eerste thema is '*Licenses to operate* van verschillende externe actoren'. Het tweede thema is 'De strijd om het imago van het ziekenhuis'. Het derde thema is 'betere zorg tegen lagere kosten'.

Uit dit onderzoek blijkt dat leiders van ziekenhuizen doorgaans berusten in de externe eisen aan borstkankerzorg. Leiders van ziekenhuizen hebben andere strategische reacties wanneer de externe eisen aan borstkankerzorg een effect hebben op het imago van het ziekenhuis.

Leiders van ziekenhuizen hebben voornamelijk een institutioneel perspectief op de omgeving van het ziekenhuis. Ze hebben niet of nauwelijks een *resource dependency* perspectief op de omgeving. De leiders moeten de externe eisen aan borstkankerzorg in beeld hebben, zodat het ziekenhuis de borstkankerzorg kan blijven aanbieden aan patiënten. De taak van leiders van ziekenhuizen is '*keeping the license to operate*'

Leiders van ziekenhuizen hebben niet of nauwelijks zeggenschap over de externe eisen aan borstkankerzorg. Mogelijk kunnen leiders van ziekenhuizen het beste begrepen worden als procesmanagers.

1

Inhoudsopgave

2	Inleiding	5
2.1	Aanleiding	5
2.2	Doelstelling	6
2.3	Onderzoeksvraag en deelvragen	6
2.3.1	<i>De hoofdvraag van dit onderzoek</i>	6
2.3.2	<i>De deelvragen van dit onderzoek</i>	6
2.4	Relevantie van dit onderzoek	7
2.4.1	<i>Wetenschappelijke relevantie</i>	7
2.4.2	<i>Maatschappelijke relevantie</i>	7
2.5	Leeswijzer	8
3	Context hoofdstuk	9
3.1	Ziekenhuizen	9
3.2	Ontwikkelingen in de zorgsector: de invoering van een stelsel van gereguleerde marktwerking en concurrentie	9
3.3	Borstkankerzorg	11
3.4	Leiders van ziekenhuizen	12
4	Theoretisch kader	14
4.1	Inleiding	14
4.2	Beantwoording van de deelvraag: 'Welke externe eisen zijn er?'	14
4.2.1	<i>Ziekenhuizen als hybride organisaties</i>	14
4.2.2	<i>Een hybride organisatie: de domeinen staat, markt, gemeenschap en de medische professie</i>	15
4.2.3	<i>Het ziekenhuis: een hybride organisatie met een meervoudige omgeving</i>	16
4.2.4	<i>De institutionele omgeving</i>	17
4.2.5	<i>De marktomgeving</i>	17
4.2.6	<i>De medisch professionele omgeving</i>	17
4.2.7	<i>Externe eisen vanuit de vier verschillende domeinen</i>	18
4.2.8	<i>Tegenstrijdige externe eisen</i>	18
4.3	Beantwoording van de deelvraag: 'Welke actoren stellen eisen?'	19
4.4	Beantwoording van de deelvraag: 'Wat zijn strategische reacties van leiders?'	20
4.4.1	<i>Leiderschap</i>	20
4.4.2	<i>Een institutioneel perspectief op de omgeving van het ziekenhuis</i>	20
4.4.3	<i>Een resource dependency perspectief op de omgeving van het Ziekenhuis</i>	21

4.4.4	<i>Twee perspectieven op de meervoudige omgeving van het ziekenhuis</i>	21
4.4.5	<i>Strategische reacties</i>	23
4.5	De resultaten van het theoretisch kader	24
5	Methode van het empirisch onderzoek	27
5.1	Inleiding	27
5.2	Focus van het empirisch onderzoek	27
5.3	Verantwoording van het wetenschapsfilosofisch perspectief	28
5.4	Methoden van onderzoek	29
5.4.1	<i>Semigestructureerde interviews</i>	29
5.4.2	<i>Deskresearch</i>	29
5.5	Selectie van respondenten	30
5.5.1	<i>De selectie van ziekenhuizen</i>	30
5.5.2	<i>De selectie van respondenten</i>	32
5.6	Operationalisatie van de kernbegrippen	33
5.6.1	<i>Externe eisen</i>	33
5.6.2	<i>Strategische reacties</i>	34
5.6.3	<i>Leiders</i>	34
5.7	Analyse van de data van het onderzoek	36
5.8	Claims over de data: Validiteit en betrouwbaarheid	36
6	De resultaten	38
6.1	Inleiding	38
6.2	Lessen uit het verleden	39
6.2.1	<i>De ontwikkeling van de mammapoli</i>	39
6.2.2	<i>De ontwikkeling van prestatie-indicatoren</i>	41
6.2.3	<i>Externe eisen: van innovatie naar ‘license to operate’</i>	41
6.2.4	<i>Strategische reacties in het verleden</i>	42
6.3	Overzicht van externe eisen	43
6.4	Overheidsbeleid & wetgeving	43
6.4.1	<i>De externe eis ‘overheidsbeleid en wetgeving’</i>	43
6.4.2	<i>De strategische reacties op overheidsbeleid en wetgeving</i>	45
6.5	Toezicht & controle van het ziekenhuis	46
6.5.1	<i>De externe eis ‘toezicht & controle’</i>	46
6.5.2	<i>De strategische reactie ‘berusten’ op toezicht & controle</i>	47
6.5.3	<i>De strategische reactie ‘vermijden’ van toezicht & controle</i>	48
6.6	Prestatie-indicatoren	51
6.6.1	<i>De externe eis ‘prestatie-indicatoren’</i>	51
6.6.2	<i>Prestatie-indicatoren: het bestaan en de omvang ervan</i>	55
6.6.3	<i>Prestatie-indicatoren: transparantie door de openbaarheid van gegevens</i>	55
6.6.4	<i>Prestatie-indicatoren: informatie die leidt tot externe eisen</i>	55
6.6.5	<i>Strategische reacties op het bestaan en de omvang van prestatie-indicatoren</i>	56
6.6.6	<i>De strategische reacties op de openbaarheid van gegevens</i>	57
6.6.7	<i>Strategische reacties op externe eisen van zorgverzekeraars</i>	58

6.7	Medisch-professionele richtlijnen	59
6.7.1	<i>De externe eis ‘medisch-professionele richtlijnen’</i>	59
6.7.2	<i>De strategische reacties op medisch-professionele richtlijnen</i>	60
6.8	Ranglijsten	61
6.8.1	<i>De externe eis ‘ranglijsten’</i>	61
6.8.2	<i>De strategische reacties op CZ ‘Overzicht kwaliteitscategorieën borstkankerzorg’</i>	62
6.8.3	<i>Strategische reacties op kwaliteitsonderzoek van de Consumentenbond</i>	66
6.8.4	<i>Strategische reacties op de AD Top 100</i>	67
6.9	Onderscheidingen	71
6.9.1	<i>De externe eis ‘onderscheidingen’.</i>	71
6.9.2	<i>De strategische reacties op ‘onderscheidingen van zorgverzekeraars</i>	71
6.9.3	<i>De strategische reacties op ‘het Roze Lintje’</i>	72
6.10	Accreditatie & Certificatie	73
6.10.1	<i>De externe eisen ‘accreditatie & certificatie’</i>	73
6.10.2	<i>De strategische reacties op ‘accreditatie & certificatie’</i>	74
6.11	Perspectieven op externe eisen en de omgeving van het ziekenhuis	76
6.12	De strategische reacties op externe eisen	77
6.12.1	<i>De afwijkende strategische reacties op de externe eis ‘Toezicht & controle van het ziekenhuis’</i>	77
6.12.2	<i>De afwijkende strategische reacties op de externe eis ‘Ranglijsten’</i>	77
7	Conclusie	80
7.1	Lessen uit het verleden	80
7.2	De externe eisen aan borstkankerzorg	81
7.3	Waardeoriëntaties	81
7.4	Thema: ‘Licenses to operate’ van verschillende externe actoren	81
7.5	Thema: De strijd om het imago van het ziekenhuis	82
7.6	Thema: Betere zorg tegen lagere kosten	82
7.7	De rol van huisartsen	82
7.8	De rol van leiders van ziekenhuizen	83
8	Discussie	85
8.1	Sterke en minder sterke punten van dit onderzoek	85
8.2	De waarde van dit onderzoek	85
8.3	De waarde van de conclusies	86
8.4	Vervolgonderzoek	86
9	Bronnenlijst	88
	Bijlagen	92
	Bijlage 1. Vragenlijst	
	Bijlage 2. Bronvermelding deskresearch	
	Bijlage 3. CZ lijst ‘Overzicht Kwaliteitscategorieën Borstkankerzorg’	
	Bijlage 4. Codeboom	
	Bijlage 5. Respondenten	

2

Inleiding

2.1 Aanleiding

Er zijn veel verschillende organisaties die eisen stellen aan de borstkankerzorg in ziekenhuizen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en de Borstkankervereniging Nederland, bijvoorbeeld, willen met hun externe eisen invloed uitoefenen op de borstkankerzorg in het ziekenhuis. Deze organisaties willen bijvoorbeeld dat ziekenhuizen de borstkankerzorg goedkoper aanbieden. Ook willen ze dat ziekenhuizen de borstkanker patiënten sneller helpen en behandelen. Verder willen een aantal organisaties bijvoorbeeld dat de borstkankerzorg in Nederland zich gaat concentreren in een kleiner aantal ziekenhuizen. Wanneer een bestuurder van een ziekenhuis ervoor zorgt dat het ziekenhuis voldoet aan de eisen, dan zijn deze organisaties bereid een soort '*license to operate*' af te geven.

De vraag die zich aandient is hoe ziekenhuizen omgaan met al die eisen van organisaties. 'Hebben ziekenhuizen een '*license to operate*' nodig van een andere organisatie?'. De antwoorden op deze vragen doen er toe. De wijze waarop leiders van ziekenhuizen met externe eisen omgaan, is van invloed op het organiseren en aanbieden van borstkankerzorg aan patiënten. Als een leider er bijvoorbeeld voor kiest om niet te voldoen aan het concentreren van de borstkankerzorg in een ander ziekenhuis, dan kan dit verschillende gevolgen hebben. Een gevolg zou kunnen zijn dat de zorg duurder blijft. Een ander gevolg zou kunnen zijn dat patiënten sneller toegang hebben tot de borstkankerzorg.

Zorgverzekeraar CZ is bijvoorbeeld zo'n organisatie die eisen stelt aan de borstkankerzorg. In oktober 2010 publiceerde CZ een lijst 'Overzicht kwaliteitscategorieën borstkankerzorg' (Zie bijlage 3). Op deze lijst staan ziekenhuizen ingedeeld in een aantal verschillende kwaliteitscategorieën, zoals bijvoorbeeld 'kan beter' en 'niet-gecontracteerd'. Door middel van de lijst wilde CZ eisen stellen aan de kwaliteit van de zorg, zo lijkt het. De lijst riep veel discussie op en heftige reacties van een aantal leiders van ziekenhuizen. Zo gaf mevrouw Erbudak van het Slotervaart ziekenhuis haar reactie in een televisie uitzending van Pauw en Witteman (Pauw & Witteman, uitzending 5 oktober 2010). Het Slotervaart ziekenhuis, zo gaf mevrouw Erbudak aan, wilde niets meer met de zorgverzekeraar te maken hebben. Voor het jaar 2011 heeft het Slotervaart ziekenhuis geen enkel contract afgesloten met CZ. Verder zijn het Slotervaart en het Bethesda ziekenhuis ieder een rechtszaak begonnen tegen de zorgverzekeraar. Naast deze reacties waren er andere ziekenhuizen die geen reactie gaven. Weer andere ziekenhuizen plaatsten bijvoorbeeld een bericht op hun eigen website waarin ze reageerden op de lijst van CZ. Naast de externe eis van zorgverzekeraar CZ zijn er vele andere organisaties die eisen stellen aan de borstkankerzorg.

Dit onderzoek startte met de nieuwsgierigheid naar de vraag welke eisen organisaties stellen aan de borstkankerzorg en op welke wijze leiders van

ziekenhuizen omgaan met de vele, verschillende externe eisen. De antwoorden op deze vragen geven een beeld van de mate waarin externe eisen het beleid van het ziekenhuis bepalen op het gebied van borstkankercare. Ook geven de antwoorden een beeld van de rol van leiders van ziekenhuizen en de ruimte die ze al dan niet hebben om het beleid voor de borstkankercare te bepalen.

Samen vormen de organisaties die eisen stellen aan de borstkankercare de veelzijdige en veeleisende omgeving van het ziekenhuis. Leiders van ziekenhuizen staan voor de uitdaging om borstkankercare te bieden aan patiënten te midden van de vele eisen van andere organisaties.

2.2 Doelstelling

Dit onderzoek beschrijft welke organisaties eisen stellen en welke eisen aan borstkankercare er zijn. Ook beschrijft dit onderzoek op welke wijze leiders van ziekenhuizen omgaan met externe eisen aan borstkankercare. Dit onderzoek besteedt aandacht aan de overwegingen van leiders van ziekenhuizen die hier in meespelen.

Op basis van de aanleiding en de doelstelling bespreekt de volgende paragraaf de onderzoeksvraag van dit onderzoek.

2.3 Onderzoeksvraag en deelvragen

Dit onderzoek kent een hoofdvraag en deelvragen. De deelvragen volgen uit de hoofdvraag en zijn onderverdeeld in theoretische en empirische deelvragen.

2.3.1 De hoofdvraag van dit onderzoek

De volgende hoofdvraag volgt uit de aanleiding en doelstelling van dit onderzoek:

‘Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankercare?’

Dit onderzoek richt zich op de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankercare. En dit onderzoek beschrijft waarom leiders op deze wijze reageren.

2.3.2 Deelvragen van dit onderzoek

Hieronder volgende theoretische en empirische deel vragen van dit onderzoek. Het theoretisch kader (Hoofdstuk 4) beantwoordt de theoretische deelvragen. Het resultaten hoofdstuk beantwoordt de empirische deelvragen. De theoretische deelvragen zijn:

Theoretische deelvraag	Antwoord
Welke externe eisen zijn er?	Literatuuronderzoek
Welke actoren stellen eisen?	Literatuuronderzoek
Wat zijn strategische reacties van leiders?	Literatuuronderzoek

De empirische deelvragen zijn:

Empirische deelvraag	Antwoord
Welke externe eisen vragen om strategische keuzes van leiders?	Deskresearch Interviews
Welke actoren stellen de relevante externe eisen?	Deskresearch Interviews
Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op de externe eisen?	Deskresearch Interviews
Waarom hebben leiders van ziekenhuizen deze strategische reacties?	Deskresearch Interviews

Hiermee zijn de onderzoeksvragen beschreven. Hierna beschrijft deze inleiding de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van dit onderzoek.

2.4 Relevantie van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie. De paragraaf 'wetenschappelijke relevantie' bespreekt bij welke auteurs en onderzoeken het voorliggende onderzoek aansluit en op welke open vragen het een antwoord biedt.

De paragraaf 'maatschappelijke relevantie' bespreekt het nut van dit onderzoek voor de samenleving in het algemeen en de zorgsector in het bijzonder.

2.4.1 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek draagt bij aan wetenschappelijke kennis van externe eisen aan borstkankercare en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen.

Ziekenhuizen zijn hybride organisaties met een meervoudige omgeving. Verschillende wetenschappers schrijven over hybride (zorg) organisaties en meervoudige omgevingen (Brandsen, Van de Donk & Kenis, 2006; Putters, 2001; Van Hout, 2007). Verschillende organisaties uit de meervoudige omgeving van de hybride ziekenhuisorganisatie, stellen eisen aan de borstkankercare. Dit onderzoek beschrijft de externe eisen en biedt zo wetenschappelijke kennis over de externe eisen aan borstkankercare in het ziekenhuis.

Leiders van ziekenhuizen hebben strategische reacties op externe eisen aan de borstkankercare in het ziekenhuis. Er is wetenschappelijke literatuur en onderzoek rondom de strategische reacties van leiders (Oliver, 1991; Powell, 1991; Scott, 1991; Goodstein, 1994; Clemens & Douglas, 2004). Dit onderzoek draagt bij aan specifieke kennis over strategische reacties van leiders van ziekenhuizen en de overwegingen die leiden tot de strategische reacties.

De heer Boendermaker toonde zijn interesse in de resultaten van dit onderzoek. Hij gaf aan dat de resultaten bruikbaar zullen zijn voor zijn promotieonderzoek naar strategie en innovatie bij een GGZ instelling. Dit onderzoek is volledig onafhankelijk uitgevoerd in het kader van de studie Bestuurs- en Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht.

2.4.2 Maatschappelijke relevantie

Ziekenhuizen hebben te maken met vele externe eisen van veel verschillende organisaties. Dit onderzoek draagt bij aan kennis en inzicht in de rol van organisaties uit de omgeving van het ziekenhuis en de externe eisen die zij stellen. De wijze waarop leiders van ziekenhuizen omgaan met de externe eisen, is bepalend voor de

betekenis en de rol van deze eisen bij het organiseren van zorg in ziekenhuizen in Nederland.

Toen CZ bijvoorbeeld de lijst voor borstkankerzorg publiceerde, riep dit verschillende, soms heftige reacties op bij leiders van ziekenhuizen. Dit onderzoek draagt bij aan het begrip van een dergelijke externe eis, de reacties en de betekenis daarvan voor de borstkankerzorg in het ziekenhuis.

De respondenten van dit onderzoek, een heel aantal adviseurs van adviesbureau Berenschot en een manager 'business ontwikkeling en implementatie' van een ziekenhuis lieten hun interesse blijken in de resultaten van dit onderzoek. Zij krijgen allen dit onderzoek toegestuurd. Door het onderzoek op deze wijze te verspreiden, kan het mogelijk bijdragen aan beslissingen van leiders van ziekenhuizen en adviezen van Berenschot.

2.5 Leeswijzer

Dit hoofdstuk beschreef het 'wat' en het 'waarom' van dit onderzoek. Het volgende hoofdstuk beschrijft context informatie over ziekenhuizen, borstkankerzorg en leiders van ziekenhuizen. Nuttige achtergrond informatie voor de rest van het onderzoek (H3).

Daarna beschrijft dit onderzoek het theoretische kader (H4). Het hoofdstuk beschrijft op basis van wetenschappelijke literatuur onder andere wat externe eisen en strategische reacties zijn. Dit legt het hoofdstuk onder andere uit met behulp van de begrippen 'hybride organisatie', 'meervoudige omgeving'. Aan het einde beschrijft het hoofdstuk vijf strategische reacties op basis van twee perspectieven op de omgeving van het ziekenhuis.

Na het theoretische kader beschrijft dit onderzoek de methode van het empirisch onderzoek (H5). Het hoofdstuk beschrijft dat het onderzoek is uitgevoerd met behulp van interviews en *deskresearch*. Ook licht het onder andere de selectie van ziekenhuizen en respondenten toe.

Dan komen de resultaten van het empirisch onderzoek aan bod (H6). Uitgebreid gaat het hoofdstuk in de externe eisen aan borstkankerzorg en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen. Het hoofdstuk bevat vele citaten van respondenten die voor dit onderzoek werden geïnterviewd. Ook bevat het een aantal lezenswaardige tekstvakken, die tussen de lopende tekst staan.

Na de resultaten beschrijft dit onderzoek de conclusie. Het hoofdstuk geeft antwoord op de hoofdvraag en beschrijft bijvoorbeeld ook de rol van leiders van ziekenhuizen.

Na de conclusie is er een discussie, waarin onder andere suggesties staan voor vervolgonderzoek

Mocht u dit onderzoek op hoofdlijnen willen doornemen, dan raad de auteur u aan om de managementsamenvatting te lezen. Vervolgens kunt u eventueel de inleiding en de conclusie lezen. De kans is groot dat u daarna meer wilt weten. Leest u dan vooral het gehele onderzoek door.

Context hoofdstuk

Dit korte hoofdstuk beschrijft basiskennis over ziekenhuizen en borstkankerzorg. De basiskennis hielp bij het uitvoeren van onderzoek naar strategische reacties van leiders van ziekenhuizen en externe eisen aan de borstkankerzorg. Het kan de lezer ondersteunen bij het begrijpen van het voorliggende onderzoek.

3.1 Ziekenhuizen

Ziekenhuizen zijn er om zorg te leveren: “Ziekenhuiszorg omvat medisch-specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten. Onder medische zorg wordt diagnostiek en therapie verstaan. De zorg gegeven in ziekenhuizen valt onder cure: het primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg.” (RIVM, 2011).

Een ziekenhuis is een geneeskundig centrum: “Het bestaat uit een concentratie voorzieningen ten behoeve van onderzoek, behandeling en verpleging, van deskundig personeel en van deskundige medische staven. Het is tevens de plaats waar aanstaande artsen en verpleegkundigen worden opgeleid. Het heeft als hoofdfuncties: Diagnose, therapie, verpleging en isolering.” (Boot & Knapen, 2005, p. 120).

Ziekenhuizen hebben meerdere verschijningsvormen. Er zijn 88 algemene ziekenhuizen en 8 academische ziekenhuizen (IGZ, 2010). In de wetenschappelijke literatuur worden onderscheiden: het interventiecentrum (grotere algemene en academische ziekenhuizen); het basisziekenhuis; het profielziekenhuis; het dagziekenhuis; de buitenpolikliniek; en de verplaatste ziekenhuiszorg of transmurale zorg (Boot & Knapen, 2005, p. 122, 123). De typen ziekenhuizen die deelnamen aan dit onderzoek, vat de tabel op de volgende pagina samen.

3.2 Ontwikkelingen in de zorgsector: de invoering van een stelsel van gereguleerde marktwerking en concurrentie

Een gedeelte van de externe eisen aan borstkankerzorg komen voort uit recente ontwikkelingen in de zorgsector.

In de periode 2000 tot en met 2004 zijn er voorname veranderingen doorgevoerd in het zorgstelsel. Zo voerde de overheid in 2004 een stelsel van gereguleerde marktwerking in: “Het hoofddoel van het nieuwe zorgstelsel was het creëren van een beter presterende gezondheidszorg door de efficiency te stimuleren en de keuzevrijheid van patiënten te verbeteren zonder de publieke waarden betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit te doen verminderen. Om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, stelde het kabinet een systeem van gereguleerde marktwerking voor.” (Laeven, 2008, p. 32).

Door middel van de marktwerking wil de overheid het doelmatig handelen van de verschillende actoren in de gezondheidszorg bevorderen. Namelijk, bij de

Type ziekenhuis	Kenmerken
Interventiecentrum	<ul style="list-style-type: none"> • Grotere algemene ziekenhuizen • Faciliteiten voor acute interventie • Alle poortspecialismen en onmisbare ondersteunende specialismen zijn aanwezig • Super- en subspecialistische zorg • Opleidingsbevoegdheid voor een groot aantal medische specialismen • 24-uurs spoedeisende zorg • IC/ CCU-faciliteiten aanwezig • Poliklinische zorg, klinische zorg en dagbehandeling
Basisziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Toegelegd op veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg • Spoedeisende en dagelijkse tweedelijnszorg in volle omvang • De minimumvariant ten opzichte van het interventiecentrum, die de maximumvariant vormt
Dagziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Legt zich toe op algemene, niet te complexe medisch specialistische zorg • Voorziet in poliklinische zorg • Dagbehandeling/- verpleging • Een basispakket aan faciliteiten voor diagnostiek, therapie en bewaking (verkoever)

*Tabel: type ziekenhuizen die deelnamen aan dit onderzoek
Bron: Boot & Knapen, 2005, p. 122, 123*

zorgaanbieders, de verzekeraars en de gebruikers (Boot & Knapen, 2005, p. 193). “In zijn algemeenheid moet van overheidszijde gewaakt worden over de principes van solidariteit en rechtvaardigheid in de gezondheidszorg. Iets specifieker moet zij ook waken over de toegankelijkheid en het kwaliteitsniveau van de zorg. Wanneer strikt economische rendementsmotieven in de gezondheidszorg gaan overheersen, zal ongetwijfeld aan deze uitgangspunten en aspecten geweld worden aangedaan. Om die reden, te weten de onvermijdelijke rol van de overheid op de markt van de gezondheidszorg, spreekt men van gereguleerde concurrentie. In die regulering moeten de overheid de voorwaarden scheppen voor de werking van een gezondheidszorgsysteem volgens de principes van doelmatigheid en efficiency. Dat systeem moet wel zorg bieden aan allen die daarop beroep moeten doen in de omvang en de kwaliteit waaraan zij behoefte hebben.” (Boot & Knapen, 2005, p. 196).

Dit betekent het volgende: “(...) vindt de overheid het wenselijk dat binnen bepaalde deelmarkten van de electieve ziekenhuiszorg een zekere mate van overheidsregulering blijft. De overheid bekijkt per deelmarkt of de introductie van een vorm van marktprikkels mogelijk is, zoals benchmarking, aanbesteden van diensten of vrije prijsvorming en directe concurrentie tussen aanbieders op de markt. (...) Deelmarkten die het ministerie van VWS geschikt acht voor liberalisering, kenmerken zich door producten die in relatief hoge volumes voorkomen, in het merendeel van de zorginstellingen voorkomen, relatief eenvoudig zijn en die vrijwel geen medisch complicaties kennen.” (Laeven, 2008, p. 33, 34).

Wat betreft de borstkankerzorg is er sprake van benchmarking, vrije prijsvorming en directe concurrentie tussen aanbieders op de markt (Dit blijkt uit de interviews met respondenten. Zie het Resultaten hoofdstuk).

3.3 Borstkankerzorg

Deze paragraaf gaat kort in op de aandoening borstkanker en beschrijft aantal veelgebruikte begrippen. Borstkanker is een kwaadaardig gezwel dat in de borst ontstaat. “Borstkanker is een van de meest voorkomende soorten kanker bij vrouwen. In Nederland wordt bij 13.000 (1 : 9) vrouwen per jaar borstkanker vastgesteld. De ziekte komt ook bij mannen voor, hoewel die slechts 1 van de 150-200 borstkankergevallen voor hun rekening nemen. Dit komt neer op zestig tot tachtig mannen per jaar die borstkanker krijgen. Met het ouder worden neemt het risico op borstkanker toe; elke tien jaar verdubbelt dat risico. Vooral vrouwen ouder dan vijftig krijgen deze ziekte. Onder de dertig jaar komt borstkanker zelden voor (1 : 2500 vrouwen). Het aantal gevallen in Nederland wordt jaarlijks 1 procent hoger. Ondanks deze stijging is het aantal sterfgevallen de afgelopen jaren iets afgenomen; ongeveer een derde van de vrouwen met borstkanker overlijdt aan de ziekte. Deze afname is vermoedelijk te danken aan de verbeterde behandeling en het toegenomen gebruik van mammografie voor screening. Tumoren kunnen in een vroeg stadium worden opgespoord en behandeld. Door screening kan het aantal sterfgevallen door borstkanker bij vrouwen ouder dan vijftig mogelijk verder dalen; dit is nu drie op de tien.” (Website Kiesbeter.nl, 2011)

Wanneer de huisarts constateert dat er mogelijk sprake is van borstkanker, dan zal deze de persoon in kwestie doorverwijzen naar het ziekenhuis. “Veel ziekenhuizen hebben een speciale polikliniek voor borstkanker: een mammapoli.” (Website Borstkankervereniging Nederland, 2011). ‘Mamma’ is het Latijnse woord voor borst. Een mammapoli is een speciale polikliniek voor borstkanker. Op de mammapoli vindt er aanvullend onderzoek plaats. In de regel worden er verschillende onderzoeken gedaan om uit te sluiten dat er sprake is van borstkanker: palpatie (manueel onderzoek); mammografie; echografie en een punctie of biopsie (Website Borstkankervereniging, 2011). “Het team op de mammapoli bestaat uit:

- Een ‘mammacare verpleegkundige’
- Een oncologisch chirurg: een chirurg die gespecialiseerd is in kanker;
- Een medisch oncoloog: een internist die gespecialiseerd is in kanker;
- Een radioloog: deze beoordeelt alle röntgenfoto’s en scans;
- Een patholoog-anatoom: hij onderzoekt het weefsel;
- Een radiotherapeut: een arts die gespecialiseerd is in bestralen, ook wel radiotherapeut;
- Een plastisch chirurg: een chirurg die gespecialiseerd is in de reconstructie van de borst.

Mogelijk zitten ook de volgende specialisten in het team:

- Psychosociale deskundigen (psycholoog, maatschappelijk werker),
- Radio nucleair geneeskundige,
- MBB-er die is gespecialiseerd in mammaonderzoek,
- Klinisch geneticus,
- Fysiotherapeut
- Radiodiagnostische laboranten.

Nadat alle onderzoeken zijn gedaan bespreekt het behandelteam de uitslagen van de onderzoeken en stelt gezamenlijk een behandelplan op en bespreekt of aanvullend onderzoek nodig is.” (Website Borstkankervereniging, 2011). In het hoofdstuk ‘Resultaten’ beschrijft dit onderzoek wat de kenmerken zijn van een mammacare. De mammacare verpleegkundige komt daar ook aan bod.

Moet er een operatie plaats vinden, dan zijn er diverse soorten operaties mogelijk. “Als de tumor klein genoeg is om een borstsparende operatie te doen, zal een lumpectomie worden verricht, waarbij de tumor en minimaal 1cm gezond omringend borstklierweefsel worden weggehaald. In sommige situaties haalt men de hele aangetaste borst weg; dit heet een mastectomie. Sommige vrouwen kiezen hiervoor omdat ze zeker willen weten dat de hele tumor weg is. Medisch onderzoek heeft aangetoond dat dit bij de meeste enkelvoudige, kleinere tumoren niet nodig is, omdat een borstamputatie dan geen betere genezingskansen geeft. Bij de operatie worden soms ook lymfklieren uit de oksel aan de kant van de aangetaste borst weggehaald.” (Website Kiesbeter.nl, 2011).

Naast de operatie krijgen mensen vaak een combinatie van één of meerdere van de volgende behandelingen: bestraling (radiotherapie); chemotherapie (behandeling met cel dodende of celdeling remmende medicijnen); hormonale therapie en /of immunotherapie (Website Borstkankervereniging, 2011).

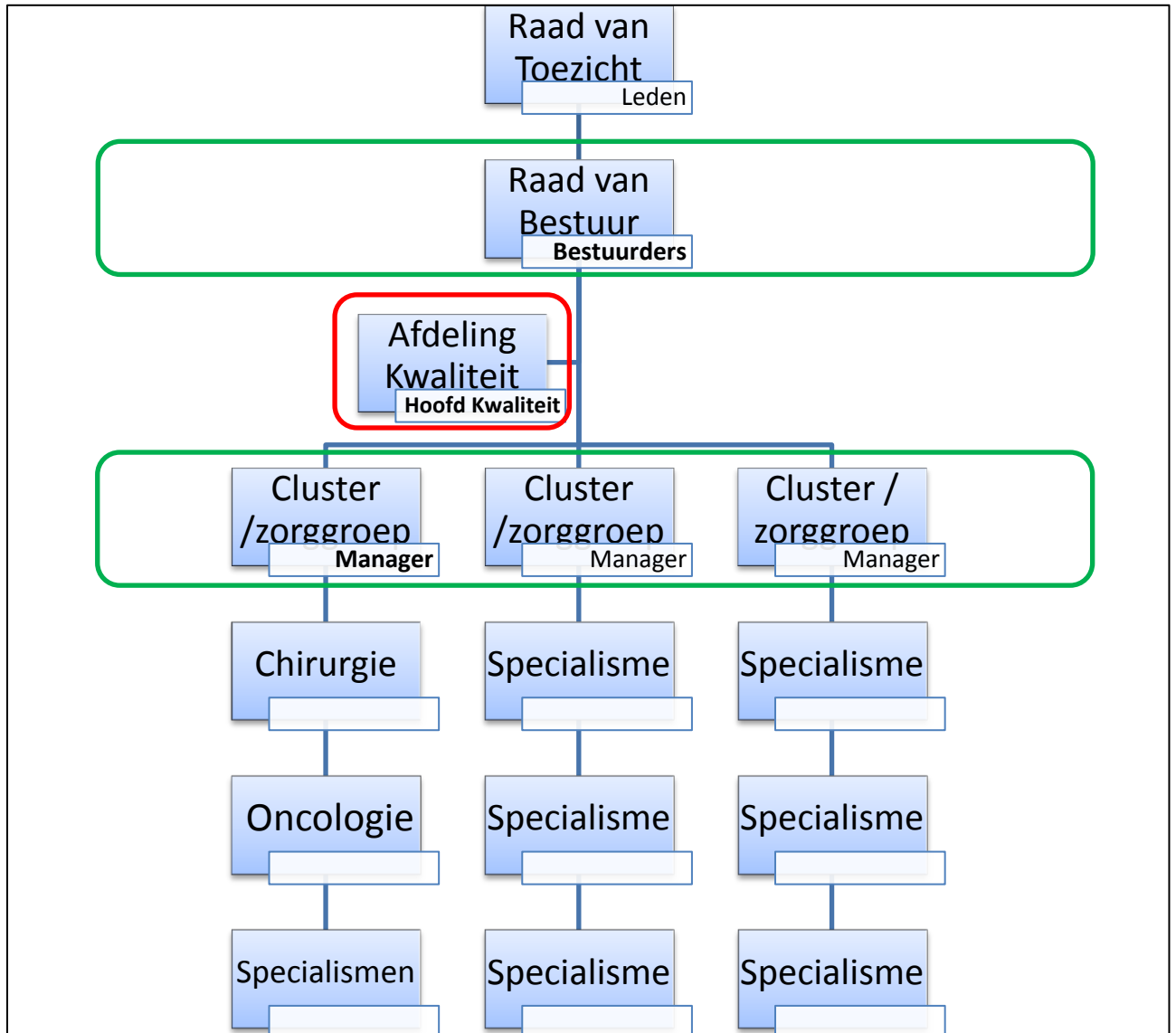
Na de behandelingen blijven patiënten nog geruime tijd onder controle door middel van ‘follow up’s’ bij artsen in het ziekenhuis.

3.4 Leiders van ziekenhuizen

Dit onderzoek richt zich op leiders van ziekenhuizen. Het theoretisch kader en het methode hoofdstuk lichten toe wat dit onderzoek verstaat onder leiders van ziekenhuizen. Deze paragraaf licht toe wie de leiders van ziekenhuizen zijn en welke positie zij bekleden in het ziekenhuis.

Bestuurders en het hoger management van ziekenhuizen zijn de leiders van het ziekenhuis. Deze leden van de ziekenhuisorganisatie bepalen (mede) het beleid van het ziekenhuis op het gebied van borstkankercare. De bestuurders en het hoger management dragen eindverantwoordelijkheid voor het beleid en de organisatie daarvan. Het organogram duidt de leiders aan met een groene balk. Voor dit onderzoek interviewde de onderzoekers tevens hoofden van de afdeling Kwaliteit. Het Methode hoofdstuk licht de keuze voor deze respondenten toe. Het organogram duidt de hoofden Kwaliteit aan met een rode balk.

De figuur hieronder is een weergave van een organisatiestructuur in een organogram. De organisatiestructuur is vergelijkbaar met de organisatiestructuren van de ziekenhuizen uit dit onderzoek en brengt de positie van de bestuurders en managers in beeld. De borstkankercare valt bij ziekenhuizen onder verschillende afdelingen. Bij sommige ziekenhuizen valt het onder de ‘chirurgie’, bij andere ziekenhuizen valt het onder ‘oncologie’.



Figuur: Algemeen organogram van de ziekenhuizen uit dit onderzoek

4

Theoretisch kader

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk vormt het theoretisch kader van dit onderzoek. Het theoretisch kader van het onderzoek richt zich op het beantwoorden van de theoretische deelvragen. Het beantwoorden van de theoretische deelvragen, draagt bij aan het beantwoorden van de hoofdvraag. De hoofdvraag van dit onderzoek is:

- *Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg?*

Om de door middel van het theoretische onderzoek antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, stelt dit onderzoek de volgende theoretische deelvragen:

- *Welke externe eisen zijn er?* (§4.2)
- *Welke actoren stellen eisen?* (§4.3)
- *Wat zijn strategische reacties van leiders?* (§4.4)

Dit hoofdstuk beantwoordt de theoretische deelvragen achtereenvolgend in de komende drie paragrafen. De eerstvolgende paragraaf beschrijft het antwoord op de vraag 'Welke externe eisen zijn er?'.

4.2 Beantwoording van de deelvraag: 'Welke externe eisen zijn er?'

Om antwoord te kunnen geven op de vraag welke eisen externe actoren stellen aan ziekenhuizen, is het nodig om meer te weten te komen over de omgeving van ziekenhuizen. De omgeving waar ziekenhuizen mee te maken hebben is meervoudig. Naast de kennis van de omgeving is het van belang om kennis te hebben van het ziekenhuis als organisatie. Ziekenhuizen zijn te typeren als hybride organisaties.

Om te kunnen begrijpen welke eisen andere actoren stellen aan het ziekenhuis, beschrijft dit hoofdstuk de meervoudige context en de hybriditeit van de ziekenhuisorganisatie. De volgende paragraaf beschrijft het ziekenhuis als hybride organisatie.

4.2.1 Ziekenhuizen als hybride organisaties

Ziekenhuizen zijn hybride organisaties. Dit betekent dat een ziekenhuis niet zuiver tot het publieke of private domein behoort. Verschillende doelstellingen en waarden spelen een rol. Enerzijds komen de doelstellingen en waarden voort uit het publieke domein en anderzijds uit het private domein.

Op systeemniveau betekent het onderscheid tussen publiek en privaat dat een ziekenhuis een organisatie is tussen de staat en de markt. (Putters, 2001, p. 62; Van Hout, 2007, p. 49; Laeven, 2008, p. 45, 46) Op organisatieniveau is een ziekenhuis

een organisatie tussen een ideaaltypische 'marktorganisatie' en een ideaaltypische 'taakorganisatie' (Laeven, 2008, p. 46, 47; Putters, 2001, p. 63, 64). Het volgende citaat licht beide ideaaltypische organisatievormen toe: "Volgens Simon (1989) kenmerkt een taakorganisatie zich door het feit dat zij een functie vervult in opdracht van een hiërarchisch hoger orgaan (beleidsorgaan), waardoor zij ook betaald en beoordeeld wordt. Het beleidsorgaan beslist over de continuïteit van de organisatie in plaats van de leiding van de taakorganisatie. De output van de taakorganisatie is het doel van het beleidsorgaan.(...) Tegenover de taakorganisatie staat de marktorganisatie. Simon (1989) geeft aan dat deze afnemers heeft die in principe indifferent staan tegenover de continuïteit van de organisatie. De afnemers betalen per transactie voor een geleverd goed of een geleverde dienst. Het doel van marktorganisaties is continuïteit, het middel om het doel te bereiken is de output." (Laeven, 2008, p. 46,47; en ook: Putters, 2001, p. 63, 64).

Het onderscheid tussen het publieke en private domein heeft concrete betekenis voor ziekenhuisorganisaties. Ziekenhuizen behoren zowel tot het domein van de staat als tot het domein van de markt. Het zijn hybride organisaties. Dat betekent dat het ziekenhuis ten dele een markt- en ten dele een taakorganisatie is. De volgende beschrijving brengt de hybriditeit in beeld: "Er is sprake van private uitvoering van zorg door zorgaanbieders en professionals; de zorg wordt gefinancierd met publieke middelen die door zorgverzekeraars beheerd worden, welke zorg inkopen bij private zorgaanbieders; (...) [en] de overheid draagt veel verantwoordelijkheid voor onder meer de gelijke toegang tot zorg, de kwaliteit van zorg en de kostenbeheersing, maar heeft relatief weinig macht om deze verantwoordelijkheden zelf waar te maken." (Putters, 2001, p. 108). Ziekenhuizen behoorden aanvankelijk puur tot het publieke domein. Het hybride karakter van ziekenhuizen is onder andere ontstaan vanuit tendensen als privatisering en marktwerking in het openbaar bestuur (Zie §3.2).

Ziekenhuisorganisaties hebben zowel private als publieke kenmerken. Dit heeft onder andere tot gevolg dat publieke basiswaarden als gelijkheid en legitimiteit kunnen conflicteren met private basiswaarden als winstoriëntatie en efficiëntie (Van Hout, 2007, p. 49)

4.2.2 Een hybride organisatie: de domeinen staat, markt, gemeenschap en de medische professie

Het hybride organisatietype van ziekenhuizen is slechts ten dele te verklaren vanuit de dichotomie van markt en staat. Ziekenhuizen hebben een positie in het maatschappelijk middenveld. Dit maatschappelijk middenveld bevindt zich tussen staat, markt en gemeenschap (Van Hout, 2007, p. 51; Putters, 2001, p. 67). Een citaat over het maatschappelijk middenveld: "Het maatschappelijk middenveld, internationaal aangeduid als de *third sector*, omvat een grote hoeveelheid verschillende soorten en typen maatschappelijke organisaties die activiteiten verrichten die door de markt, de overheid of door de gemeenschap niet, niet goed of niet vaak genoeg worden opgepakt." (Van Hout, 2007, p. 51).

Organisaties in het maatschappelijk middenveld worden gestuurd aan de hand van sturingsprincipes vanuit de drie verschillende domeinen staat, markt en gemeenschap. Dit betekent bijvoorbeeld dat de politiek, de democratie, marktprincipes, maatschappelijke en charitatieve overwegingen de organisatie sturen: "Hybriditeit gaat over de gespletenheid van een organisatie. De organisatie heeft zowel publieke als private doelen, middelen en belangen, en heeft daardoor te maken met verschillende waardeoriëntaties en aansturingsmechanismen, die

refereren aan zowel de overheid als de markt, als de gemeenschap en bijvoorbeeld de medische professie. Voor effectief en legitiem functioneren is de hybride organisatie afhankelijk van elk van de domeinen.” (Putters, 2001, p 71). In het voorgaande citaat spreekt de auteur over de medische professie als een vierde domein. Een ziekenhuisorganisatie functioneert in het medisch-professionele domein. Medische-specialisten bieden zorg aan patiënten. Sturingsprincipes van het medisch-professionele domein sturen de professionals en het gehele ziekenhuis.

De hybriditeit van organisaties in het maatschappelijk middenveld is niet alleen herkenbaar in de sturingsprincipes. De hybriditeit van de organisaties is ook herkenbaar in het gebruik van middelen, in de functievervulling en in de roluitoefening door ziekenhuizen: “De [ziekenhuis]organisatie vertegenwoordigt het organisatiebelang richting koepels en overheid, maar moet tevens commitment tonen aan de collectief gemaakte afspraken over de uitvoering van zorg over bijvoorbeeld de productie. Het betreft particuliere [ziekenhuis]organisaties die niet op ‘shareholder value’ gericht zijn, maar zich mede richten op het realiseren van maatschappelijke doelstellingen van zorg en gezondheidszorg. Ze doen dit met behulp van principes uit het bedrijfsleven, zoals de marktgerichtheid, risico lopen en nemen, innovatie, bedrijfsmatigheid, maar ook via zelfregulering, zoals de gedragscodes van medici en managers, en via overheidssturing door bijvoorbeeld wetgeving. Ze maken dan ook gebruik van zowel collectieve als private middelen. Het betreft premiegelden, belastinggelden en soms ook gelden uit de commercie en sponsoring. Dit betekent dat de hybride ziekenhuisorganisatie zowel een functie als rol vervult richting de overheid, alsmede richting de maatschappij, de markt, en de professionele beroepsgroep. Voor de overheid speelt ze de rol van belangenbehartiger, pressiegroep en uitvoerder van beleid. Voor de maatschappij behartigt ze het belang van de toegankelijkheid en kwaliteit en betaalbaarheid van zorgvoorzieningen. Voor de markt is ze een marktpartij die onderhandelt over prijzen, de kwaliteit en de productie van zorg (met name richting verzekeraars).” (Putters, 2001, p. 110, 111). Uit het voorgaande citaat blijkt de complexiteit van het ziekenhuis als hybride organisatie.

4.2.3 Het ziekenhuis: een hybride organisatie met een meervoudige omgeving

Dat het ziekenhuis een hybride organisatie is helpt bij het begrijpen van de externe eisen die actoren uit de omgeving stellen aan het ziekenhuis. Het hybride organisatietype en de omgeving van de ziekenhuisorganisatie houden verband met elkaar (Laeven, 2008, p. 45).

Niet alleen sturen publieke (domein: staat) en maatschappelijke (domein: gemeenschap) sturingsprincipes het ziekenhuis, het ziekenhuis bevindt zich ook in een institutionele omgeving. In de institutionele omgeving zijn bijvoorbeeld de overheid en burgers belangrijke actoren. Niet alleen sturen marktprincipes het ziekenhuis, het ziekenhuis bevindt zich ook in een marktomgeving. In de marktomgeving zijn bijvoorbeeld zorgverzekeraars belangrijke actoren. Niet alleen sturen medisch-professionele principes het ziekenhuis, het ziekenhuis bevindt zich ook in een medisch-professionele omgeving.

De ziekenhuisorganisatie is hybride en bevindt zich in een meervoudige omgeving. Ziekenhuizen bevinden zich tegelijkertijd in een institutionele omgeving, een marktomgeving en een medisch-professionele omgeving. De kenmerken van de meervoudige omgeving worden in de volgende paragrafen uitgewerkt, te beginnen bij de institutionele omgeving.

4.2.4 De institutionele omgeving

Ziekenhuizen zijn instituties die zich bevinden in een institutionele omgeving (Laeven, 2008, p. 46; Putters, 2001, p. 81, 82).

De institutionele omgeving bestaat uit overheidsdruk, maatschappelijke druk en culturele druk op organisatiegedrag. Instituties binnen de institutionele omgeving van het ziekenhuis zijn onder andere de regering, het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen ketenpartners (zoals huisartsen), burgers, belangengroepen en de publieke opinie (Putters, 2001, p. 81; Oliver, 1991, p147).

De institutionele omgeving is een product van historisch gegroeide en geïstitutionaliseerde patronen van denken en doen (Putters, 2001, p. 81). De geschiedenis, regels en opvattingen waar de institutionele omgeving uit bestaat, hebben invloed op het aanpassen van een organisatie aan haar omgeving. De instituties bestaan uit bureaucratische structuren, cultuur, formele regels, procedures, normen, symbolen, en cognitieve en normatieve patronen (handelswijzen). Deze instituties hebben invloed op het keuzegedrag van individuen en de ziekenhuisorganisaties (Laeven, 2008, p. 50).

4.2.5 De marktomgeving

Ziekenhuizen bevinden zich in een marktomgeving. De marktomgeving voor ziekenhuizen is bijvoorbeeld de zorgmarkt, waar zorgverzekeraars zorg inkopen (RIVM, 2008). Dit is niet altijd zo geweest. In de periode 2000 tot en met 2004 zijn er voorname veranderingen doorgevoerd in het zorgstelsel: “Ziekenhuizen zijn in het nieuwe stelsel opgeschoven richting de markt. Gegeven de grondwettelijke verantwoordelijkheid van de overheid voor gezondheidszorg, blijft overheidsbemoeienis nodig. Maar deze komt meer op afstand te staan en elementen van marktwerking komen ervoor in de plaats. Dit betekent dat ziekenhuizen binnen het regulerende institutionele kader waarin ze zitten het marketingconcept moeten gaan toepassen. We noemen dit gereguleerde marktwerking. (...) Ziekenhuizen hadden altijd al met een groot aantal extern beïnvloedende actoren te maken, met de stelselwijziging worden dit er meer en veranderen de intensiteit en de aard van de beïnvloeding.” (Laeven, 2008, p. 41, 42) (Zie ook §3.2).

Organisaties binnen een marktomgeving kennen een andere oriëntatie dan organisaties binnen een institutionele omgeving: “In markten is het dominante principe dat van winst maken. Zij zijn te vinden in de private sector. Markten zijn gericht op klanten en hun tevredenheid. Ze zijn vraaggericht. Als klanten geen of minder producten meer afnemen dan verandert de producent de producten. Legitimiteit wordt dus verkregen door de afzet van producten: het resultaat telt.” (Geuijen, 2011, p. 2)

Actoren uit de marktomgeving die eisen stellen aan ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld patiënten, zorgverzekeraars, banken en investeerders, en concurrenten. (Laeven, 2008, p. 69).

4.2.6 De medisch-professionele omgeving

Ziekenhuizen bevinden zich in de omgeving van de medisch-professionele beroepsgroep. Deze omgeving reguleert de professionele handelingen van medisch-specialisten. Daarnaast heeft de medisch-professionele omgeving invloed op de organisatie van de zorg in het ziekenhuis: “De medische beroepsgroep is in hoge mate zelf gereguleerd, hetgeen wil zeggen dat ze eigen besluitvormingsstructuren, gedragscodes en financieringsstructuren kent. De autonomie is groot, zowel

organisationeel als professioneel. Professioneel betekent dat het medisch specialistische werk niet (goed) beïnvloed kan worden door het management. (...) Ook de positie van de beroepsgroep en de aard van hun werk leggen beperkingen aan zowel de markt als de overheid als het ziekenhuismanagement op. Het kenmerkende uit de professie is het sturende karakter van vertrouwen.” (Putters, 2001, p 131).

Leiders van ziekenhuizen hebben de borstkankerzorg te organiseren binnen de mogelijkheden en beperkingen van de medisch-professionele omgeving. Externe actoren uit de medisch-professionele omgeving zijn bijvoorbeeld het Integrale Kankercentrum Nederland (IKNL), het Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (Nabon), de Nederlandse vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse vereniging voor Oncologie (NVvO) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde).

4.2.7 Externe eisen vanuit de vier verschillende domeinen

Het ziekenhuis is een hybride organisatie met een meervoudige omgeving. Sturingsprincipes van de vier domeinen staat, markt, gemeenschap en de medische professie sturen het ziekenhuis. De vier domeinen kenmerken zich ieder door een aantal centrale waarden. De onderstaande tabel noemt de waardeoriëntaties per domein.

Domein	Waardeoriëntaties
Markt	Efficiëntie, kostenminimalisatie, effectiviteit, competitie en winstgerichtheid
Staat	Controleerbaarheid, betaalbaarheid, solidariteit
Gemeenschap	Toegankelijkheid, rechtvaardigheid, gelijkheid
Medische professie	Professionele autonomie, medische urgentie, vrije artsenkeuze, patiënten-zelfbeschikking

Waardeoriëntaties vanuit markt, staat en gemeenschap.

Gebaseerd op: Van Hout, 2007, p. 172 – 175.

Bovenstaande waarden bepalen gezamenlijk het handelen van het ziekenhuis en de leden van de organisatie, zoals het management, het bestuur en de medische-professionals (Van Hout, 2007, p. 172). Niet alleen bepalen ze het handelen van leiders van ziekenhuizen, de waardeoriëntaties zijn ook de basis voor externe eisen aan ziekenhuizen. Actoren uit de institutionele omgeving, de marktomgeving en de medisch-professionele omgeving stellen eisen aan het ziekenhuis. Zij stellen vanuit hun eigen domein(en) en waardeoriëntaties eisen aan de borstkankerzorg in het ziekenhuis.

De waarden lijken op zichzelf volstrekt logisch, maar in de praktijk kunnen de waarden moeilijk met elkaar te combineren zijn, conflicteren of tegenstrijdig zijn aan elkaar. De verschillende waarden leiden tot tegenstrijdige belangen en externe eisen (Van Hout, 2007, p. 171).

4.2.8 Tegenstrijdige externe eisen

Actoren uit de meervoudige omgeving stellen vanuit meervoudige waardeoriëntaties eisen aan de zorgverlening en de organisatie van de borstkankerzorg in het ziekenhuis.

Een ziekenhuis moet de zorg bijvoorbeeld efficiënt organiseren en streven naar kostenminimalisatie. Volgens de principes van de markt zullen ziekenhuizen daartoe uitgedaagd worden wanneer er sprake is van onderlinge competitie (concurrentie). Op basis van de principes van de markt zien ziekenhuizen eventueel mogelijkheden om winstgericht zorg aan te bieden.

Vanuit het domein van de staat zijn de eisen dat ziekenhuizen de zorg controleerbaar, betaalbaar en solidair organiseren en aanbieden. Het ministerie van VWS zegt bijvoorbeeld: “iedereen die zorg nodig heeft, moet die ook krijgen.” (VWS, 2011). Dit standpunt kan in de praktijk tot spanningen leiden. Het komt bij ziekenhuizen voor dat operaties van bepaalde complicaties niet kostendekkend uitgevoerd kunnen worden. Vanuit het marktprincipe zou het ziekenhuis dan besluiten om deze operaties niet meer uit te voeren, maar vanuit het solidariteitsbeginsel zou het ziekenhuis besluiten om toch deze zorg te verlenen. De waardeoriëntaties kunnen in de praktijk leiden tot tegenstrijdige keuzemogelijkheden voor leiders van ziekenhuizen.

De tegenstrijdigheid tussen de verschillende externe eisen komt op verschillende manieren tot stand. Ten eerste redeneren de verschillende, externe actoren vanuit verschillende waardeoriëntaties, zoals hiervoor al beschreven is. Ten tweede hebben de verschillende actoren afwijkende ideeën over dezelfde waarden. De meeste actoren zullen het er mee eens zijn dat het belangrijk is dat de zorg in het ziekenhuis toegankelijk is. De discussie ontstaat op het moment dat er bepaald moet worden wat dat concreet betekent. De vraag is dan bijvoorbeeld welke criteria de mate van toegankelijkheid van zorg bepalen. Deze verschillende ideeën leiden tot een ‘*policy paradox*’: “Policymaking (...) is a constant struggle over the criteria for classification, the boundaries of categories and the definition of ideals that guide the way people behave.” (Stone, 2002, p. 11). Ten derde wordt het nastreven van waarden beperkt door de niet-ideale wereld waarin er sprake is van beperkte middelen, zoals bijvoorbeeld geld, personeel en beschikbare ruimtes. Dit kan betekenen dat de middelen die ingezet worden om een bepaalde waarde te realiseren, niet of minder ingezet kunnen worden voor het realiseren van andere waarden.

4.3 Beantwoording van de deelvraag: ‘Welke actoren stellen eisen’?

De actoren die eisen stellen aan het ziekenhuis bevinden zich binnen de institutionele omgeving, de marktomgeving of de medisch-professionele omgeving.

Actoren uit de institutionele omgeving die eisen stellen aan de borstkankerzorg in ziekenhuizen zijn de regering, de politiek, het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, cliëntenraden van ziekenhuizen, ketenpartners (zoals huisartsen), patiëntenverenigingen (Borstkankervereniging Nederland), burgers en de media.

Actoren uit de marktomgeving die eisen stellen aan ziekenhuizen zijn patiënten, zorgverzekeraars, banken en investeerders, en concurrenten. (Laeven, 2008, p. 69).

Actoren uit de medisch-professionele omgeving zijn het Integrale Kankercentrum Nederland (IKNL), het Integrale Kankercentrum Zuid (IKZ), het Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (Nabon), de Nederlandse vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse vereniging voor Oncologie (NVvO) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde).

4.4 Beantwoording van de deelvraag: ‘Wat zijn strategische reacties van leiders?’

Om deze vraag te beantwoorden werken de volgende paragrafen de thema's leiderschap en twee perspectieven op de omgeving uit. De twee perspectieven op de omgeving van het ziekenhuis zijn het institutionele perspectief en het *resource dependency* perspectief. De twee perspectieven bieden de basis voor de uitwerking van de mogelijke strategische reacties van leiders. De laatste paragraaf behandelt de strategische reacties van leiders. De eerstvolgende paragraaf beschrijft kort wat dit onderzoek verstaat onder het leiderschap van leiders van ziekenhuizen.

4.4.1 Leiderschap

Dit onderzoek richt zich op de vraag welke wijze leiders van ziekenhuizen omgaan met de externe eisen. Deze paragraaf werkt het *keyconcept* leiderschap uit.

Leiders van een publieke organisatie zijn verantwoordelijk voor de effectiviteit en legitimiteit van hun organisatie (Suchman, 1995 in: 'T Hart & Boin, 2011, p. 4). Zij moeten er zorg voor dragen dat de organisatie enerzijds haar maatschappelijke kernfunctie vervult. Anderzijds moeten zij er voor zorgen dat het functioneren als zinvol en passend wordt onderkend, zowel binnen de eigen organisatie als daarbuiten ('T Hart & Boin, 2011, p. 4). Wat betreft effectiviteit en legitimiteit, gaat het in dit onderzoek vooral om legitimiteit: de externe actoren moeten de ziekenhuiszorg als zinvol en passend onderkennen.

Leiders van ziekenhuizen moeten de wijze waarop hun organisatie functioneert in meer of mindere mate afstemmen met de eisen uit de meervoudige omgeving van het ziekenhuis. Leiders zorgen voor het behoud van stabiliteit van een organisatie, terwijl ze zich tegelijkertijd richten op het aanpassen van de organisatie aan veranderingen in de omgeving (Mintzberg, 1978, p. 941).

Leiders van ziekenhuizen hebben een cruciale functie in het omgaan met externe eisen. Zij moeten er voor zorgen dat het ziekenhuis haar kernfunctie vervult en dat externe actoren het functioneren als zinvol en passend onderkennen. Ze moeten het ziekenhuis afstemmen en aanpassen aan de externe eisen en tegelijkertijd zorgdragen voor stabiliteit.

4.4.2 Een institutioneel perspectief op de omgeving van het ziekenhuis

Leiders van ziekenhuizen kunnen verschillende perspectieven hebben op de omgeving van het ziekenhuis. Dit theoretisch kader behandelt twee perspectieven. Het eerste perspectief is het institutionele perspectief.

Het institutionele perspectief onderscheidt instituties van organisaties. Een 'organisatie', enerzijds, is vanuit institutioneel perspectief een slank, no-nonsense systeem dat is opgebouwd uit bewust gecoördineerde activiteiten. Het begrip 'organisatie' suggereert leegheid. Een organisatie is vervangbaar. Het is puur een rationeel instrument dat ontworpen is om een bepaalde taak uit te oefenen.

Een institutie, anderzijds, is vrijwel volledig een natuurlijk product van sociale behoeften en druk – een responsief, adaptief organisme (Selznick, 1966 in: Putters, 2001, p 81). Vanuit het institutionele perspectief zijn ziekenhuizen producten van sociale behoeften en druk.

Vanuit institutioneel perspectief streven ziekenhuizen naar stabiliteit, voorspelbaarheid en legitimiteit. Het ziekenhuis als institutie richt zich er op om bij zijn gewoontes te blijven. Ze organiseren zich naar conventie. Zo kunnen ziekenhuizen stabiliteit en voorspelbaarheid waarborgen. Om legitiem te blijven

zullen ziekenhuizen vanuit dit perspectief zich er op moeten richten om te conformeren aan externe criteria (Oliver, 1991, p. 147).

Vanuit het institutioneel perspectief lijkt de ziekenhuisorganisatie een passieve actor, die zich maar moeten aanpassen aan de externe eisen die op haar afkomen. Ook de contingentie theorie benadrukt dat organisaties zich moeten aanpassen aan hun context om optimaal te kunnen functioneren (Brandsen, 2006, p. 34; Laeven, 2008, p. 45; Geuijen, 2011, p. 4). Toch leidde deze benadering bij wetenschappers tot kritiek: “*The institutional perspective also has been increasingly criticized for it’s lack of attention to the role of organizational self-interests and active agency in organizational responses tot institutional pressures and expectations (Covaleski & Dirsmith, 1988; DiMaggio, 1988; Perrow, 1985, Powell, 1985).*” (Oliver, 1991, p. 145, 146).

Leiders van ziekenhuizen kunnen er belang bij hebben om actief om te gaan met de verwachtingen en eisen van externe actoren. Mogelijk kunnen of willen ziekenhuizen niet altijd voldoen aan externe eisen (Idem, p. 159). Hier kan sprake van zijn als de externe eisen ingaan tegen het eigen belang van de organisatie of wanneer een organisatie geconfronteerd wordt met veelvoudige en veelal tegenstrijdige eisen van verschillende externe actoren (Idem, p. 147). Het *resource dependency* perspectief op de omgeving legt de nadruk op actief keuze gedrag van leiders van ziekenhuizen. De volgende paragraaf beschrijft het *resource dependency* perspectief.

4.4.3 Een ‘resource dependency’ perspectief op de omgeving van het ziekenhuis

Het *resource dependency* perspectief op de omgeving, gaat er vanuit dat het ziekenhuizen zich gedragen als actieve actoren. Actoren die actief omgaan met externe eisen uit de omgeving. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat een ziekenhuis ervoor kiest om niet (geheel) te voldoen aan externe eisen.

Het *resource dependency* perspectief benadrukt het belang van het aanpassen en actief omgaan met de onzekerheden van de omgeving. In plaats van het afwachtende, volgende gedrag van leiders die het institutionele perspectief hanteren, zullen leiders vanuit het *resource dependency* perspectief actief omgaan met problematische wederzijdse afhankelijkheidsrelaties. Ze richten zich er op om de omgeving te managen, zodat ze de externe eisen en bijvoorbeeld de cruciale *resource flows* kunnen beheren en besturen (Idem, p. 148).

Een belangrijke taak van leiders van ziekenhuizen is het waarborgen van stabiliteit en voorspelbaarheid. Het *resource dependency* perspectief gaat er vanuit dat ziekenhuizen stabiliteit kunnen bereiken door macht uit te oefenen, of door de omgeving (deels) te beheersen. Ziekenhuizen zouden ook stabiliteit kunnen bereiken door te onderhandelen met de andere actoren uit de meervoudige omgeving. Door zich zo te gedragen kunnen de leiders de omgeving beïnvloeden.

Vanuit het *resource dependency* perspectief is het doel van leiders van ziekenhuizen om een voorspelbare of stabiele toevoer van vitale hulpbronnen te verzekeren en de onzekerheid over de (meervoudige) omgeving te verminderen. (Idem, p. 149, 150).

4.4.4 Twee perspectieven op de meervoudige omgeving van het ziekenhuis

Uit dit theoretisch kader volgt dat leiders van ziekenhuizen twee perspectieven kunnen hebben op de omgeving van het ziekenhuis. Beide perspectieven zijn hiervoor kort besproken. De tabel op de volgende pagina zet beide perspectieven overzichtelijk naast elkaar.

Verklarende factor	Convergente veronderstellingen	Divergente Foci	
		Institutioneel perspectief	Resource dependence perspectief
De context van het gedrag van de organisatie	Keuzes van organisaties worden beperkt door meervoudige externe druk	De institutionele omgeving 'Non choice' gedrag	Taak omgeving Actief keuze gedrag
	De omgevingen van organisaties zijn collectief en onderling met elkaar verbonden	Conformereren aan collectieve normen en overtuigingen Onzichtbare druk	Omgaan met wederzijdse afhankelijkheden Zichtbare druk
	Het overleven van de organisatie hangt af van de responsiviteit richting externe eisen en verwachtingen	Isomorfisme Getrouw aan regels en normen	Aanpassing Management van schaarse middelen
Motieven voor het gedrag van de organisatie	Organisaties richten zich op het creëren van stabiliteit en voorspelbaarheid	Volharding: de organisatie moet blijven Gewoonte en conventie	Reductie van onzekerheid Macht en invloed
	Organisaties richten zich op legitimiteit	Sociale waardigheid Conformiteit aan externe eisen	Mobilisatie van middelen Beheren en besturen van externe eisen
	Organisaties worden aangestuurd door belangen	De belangen worden institutioneel gedefinieerd Gericht op naleven ten gunste van de eigen organisatie	Er wordt politiek en berekenend om gegaan met de eigen belangen Gericht op zelfbepaling, ten gunste van de eigen organisatie

Tabel: twee perspectieven op de meervoudige omgeving van het ziekenhuis
Bron: Oliver, 1991, p. 147

De kolom 'convergente veronderstellingen' noemt wetenschappelijke uitgangspunten over de verhouding tussen organisaties en hun omgeving. Oliver (1991) toont in haar artikel bijvoorbeeld aan dat wetenschappers het er over eens zijn dat keuzes van organisaties worden beperkt door meervoudige, externe druk. De institutionele en *resource dependency* perspectieven beantwoorden beiden de vraag

hoe organisaties daar mee om (kunnen) gaan. Vanuit institutioneel perspectief zullen organisaties *non choice* gedrag vertonen, vanwege de keuzebeperkingen die de meervoudige, externe druk tot gevolg heeft voor organisaties. Vanuit *resource dependency* perspectief zullen organisaties juist actief keuze gedrag vertonen, ondanks de keuzebeperkingen die de meervoudige, externe druk veroorzaakt.

De tabel vat samen hoe leiders verschillend omgaan met de (externe eisen) uit de meervoudige omgeving, vanuit de twee verschillende perspectieven, het institutionele perspectief en het *resource dependency* perspectief.

Het belang van beide perspectieven is dat ze de basis vormen voor de verschillende, mogelijke strategische reacties van leiders van ziekenhuizen op externe eisen. De volgende paragraaf werkt de strategische reacties van leiders van ziekenhuis uit, op basis van de twee perspectieven op de meervoudige omgeving van het ziekenhuis.

4.4.5 Strategische reacties

De wijze waarop een leider omgaat met externe eisen uit de omgeving, is zowel te begrijpen vanuit het institutioneel perspectief als vanuit het *resource dependency* perspectief. Op basis van deze twee perspectieven zijn de strategische reacties die we kunnen onderscheiden: berusten, compromis sluiten, vermijden, ter discussie stellen en manipuleren (Oliver, 1991, p. 151). Hierna volgt een beschrijving van de verschillende strategische reacties op basis van Oliver's uitwerking. (Oliver, 1997, p. 152-159)

Berusting betekent dat leiders de eisen uit de institutionele omgeving aanvaarden. De strategische reactie 'berusting' komt bij een organisatie tot uiting door middel van de tactieken gewoonten, imitatie en naleven. Gewoonte-gedrag van organisaties is vaak onbewust gedrag. De tactiek imitatie bestaat uit het onbewust of bewust imiteren van institutionele '*best practices*'. De tactiek naleven en voldoen aan externe eisen, staat voor het bewust, gehoorzaam volgen en toepassen van externe eisen. Berusting kan organisaties helpen, omdat het de legitimiteit en sociale ondersteuning van de organisatie versterkt. Toch kunnen leiders van organisaties redenen hebben om niet te berusten in de externe eisen.

Ziekenhuizen kunnen te maken hebben met conflicterende externe eisen of ze streven bijvoorbeeld een bepaalde mate van autonomie na. Dit kan er toe leiden dat leiders van organisaties een compromis proberen te sluiten. Dit is de tweede, mogelijke, strategische reactie. Leiders kunnen compromissen sluiten door bijvoorbeeld conflicterende externe eisen met elkaar in balans te brengen. De leider zal dan proberen om de externe eisen en doelstellingen zoveel mogelijk met elkaar in overeenstemming te brengen. Een tweede manier, of tactiek, om een compromis te bereiken is door te pacificeren. Dit betekent dat leiders zich inzetten om in ieder geval aan de minimeisen te voldoen. Ze zullen hier bijvoorbeeld voor kiezen wanneer er is sprake van een klein beetje weerstand tegen de externe eisen. De leider is vooral bezig om de actor, die de eis stelt waar het ziekenhuis niet aan voldoet, te kalmeren. Een derde tactiek om een compromis te bereiken is door te onderhandelen. Dit is een meer actieve vorm van een compromis sluiten. De leider probeert hier een aantal concessies af te dwingen bij de actoren die externe eisen stellen.

In plaats van het sluiten van compromissen kunnen leiders van organisaties er zich ook op richten om externe eisen te vermijden. Dit is de derde, mogelijke, strategische reactie. Vermijden is een poging van een leider om te voorkomen dat de organisatie zich moet conformeren aan externe eisen. De leider kan de externe eisen

vermijden door middel van de tactiek verbergen. Hij geeft in dit geval de indruk te voldoen aan de externe eisen, terwijl hij eigenlijk bewust niet voldoet aan bepaalde aspecten van de externe eisen. Een andere tactiek is het vormen van een buffer tussen de organisatie en de externe eisen; of door weg te vluchten van de eisen. Leaders kunnen een buffer vormen door ervoor te zorgen dat het ziekenhuis in mindere mate het onderwerp is van externe inspectie, onderzoek en evaluatie.


De vierde, mogelijke, strategische reactie is 'ter discussie stellen'. Dit is een actieve vorm van weerstand bieden tegen externe eisen. Een eerste tactiek is het verwerpen, afwijzen van externe eisen. De tweede tactiek is in opstand komen. Dit is een actieve, openlijke wijze van het verwerpen van externe eisen. Het is offensief gedrag richting de externe eis. Een derde tactiek is het aanvallen van de externe eisen en de eisende actor. Het aanvallen van externe eisen onderscheidt zich van het in opstand komen tegen externe eisen. Aanvallen is intensiever en agressiever. Aanvallende organisaties zijn er op uit om de andere organisatie te overvallen, door bijvoorbeeld de organisatie *an sich* ter discussie te stellen.

Een laatste, mogelijke, strategische reactie is 'manipuleren'. Manipulatie is de meest actieve vorm van strategisch reageren. De leider van een organisatie is er actief op uit om externe eisen te veranderen of macht uit te oefenen over de externe actoren. Leaders van ziekenhuizen kunnen externe eisen manipuleren door middel van de tactieken coöpteren, invloed uitoefenen en door beheersen en besturen. Een leider kan coöpteren door bijvoorbeeld een externe actor uit te nodigen om samen te werken of lid te worden van de Raad van Toezicht. Beïnvloedende tactieken richten zich op institutionele waarden en overtuigingen. Of ze richten zich, concreter, op het beïnvloeden van proces- en outputcriteria, protocollen en standaarden. Beheersen en besturen betekent dat een leider er zich op richt om de externe actoren te domineren. De tabel op de volgende pagina vat de verschillende strategische eisen en tactieken samen.

4.5 De resultaten van het theoretisch kader

Dit theoretisch kader biedt antwoord op de drie theoretische deelvragen van dit onderzoek. De deelvraag 'welke externe eisen zijn er?', is beantwoord door een bespreking van het hybride karakter van de ziekenhuisorganisatie. Als hybride organisatie in het maatschappelijk middenveld sturen principes vanuit vier domeinen – de staat, markt, gemeenschap en de medische professie – het ziekenhuis. Ziekenhuizen worden niet alleen gestuurd aan de hand van verschillende sturingsprincipes, ze bevinden zich ook in een meervoudige omgeving. De meervoudige omgeving bestaat uit de institutionele omgeving, de marktomgeving en de medisch-professionele omgeving. Vanuit de meervoudige omgeving stellen vele actoren vanuit verschillende waardeoriëntaties eisen aan het ziekenhuis. Op basis van de waardeoriëntaties stellen verschillende actoren eisen aan de wijze waarop het ziekenhuis borstkankerzorg biedt en de wijze waarop het ziekenhuis de zorg organiseert. De onderzoeksmethode, die het volgende hoofdstuk bespreekt, houdt rekening met de veelzijdigheid van externe actoren en externe eisen.

De tweede deelvraag, 'welke actoren stellen eisen?', is in dit theoretisch kader beantwoord door middel van een overzicht van externe actoren waar ziekenhuizen mee te maken hebben. De externe actoren zijn aan de hand van de drie genoemde omgevingen beschreven.

Strategische reacties	Tactieken	Voorbeelden	Perspectief op de omgeving
BERUSTEN	Gewoonte	Onzichtbare, vanzelfsprekende normen volgen	INSTITUTIONEEL PERSPECTIEF 
	Imitatie	Imitatie van institutionele toonbeelden	
	Naleven	Regels en normen gehoorzamen	
COMPROMIS SLUITEN	Balanceren	In overeenstemming brengen van verwachtingen van meervoudige actoren	
	Pacificeren	Geruststellen van externe actoren	
	Onderhandelen	Onderhandelen met institutionele stakeholders	
VERMIJDEN	Verbergen	Verbergen van non-conformiteit	
	Bufferen	Zich losmaken van institutionele verbanden	
	Vluchten	Door verandering van doelen, activiteiten en aanwezigheid binnen domeinen	
TER DISCUSSIE STELLEN	Verwerpen	Expliciete normen en waarden negeren	
	In opstand komen	Regels en externe eisen bestrijden	
	Aanvallen	De eisende actoren aanvallen	
MANIPULEREN	Coöpteren	Invloedrijke actoren deel maken van de organisatie	
	Beïnvloeden	Waarden en criteria aanpassen	
	Beheersen en besturen	Institutionele actoren en processen domineren	
			RESOURCE DEPENDENCY PERSPECTIEF

Tabel: Strategische reacties. Bron: Oliver, 1991, p. 15

De laatste theoretische deelvraag, 'wat zijn strategische reacties van leiders?', is allereerst beantwoord door leiderschap te bespreken. Leiders van ziekenhuizen moeten de wijze waarop hun organisatie functioneert mate afstemmen met de eisen uit de meervoudige omgeving van het ziekenhuis. De leiders zorgen voor het behoud van stabiliteit van de ziekenhuisorganisatie, terwijl ze zich tegelijkertijd richten op het aanpassen van de organisatie aan veranderingen in de omgeving (Mintzberg, 1978, p. 941). Vervolgens zijn het 'resource dependency' perspectief en het institutionele perspectief besproken. Vanuit het institutionele perspectief gedragen organisaties zich als passieve actoren, die er zich op richten om zich te conformeren aan externe eisen. Vanuit het resource dependency perspectief gedragen leiders zich als actoren met een actief keuze gedrag. De leiders gaan vanuit dit perspectief actief om met externe eisen. Tenslotte besprak dit theoretisch kader de verschillende, mogelijke

strategische reacties van leiders van ziekenhuizen. De verschillende strategische reacties komen voort uit de twee verschillende perspectieven op de omgeving, het institutionele perspectief en het *resource dependency* perspectief.

Op basis van het theoretisch kader werkt het volgende hoofdstuk uit op welke wijze het empirische onderzoek zal plaats vinden.

5

Methode van het empirisch onderzoek

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop dit onderzoek werd uitgevoerd. De methode van het empirisch onderzoek richt zich op het beantwoorden van de hoofdvraag door middel van het beantwoorden van de empirische deelvragen. De hoofdvraag van dit onderzoek is:

- *Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg?*

Om de door middel van het empirische onderzoek antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, stelt dit onderzoek de volgende empirische deelvragen:

- *Welke externe eisen vragen om strategische reacties van leiders?*
- *Welke actoren stellen de relevante externe eisen?*
- *Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op de externe eisen?*
- *Waarom hebben leiders van ziekenhuizen deze strategische reacties?*

De empirische deelvragen waren leidend voor de onderzoeksmethode die dit hoofdstuk beschrijft. De onderzoeksmethode droeg in belangrijke mate bij aan het verkrijgen van antwoorden op de empirische deelvragen.

De beschrijving van de focus van het onderzoek geeft een algemeen beeld van het empirische onderzoek (§5.2). De verantwoording van het wetenschapsfilosofisch perspectief beschrijft vanuit welk perspectief de onderzoeker de respondenten bevroeg en de data analyseerde. Ook beschrijft het vanuit welk perspectief de resultaten en de conclusie zijn beschreven (§5.3). Daarna beschrijft dit hoofdstuk de gebruikte onderzoeksmethoden (§5.4) en de wijze waarop de onderzoeker respondenten selecteerde (§5.5). Vervolgens beschrijft de volgende paragraaf de operationalisatie van kernbegrippen (§5.6). Dan komt een verantwoording van de analyse van de data aan bod (§5.8). §5.9 verantwoordt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek en de gegevens. Tot slot licht dit hoofdstuk toe op welke wijze de resultaten beschreven zijn.

5.2 Focus van het empirisch onderzoek

Het empirisch onderzoek richtte zich op de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg. Om dit goed in beeld te krijgen, richtte de dataverzameling zich ten eerste op het in beeld krijgen van de – voor leiders van ziekenhuizen – relevante, externe eisen. Tijdens de interviews vroeg

de onderzoeker naar de ervaringen, meningen, handelwijzen en overwegingen van leiders van ziekenhuizen met betrekking tot eisen aan de borstkankerzorg.

Ten tweede richtte de dataverzameling zich op het gevoerde beleid van ziekenhuizen op het gebied van borstkankerzorg.

Het ging in het empirisch onderzoek om het verzamelen van kwalitatieve data rondom het onderzoeksonderwerp. Dit in tegenstelling tot kwantitatieve data. De data verkreeg de onderzoeker door middel van semigestructureerde interviews en *deskresearch* (Van Thiel, 2007). De onderzoeker hield bij zes ziekenhuizen in Nederland tien interviews met leden van het ziekenhuis. De interviews en het *deskresearch* leverden voor de beantwoording van de empirische deelvragen de benodigde data op.

5.3 Verantwoording van het wetenschapsfilosofisch perspectief

Bij de analyse van de data en bij de beschrijving van de resultaten ging het om de grote lijnen. Dit onderzoek wilde niet per ziekenhuis of respondent in beeld brengen welke externe eisen er relevant geacht werden en welke strategische reacties de leiders daar op hadden. Dit onderzoek wilde juist de grote lijn in beeld brengen. Respondenten werden door de onderzoeker bevraagd vanuit hun functie binnen de organisatie. Het ging de onderzoeker niet zozeer om de persoon en de betekenissen die hij of zij gaf aan de werkelijkheid. Het ging de onderzoeker om de respondent als functionaris van de organisatie, die te maken heeft met externe eisen aan de borstkankerzorg en daarop reageert.

Tijdens de analyse legde de onderzoeker verbanden tussen de verschillende data. De onderzoeker selecteerde bijvoorbeeld de externe eisen die meerdere respondenten noemden. Vervolgens zocht hij naar verbanden wat betreft de wijze waarop respondenten omgingen met de externe eisen. Welke strategische reacties de leiders met elkaar overeen hebben. Ook wat betreft de overwegingen zocht de onderzoeker naar verbanden binnen de data van de verschillende respondenten.

De wijze waarop de onderzoeker om ging met de respondenten, de data en het beschrijven van de resultaten geven blijk van een voornamelijk positivistisch wetenschapsfilosofisch perspectief. Het wetenschapsfilosofisch perspectief is positivistisch, in zoverre dit mogelijk is wat betreft sociaal wetenschappelijk onderzoek en een klein aantal respondenten.

De wijze waarop de onderzoeker te werk ging, heeft ook kenmerken van het interpretatieve wetenschapsfilosofische perspectief. Zo besteedde de onderzoeker tijdens de interviews aandacht aan de interpretaties en betekenisgevingen van de verschillende respondenten. Dit deed hij bijvoorbeeld door te vragen welke externe eisen in de ogen van de respondent de belangrijkste zijn. Ook deed hij dit door bijvoorbeeld te vragen naar de interpretaties van respondenten over de motieven van zorgverzekeraar CZ om de lijst te publiceren. In die zin zijn de resultaten van dit onderzoek de weergave van de subjectieve blik van respondenten op de werkelijkheid rondom eisen aan borstkankerzorg

(Deetz, 1996, p. 198-202; Burrell & Morgan, 1979, p. 28-32).

5.4 Methoden van onderzoek

Deskresearch en semigestructureerde interviews waren de onderzoeksmethoden die voor dit onderzoek gebruikt werden (Van Thiel, 2007).

5.4.1 Semigestructureerde interviews

Semigestructureerde interviews waren de belangrijkste manier van data verzamelen. Door middel van de interviews was het mogelijk om data te verzamelen over de relevante externe eisen, ervaringen, meningen, handelwijzen en overwegingen van leiders van ziekenhuizen. Het was tijdens de interviews mogelijk om door te vragen naar de redenen van bepaalde handelingen en naar de overwegingen die meespeelden bij bepaalde keuzes. Ook was het mogelijk om tijdens en na een interview verbanden te leggen tussen externe eisen en strategische reacties.

De semigestructureerde interviews leverden rijke data op over de externe eisen die leiders van verschillende ziekenhuizen af zien komen op de borstkankerzorg. Over de wijze waarop de leiders van ziekenhuizen omgingen met externe eisen; en over de overwegingen die hier in meespeelden. Kortom, de interviews leverden informatie op over de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg.

De onderzoeker nam de interviews op met een laptop. Naderhand transcribeerde de onderzoeker de interviews. Hij gebruikte het softwareprogramma MAXQDA om de interviews te labelen en te analyseren.

De vragenlijst kwam tot stand op basis van de empirische deelvragen, de focus van het onderzoek en het wetenschapsfilosofische perspectief (Zie bijlage 1)

5.4.2 Deskresearch

Naast de semigestructureerde interviews werd er door middel van *deskresearch* data verzameld. De onderzoeker verzamelde informatie over specifieke, externe eisen aan de borstkankerzorg en de strategische reacties per ziekenhuis. Bestaand materiaal, dat oorspronkelijk voor een ander doel werd geproduceerd, werd gebruikt voor dit onderzoek (Van Thiel, 2007, p. 115). Door de bestaande bronnen te raadplegen kon de onderzoeker aanvullende informatie verkrijgen over externe eisen en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen.

Bestaande bronnen die dit onderzoek gebruikte zijn de websites van de ziekenhuizen, artikelen van Skippr en artikelen van Zorgvisie. Op de website van een ziekenhuis bezocht de onderzoeker de pagina's over borstkankerzorg en kwaliteit van zorg. Ook voerde hij zoekacties uit op de websites van de ziekenhuizen. Dit leverde bij een aantal ziekenhuizen relevante persberichten op. Op de websites van Skippr en Zorgvisie voerde de onderzoeker zoekacties uit. Daarin gebruikte hij de naam van het ziekenhuis en de termen 'borstkankerzorg' en 'CZ'. Vervolgens selecteerde de onderzoeker relevante berichten. Deze berichten gingen over het ziekenhuis, de borstkankerzorg in dat ziekenhuis en over eventuele reacties op de lijst van CZ. Daarnaast voerde de onderzoeker voor ieder ziekenhuis een zoekactie uit op *Google* met de trefwoorden 'de naam van het ziekenhuis' en 'borstkankerzorg'. De onderzoeker selecteerde op basis van de resultaten van de zoekactie eventuele, relevante, aanvullende bronnen (Van Thiel, 2007, p. 115).

De bevindingen verwerkte de onderzoeker in het hoofdstuk 'Resultaten'. Af en toe verwijst de tekst het hoofdstuk 'Resultaten' naar het *deskresearch*.

Bronverwijzingen van de informatie die de onderzoeker door middel van de *deskresearch* ophaalde, zijn opgenomen in een bijlage (Zie bijlage 2).

5.5 Selectie van respondenten

De volgende paragrafen verantwoorden de selectie van ziekenhuizen en respondenten.

5.5.1 De selectie van ziekenhuizen

De selectie van ziekenhuizen vond plaats aan de hand van een selecte steekproef. De selectie was er op gericht om een zo compleet mogelijk antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en empirische deelvragen (Van Thiel, 2007, p. 102).

Hierna beschrijft deze alinea kort de selectie van ziekenhuizen. Na deze alinea verantwoordt deze paragraaf de keuzes die de onderzoeker maakte. Het onderzoek selecteerde zes algemene ziekenhuizen die borstkankerzorg bieden. De ziekenhuizen zijn een interventiecentrum, basis- of dagziekenhuis (Zie §3.2). De ziekenhuizen scoorden verschillend op de lijst van CZ. De onderzoeker selecteerde twee 'niet-gecontracteerde', twee 'kan beter' en twee 'goede' ziekenhuizen. Drie ziekenhuizen zijn gevestigd in de provincie Noord-Brabant, één ziekenhuis is gevestigd in Limburg, één ziekenhuis is gevestigd in Noord-Holland en één ziekenhuis is gevestigd in Drenthe. Hieronder verantwoordt deze paragraaf de keuzes op basis waarvan de selectie van ziekenhuizen plaats vond.

Allereerst zijn algemene ziekenhuizen onderwerp van onderzoek. Borstkankerzorg is voor medisch-specialisten een eenvoudige behandeling. Borstkankerzorg komt veel voor. Borstkankerzorg is minder complexe, veelvoorkomende zorg en om deze redenen vindt de borstkankerzorg vooral plaats in algemene ziekenhuizen.

Ten tweede selecteerde dit onderzoek alleen ziekenhuizen waar borstkankerbehandelingen plaats. Dit omdat de hoofdvraag zich richt op externe eisen aan borstkankerzorg

Ten derde was de lijst van CZ een criterium voor de selectie van ziekenhuizen. De lijst van CZ vormt een externe eis aan borstkankerzorg. De externe eis, in de vorm van een lijst, is voor ieder ziekenhuis gelijk, maar had niet voor ieder ziekenhuis dezelfde betekenis. De aanname van de onderzoeker was dat de lijst bijvoorbeeld voor ziekenhuizen die 'goed' scoren op de lijst, een andere betekenis had dan voor ziekenhuizen die 'niet-gecontracteerd' scoren op de lijst van CZ. Mogelijk, zo redeneerde de onderzoeker, leidden de verschillende scores op de lijst tot verschillende strategische reacties. Doordat de onderzoeker op basis van de verschillende scores ziekenhuizen selecteerde, kon er een breder beeld ontstaan van de externe eisen. Het werd mogelijk om de voor leiders van ziekenhuizen mogelijk verschillende betekenissen van de externe eisen te onderzoeken. Hierdoor werd het ook mogelijk om te onderzoeken en begrijpen welke verschillende strategische reacties dit veroorzaakte bij leiders van ziekenhuizen en waarom. De selectie van ziekenhuizen aan de hand van dit criterium droeg bij aan een meer valide antwoord op de hoofdvraag.

De onderzoek achtte het aannemelijk dat leiders van sommige ziekenhuizen de lijst van CZ niet ervaren als een relevante externe eis. Uit de eerste, empirische deelvraag blijkt dat dit onderzoek zich richt op relevante, externe eisen. Om deze reden was een vierde selectie criterium het relatieve (ervaren) belang van de lijst van CZ. Op basis van dit vierde criterium selecteerde dit onderzoek ten eerste ziekenhuizen waarvan uit openbare, maatschappelijke discussies bleek dat zij

strategisch reageerden. De onderzoeker nam aan dat de leiders van deze ziekenhuizen de lijst van CZ als een relevante externe eis beschouwen. Tevens selecteerde dit onderzoek ziekenhuizen die zich bevinden in de provincies Noord-Brabant en Limburg. De onderzoeker ging er van uit dat de leiders van ziekenhuizen uit deze provincies de lijst van CZ als een relevante externe eis beschouwen: Zorgverzekeraar CZ is namelijk sterk vertegenwoordigd in onder andere de provincies Limburg (44,2%) en Noord-Brabant (39, 2%) (Marktaandeel op basis van het inwonersaantal per 1 januari 2009; CZ, 2009, p. 15). De onderzoeker ging er vanuit dat de lijst van CZ (strategische) betekenis heeft voor de leiders van ziekenhuizen die zich bevinden in de provincies waar CZ het sterkst vertegenwoordigd is. De onderzoeker paste de hiervoor beschreven vier criteria toe in dit onderzoek.

De lijst van CZ stond niet centraal tijdens de interviews met respondenten. De onderzoeker beschouwde de lijst als één van de relevante, externe eisen. Hij is er ging er vanuit dat er vele andere relevante, externe eisen zijn. De lijst van CZ vormde een goed criterium op basis waarvan de onderzoeker onder andere de ziekenhuizen kon selecteren.

Dit onderzoek bestond uit een selecte steekproef van zes algemene ziekenhuizen. In ieder ziekenhuis vinden er borstkankerbehandelingen plaats en de ziekenhuizen hebben verschillende scores op de lijst van CZ. De ziekenhuizen bevinden zich in één van de twee provincies waar CZ sterk vertegenwoordigd is óf hebben in openbare, maatschappelijke discussies strategisch gereageerd op de lijst van CZ. De onderstaande tabel beschrijft de ziekenhuizen die de onderzoeker selecteerde:

Ziekenhuizen	Plaatsen	Regio's	Rang op lijst CZ	Aantal respondenten
Bethesda	Hoogeveen	Drenthe	Niet gecontracteerd	2
Catharina	Eindhoven	Noord-Brabant	Goed	2
Jeroen Bosch	's-Hertogenbosch	Noord-Brabant	Goed	2
Slotervaart	Amsterdam	Noord-Holland	Niet-gecontracteerd	1
St. Anna	Geldrop	Noord-Brabant	Kan beter	2
St. Jans Gasthuis	Weert	Limburg	Kan beter	1
Totaal aantal respondenten				10

Tabel: De selectie van ziekenhuizen

De tabel op de volgende pagina beschrijft de ziekenhuizen waar de onderzoeker ook contact mee opnam, waarvan de beoogde respondenten geen interview wilden of konden geven.

Ziekenhuis	Plaats	Regio	Rang op lijst CZ
Elkerliek	Helmond	Noord-Brabant	Beste
Haven	Rotterdam	Zuid-Holland	Beste
Bernhoven	Veghel	Noord-Brabant	Kan beter
Laurentius	Roermond	Limburg	Kan beter

Tabel: Ziekenhuizen waarvan de beoogde respondenten geen interview wilden of konden geven.

De onderzoeker selecteerde ziekenhuis Bethesda, omdat het ziekenhuis strategisch reageerde op de lijst van CZ. Uit verschillende nieuwsberichten bleek dat het Bethesda ziekenhuis het niet eens was met de lijst van CZ. (Deskresearch). Het Bethesda ziekenhuis had vanwege de lijst bijvoorbeeld een rechtszaak aangespannen tegen CZ. Om dezelfde redenen selecteerde de onderzoeker het Slotervaart ziekenhuis. Het Slotervaart ziekenhuis spande een rechtszaak aan tegen CZ. Het Slotervaart koos er naar aanleiding van de lijst voor om voor het jaar 2011 geen contracten meer af te sluiten met CZ. De bestuursvoorzitter van het Slotervaart ziekenhuis, Aysel Erbudak, was bovendien te gast in Pauw & Witteman. In de uitzending van Pauw & Witteman op vijf oktober 2010 lichtte Aysel Erbudak haar standpunten en strategische reacties richting CZ toe.

De ziekenhuizen Catharina, Jeroen Bosch, St. Anna en St. Jans Gasthuis zijn geselecteerd op basis van de provincie waarin ze gevestigd zijn en op basis van hun rang op de lijst van CZ.

5.5.2 De selectie van respondenten

Voor dit onderzoek vonden er interviews plaats met een bestuurder, managers en hoofden van de afdeling Kwaliteit. Bij bestuurder en vier managers ging het om leidinggevende personen met beleidstaken. Ze zijn in het ziekenhuis betrokken bij de strategievorming, ze kennen de externe eisen die op het ziekenhuis afkomen, ze kennen de overwegingen en (zijn betrokken bij) de strategische reacties. De bestuurders en managers die het betreft zijn leiders van ziekenhuizen, die een cruciale functie hebben in de wijze waarop het ziekenhuis omgaat met externe eisen.

De bedrijfsmanagers die respondenten waren voor dit onderzoek, zijn allemaal verantwoordelijk voor meerdere specialismen. Vaak zijn dit alle specialismen die bij de Interne Geneeskunde, Chirurgie en/of Oncologie passen. Het zijn hooggeplaatste managers, die behoren tot de eerste laag leidinggevendenden direct onder de Raad van Bestuur.

Naast de interviews met de bestuurders en managers vonden er vijf interviews plaats met leidinggevendenden van de afdeling Kwaliteit. De leidinggevendenden van de afdeling Kwaliteit zijn bekend met de externe actoren die eisen stellen aan de borstkankerzorg. De borstkankerzorg in een ziekenhuis moet voldoen aan vele kwaliteitseisen, zoals bijvoorbeeld van de Inspectie. De afdeling Kwaliteit zorgt voor de registratie en het aanleveren van de gegevens over de prestaties op het gebied van borstkankerzorg. De hoofden Kwaliteit bleken tijdens de interviews bekend te zijn met de externe eisen aan borstkankerzorg; met de strategische reacties van de leiders van het ziekenhuis op de externe eisen en ze waren bekend met de overwegingen die meespeelden bij de strategische reacties.

Onderstaande tabel beschrijft de respondenten die de onderzoeker selecteerde:

Ziekenhuis	Persoon	Functie
Bethesda	Dirk Jan van Berckel	Directeur (Bestuurder)
	Niesje Kats	Hoofd Kwaliteitsbureau
Catharina	Paula Nelissen	Zorggroepmanager Interne Geneeskunde
	Hanneke Beelen	Manager Kwaliteit & Veiligheid
Jeroen Bosch	Eric Smits	Manager bedrijfsvoering Interne Geneeskunde / Geriatrie / Reumatologie
	Kees Smulders	Clustermanager Kwaliteit & Organisatie
Slotervaart	Cok de Koning	Kwaliteitscoördinator Raad van Bestuur
St. Anna	Marc Konings	Manager bedrijfsvoering cluster Heelkundige specialismen
	Pierre van Erven	Kwaliteitsfunctionaris
St. Jans Gasthuis	Franka van de Laar	Manager bedrijfsvoering poliklinieken en functieafdelingen

Tabel: Respondenten van het onderzoek

5.6 Operationalisatie van de kernbegrippen

Deze paragraaf operationaliseert de kernbegrippen ‘externe eisen’, ‘strategische reacties’ en ‘leiders’.

5.6.1 Externe eisen

Externe eisen zijn al die concrete, aanwijsbare signalen van verschillende externe actoren die in meer of mindere mate (dwingend) invloed uitoefenen op de wijze waarop een ziekenhuis borstkankerzorg aanbiedt en de wijze waarop het ziekenhuis de borstkankerzorg organiseert. De externe eisen baseren zich op één of enkele waarden uit de domeinen markt, staat, gemeenschap en/of de medische professie.

Concreet aanwijsbare signalen zijn bijvoorbeeld ranglijsten; de scores op de ranglijsten en de criteria die hier aan ten grondslag liggen; (kwaliteits)indicatoren; beleidsplannen; uitspraken; (bindende) besluiten en wetswijzigingen. Concrete, externe eisen kan dit onderzoek begrijpen aan de hand van de waardeoriëntaties van de vier verschillende domeinen. De tabel op de volgende pagina noemt de vier domeinen en de waardeoriëntaties per domein.

Domein	Waardeoriëntaties
Markt	Efficiëntie, kostenminimalisatie, effectiviteit, competitie en winstgerichtheid
Staat	Controleerbaarheid, betaalbaarheid, solidariteit
Gemeenschap	Toegankelijkheid, rechtvaardigheid, gelijkheid
Medisch-professioneel	Professionele autonomie, medische urgentie, vrije artsen keuze, patiëntenzelfbeschikking

Tabel: Waardeoriëntaties vanuit markt, staat, gemeenschap en de medische Professie. Gebaseerd op: Van Hout, 2007, p. 172 – 175.

Externe actoren die eisen stellen aan ziekenhuizen zijn organisaties, belangengroepen en personen. De externe actoren maken zelf deel uit van één of meerdere van de domeinen markt, staat, gemeenschap en de medische professie.

5.6.2 Strategische reacties

Het theoretisch kader noemt vijf, mogelijke, strategische reacties: berusten; compromis sluiten; vermijden; ter discussie stellen en manipuleren. De tabel op de volgende pagina operationaliseert de strategische reacties en de tactieken die bij de strategische reacties passen (Oliver, 1991, p. 152; Clemens & Douglas, 2005, p. 1212).

De operationalisatie van de strategische reacties gebruikte de onderzoeker bij het labelen en analyseren van de interviews.

In het theoretisch kader zijn twee perspectieven beschreven op de omgeving van het ziekenhuis. Het institutionele perspectief en het *resource dependency* perspectief vormen de basis van de vijf strategische reacties. De resultaten in het volgende hoofdstuk beschrijven de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen. De strategische reacties van leiders van ziekenhuizen baseren zich op (met name) een institutioneel perspectief of op (met name) een *resource dependency* perspectief. Op basis van alle strategische reacties op de verschillende externe eisen, is het mogelijk om een uitspraak te doen over welk perspectief leiders van ziekenhuizen hebben op de omgeving. Aan het einde beschrijft het resultaten hoofdstuk de analyse van de strategische reacties wat betreft het perspectief dat leiders van ziekenhuizen (met name) hebben op de omgeving.

5.6.3 Leiders

Bestuurders en het hoger management van ziekenhuizen zijn de leiders van het ziekenhuis. Deze leden van de ziekenhuisorganisatie bepalen (mede) het beleid van het ziekenhuis op het gebied van borstkankerzorg. De bestuurders en het hoger management dragen verantwoordelijkheid voor de legitimiteit en effectiviteit van de borstkankerzorg die het ziekenhuis aanbiedt en de organisatie daarvan.

Strategische reacties	Tactieken	Operationalisatie
Berusten	Gewoonte	<ul style="list-style-type: none"> - De benadering volgen die in het verleden het meest is toegepast binnen ons ziekenhuis. - Praten met anderen binnen ons ziekenhuis om vast te stellen welke aanpak in het verleden het meest effectief is gebleken en deze aanpak overnemen.
	Imitatie	<ul style="list-style-type: none"> - In gesprek met succesvolle collega's uit ons ziekenhuis en een soortgelijke aanpak overnemen. - De aanpak van andere succesvolle ziekenhuizen overnemen.
	Naleven	<ul style="list-style-type: none"> - In gesprek met de relevante externe actoren die eisen stellen aan de borstkankerzorg om vast te stellen op welke wijze het ziekenhuis het beste kan voldoen aan de geest en de intentie van de externe eisen. - Een bewuste evaluatie maken van de specifieke, externe eisen en ervoor kiezen om hier aan te voldoen.
Compromis sluiten	Balanceren	<ul style="list-style-type: none"> - Openlijk onderhandelen met externe actoren die eisen stellen om een wederzijds acceptabele oplossing te vinden. - Consensus bereiken tussen de verschillende externe eisen en het gewenste beleid van de eigenaren, bestuurders en medisch-specialisten.
	Pacificeren	<ul style="list-style-type: none"> - Voldoen aan externe eisen die voor de externe actoren het belangrijkste zijn. - Vaststellen welke externe eisen het belangrijkste zijn voor externe actoren en er voor kiezen om hier aan te voldoen.
	Onderhandelen	<ul style="list-style-type: none"> - Onderhandelen met de externe actoren om een oplossing te bereiken die het meest in het eigen voordeel is. - Onderhandelen met de externe actoren om een oplossing te bereiken die het meest in het voordeel is van de patiënten.
Vermijden	Verbergen	<ul style="list-style-type: none"> - De indruk geven dat je voldoet aan de externe eisen, terwijl je bewust niet voldoet aan bepaalde aspecten van de externe eisen. - Bepaalde aspecten van de eigen strategie verbergen voor de externe actoren.
	Bufferen	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprekken en overleggen met externe actoren zoveel mogelijk vermijden. - Gesprekken en overleggen met andere ziekenhuizen via platforms en verenigingen zoveel mogelijk vermijden.
	Vluchten	<ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten stopzetten, andere activiteiten en doelen nastreven.
Ter discussie stellen	Verwerpen	<ul style="list-style-type: none"> - De externe eisen negeren en doorgaan met <i>business as usual</i> - De externe eisen verwerpen en zoveel mogelijk iedere discussie met externe actor(en) vermijden
	In opstand komen	<ul style="list-style-type: none"> - Een rechtszaak aanspannen tegen de externe eisen
	Aanvallen	<ul style="list-style-type: none"> - De externe eisen verwerpen en aanvallen in de media - Een campagne opstarten, eventueel in samenwerking met anderen, om de externe actor(en) aan te vallen
Manipuleren	Coöpteren	<ul style="list-style-type: none"> - Probeer een alliantie te vormen met de externe actor(en) - Probeer een medewerker van een externe actor te betrekken in de eigen organisatie, bijvoorbeeld in de Raad van Toezicht
	Beïnvloeden	<ul style="list-style-type: none"> - Probeer de publieke percepties te beïnvloeden rondom de eisen waaraan borstkankerzorg aan zou moeten voldoen - Organiseer steun bij anderen om te zorgen dat de externe eisen veranderen
	Beheersen en besturen	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprekken voeren met wetgevers, beleidsmakers en overkoepelende organisaties om de externe actoren te beïnvloeden, c.q. anders aan te sturen

Tabel: Operationalisatie van de strategische reacties

5.7 Analyse van de data van het onderzoek

De data van de semigestructureerde interviews analyseerde de onderzoeker met behulp van het softwareprogramma MAXQDA. Met behulp van dit programma kon de onderzoeker de interviews labelen. Een aantal belangrijke labels waren 'externe eisen', 'actoren', 'beleidsontwikkelingen' en 'strategische reacties' (Zie bijlage 4 voor de code boom van dit onderzoek).

5.8 Claims over de data: Validiteit en betrouwbaarheid

Deze paragraaf beschrijft de claims van dit onderzoek over de data. Wat betreft validiteit onderscheidt de methodologie interne en externe validiteit (Van Thiel, 2007, p. 55). Interne validiteit gaat over de vraag of de onderzoeker heeft gemeten wat hij wilde meten. Ten eerste werden de kernbegrippen van de hoofdvraag geoperationaliseerd tot concrete, herkenbare begrippen in de dagelijkse praktijk van ziekenhuizen. Ten tweede werd er een representatieve selectie van respondenten samengesteld. Er werden respondenten van verschillend scorende ziekenhuizen en verschillende functies geïnterviewd. Leiders van ziekenhuizen zijn geïnterviewd (bestuurders, hoge managers) evenals staf medewerkers (hoofden Kwaliteit). Elk van deze respondenten kent de externe eisen aan de borstkankerzorg in het ziekenhuis en wist in meer of mindere mate hoe leiders van ziekenhuizen daar mee omgaan. Dat er leiders en niet-leiders van ziekenhuizen werden geïnterviewd, vergroot de validiteit van het onderzoek. Ten derde werden er verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, namelijk interviews en deskresearch. Ten vierde werd er tijdens een aantal interviews door de onderzoeker vragen gesteld met het oog op het proberen te verzamelen van tegenbewijs. Zo vroeg de onderzoeker waarom de leiders van het ziekenhuis niet op andere manieren reageerden op externe eisen. Daarbij gaf hij concrete voorbeelden van andere reacties die mogelijk zouden zijn. Ten vijfde werd er bij de analyse van de data een computerprogramma gebruikt en werd de codeboom onder andere ontwikkeld op basis van de kernbegrippen. Ten zesde besteedt het hoofdstuk Resultaten aandacht aan afwijkende uitkomsten, zoals verschillende strategische reacties op één externe eis. Bovenstaande punten ondersteunen de interne validiteit van het onderzoek.

Externe validiteit gaat over de vraag of de resultaten toepasbaar zijn voor een bredere populatie (Van Thiel, 2007, p. 57). Dit onderzoek is ten dele extern valide voor de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen op extern eisen aan andere specialismen in het ziekenhuis. De externe eisen en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen zullen voor andere specialismen vergelijkbare resultaten opleveren, omdat de andere specialismen met vergelijkbare omstandigheden te maken hebben. Denk daarbij aan (vergelijkbare) externe actoren die eisen stellen vanuit dezelfde waardeoriëntaties als bij de borstkankerzorg. Bovendien zijn het dezelfde leiders die strategisch reageren op externe eisen aan andere specialismen. De resultaten van dit onderzoek zijn niet één op één toepasbaar op andere (publieke) (zorg) organisaties. Dit onderzoek streefde niet naar externe validiteit, maar richtte zich juist concreet op de eisen aan borstkankerzorg. De onderzoeker gaat er wel vanuit dat de resultaten herkenbaar zijn voor de externe eisen aan andere specialismen in het ziekenhuis.

De betrouwbaarheid van het onderzoek hangt samen met de nauwkeurigheid en de consistentie (Van Thiel, 2007, p. 55). Wat betreft de nauwkeurigheid is de vragenlijst voor de interviews opgesteld met het oog op het beantwoorden van de empirische deelvragen en de hoofdvraag. Met behulp van de vragenlijst is er

onderzoek gedaan naar de externe eisen aan borstkankerzorg, de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen en hun overwegingen. Het onderzoek is in beperkte mate consistent. Dit omdat het verloop van de interviews en de antwoorden van de respondenten sterk afhankelijk zijn van het moment, de respondent en de interventies van de onderzoeker. Het onderzoek is herhaalbaar en vanwege de interne validiteit is de kans groot dat eenzelfde onderzoek in grote lijnen zou leiden tot dezelfde resultaten en conclusies. Vanwege de interne validiteit en de nauwkeurigheid kan het niet zo zijn dat eenzelfde onderzoek een volstrekt ander beeld zou geven van de externe eisen en strategische reacties van de leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg.

6

De resultaten

6.1 Inleiding

Dit onderzoek omvatte tien interviews met een bestuurder, managers en hoofden Kwaliteit van zeven ziekenhuizen. Elk interview werd voorbereid door middel van *deskresearch*. De *deskresearch* is verwerkt in de beschrijving van de resultaten in dit hoofdstuk, de tekst verwijst er af en toe naar. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de interviews en de deskresearch.

De beschrijving van de resultaten in dit hoofdstuk richt zich op het beantwoorden van de hoofdvraag en de empirische deelvragen. De hoofdvraag van dit onderzoek, is:

- *Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg?*

De empirische deelvragen waar dit hoofdstuk antwoord op biedt, zijn:

- *Welke externe eisen vragen om strategische keuzes van leiders?*
- *Welke actoren stellen de relevante externe eisen?;*
- *Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op de externe eisen?;*
- *Waarom hebben leiders van ziekenhuizen deze strategische reacties?*

De resultaten in dit hoofdstuk baseren zich voornamelijk op de interviews met respondenten. Dit hoofdstuk beschrijft de externe eisen en strategische reacties op basis van de ervaringen en antwoorden van de respondenten.

Eerst beschrijft dit hoofdstuk twee lessen uit het verleden met betrekking tot de externe eisen aan de borstkankerzorg en de strategische reacties op deze externe eisen (§6.2). Daarna beschrijft dit hoofdstuk zeven externe eisen aan borstkankerzorg. Direct na de beschrijving van iedere externe eis, beschrijft dit hoofdstuk steeds de strategische reacties daarop (§6.3 - §6.10). Na de beschrijving van de externe eisen en de strategische reacties daarop, biedt het hoofdstuk een kort overzicht van de besproken resultaten (§6.11). Het hoofdstuk sluit af met het beschrijven van de perspectieven van leiders op de omgeving van het ziekenhuis (§6.12).

Dit hoofdstuk bevat een aantal tekstvakken. Drie tekstvakken beschrijven ieder een thema. De thema's beschrijven drie 'grote lijnen' die herkenbaar zijn bij de zeven verschillende externe eisen. De thema's geven mede antwoord op de vraag welke relevante, externe eisen actoren stellen aan de borstkankerzorg. De thema's komen aan bod in de conclusie. Verder zijn er twee tekstvakken die opvallende resultaten uitlichten en één tekstvak bevat citaten die een analyse ondersteunen. De eerstvolgende paragraaf beschrijft de lessen uit het verleden.

6.2 Lessen uit het verleden

Er zijn twee ontwikkelingen die bepalend waren voor de wijze waarop ziekenhuizen tegenwoordig de borstkankerzorg bieden. De eerste ontwikkeling is de opkomst van de mammapoli en de tweede ontwikkeling is de opkomst van prestatie-indicatoren. Beide ontwikkelingen geven een beeld van externe eisen en de wijze waarop leiders van ziekenhuizen daar in de afgelopen vijftien jaar mee om gingen.

De volgende paragrafen beschrijven beide ontwikkelingen.

6.2.1 De ontwikkeling van de mammapoli

“Als je kijkt, en als ik er dan een jaartal bij neem, in '95, 1996, 15 jaar geleden al, toen werd er gesproken over mamma poli's (...) iets wat nu een harde eis is.”

(Respondent 4)

De ontwikkeling van mammapoli's is halverwege de jaren '90 begonnen. Een ziekenhuis dat als één van de eersten in Nederland een mammapoli opzette, deed dit in 1999 (Respondent 8).

Een mammapoli heeft in ieder geval de volgende kenmerken:

- Een korte toelooptijd
- Snelle diagnose;
- Een korte doorlooptijd;
- Multidisciplinair werken;
- *Mammacare* verpleegkundigen.

(Respondenten 1,2,4,5,6,7,8,9) (Zie ook §3.3)

Hierna bespreekt deze paragraaf kort de kenmerken van de mammapoli en de ontwikkeling van het opzetten van mammapoli's in Nederland.

Een korte toelooptijd betekent dat een patiënt binnen een aantal dagen na een diagnose van mogelijke borstkanker bij het ziekenhuis terecht kan voor een definitieve diagnose.

De patiënt komt naar de mammapoli voor een definitieve diagnose over de mogelijke borstkanker. De mammapoli is er op gericht om binnen één dag alle onderzoeken te verrichten op basis waarvan de medisch-specialist een diagnose kan stellen. In veel gevallen is het mogelijk om op dezelfde dag de definitieve diagnose te stellen. Dit is medisch gezien niet altijd mogelijk. In ieder geval moeten ziekenhuizen binnen een werkweek de diagnose stellen.

In het geval de patiënt borstkanker heeft, dan is het van belang dat zij zo snel mogelijk terecht kan voor een operatie. De mammapoli richt zich er op om een korte doorlooptijd te realiseren. De operatie moet volgens de normen van de Nabon in ieder geval binnen vier weken plaats vinden (Respondent 7).

Op de mammapoli werken verschillende medische disciplines met elkaar samen om borstkanker te behandelen. Er is sprake van multidisciplinair werken. Bij de behandelingen van borstkankerzorg zijn disciplines betrokken zoals de chirurgie, radiologie, pathologie, oncologie, radiotherapie en plastische chirurgie. Bij de mammapoli is de samenwerking niet ad hoc. De samenwerking is structureel.

Patiënten met borstkanker worden op de mammapoli begeleid door de *mammacare* verpleegkundige of *nurse practitioner*. De respondenten beschrijven de

speciaal opgeleide verpleegkundigen ieder op een eigen manier (Respondenten 1, 2, 4, 10). De beschrijving van de *mammacare* verpleegkundige door Borstkankervereniging vat het goed samen: “De spil op de mammapoli is de nurse practitioner (NP-er), een gespecialiseerde verpleegkundige op het gebied van borstkanker. Zij is opgeleid om specifieke taken van een arts over te nemen. De NP-er begeleidt en onderzoekt nieuwe patiënten op de poli en legt samen met de chirurg het behandelplan uit. Ze coördineert de behandeling en de zorg op de polikliniek, geeft voorlichting aan patiënten en ondersteunt hen tijdens het hele proces. Ook maakt een *mammacare*verpleegkundige deel uit van het team. Zij begeleidt patiënten en richt zich vooral op emotionele hulp. Ze verleent bijstand na een slechtnieuwsgesprek en ondersteunt bij vragen over het behandelplan en je ziekte. Patiënten kunnen rechtstreeks terecht bij de *mammaverpleegkundige*. Een *mammacare*verpleegkundige verricht zelf geen medische handelingen.” (Borstkanker.nl, 2011)

Ieder ziekenhuis uit dit onderzoek heeft een mammapoli. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en de Borstkankervereniging Nederland eisen van ziekenhuizen dat ze voldoen aan de eisen van de mammapoli (Respondenten 1, 4, 5).

Opvallend is dat de mammapoli tien tot vijftien jaar geleden startte als een innovatie:

“Dus, dus terug naar je vraag, was dat niet vanuit extern, was dat wel zo dat, dat toen die chirurgen, Jose, weet ik nog goed, of Joke, Joke was dat. Die zei van, elders hebben ze mammapoli, nou dat zou ik erg leuk vinden. (...) Daar zou de patiënt veel baat bij hebben. (...) Dus dit kwam vanuit de specialist zelf, maar wel omdat elders aangetoond was, dat dat succesvol was. (...) En, en, dan, dan ga je er mee aan de slag.”
(Respondent 8).

Verschillende ziekenhuizen in Nederland zetten in deze periode een mammapoli op. Ze innoveerden om de kwaliteit van de borstkankercare te verbeteren. Na verloop van tijd gingen de IGZ en zorgverzekeraars eisen dat ziekenhuizen een mammapoli zouden opzetten:

“2: In '95 / '96 werkte ik toen in Venray en toen kwamen er allerlei artikelen over mammapoli. (...) En toen zei ik tegen de chirurgen, goh, zou het niet slim zijn als wij een mammapoli opstarten? Toen hebben we samen naar dat hele spul gekeken. En het eerste wat ik zeg van: dan gaan we er in snelheid op achteruit. Dat kon toen nog, dat is vijftien jaar geleden. (...) Tien jaar geleden, als je geen mammapoli had, dan kreeg je problemen met de Inspectie, kreeg je problemen met de zorgverzekeraars

1: Die begonnen dan te protesteren?

2: Die begonnen dan te protesteren, van ja, je moet een mammapoli opzetten. Maar, van lieverlee begonnen ze te zeggen van, eigenlijk zou ieder ziekenhuis dat moeten hebben. Zes jaar geleden, gewoon bikkelhard, geen mammapoli, dan kopen wij geen zorg meer in.”

(Respondent 4).

De mammapoli startte als innovatie, maar een aantal jaren later staat de mammapoli niet meer ter discussie. De mammapoli werd langzamerhand een externe eis waar ziekenhuizen aan moesten voldoen. Ziekenhuizen moeten tegenwoordig de borstkankercare organiseren aan de hand van de kenmerken van de mammapoli. In het citaat op de volgende pagina geeft één van de respondenten daar een voorbeeld van:

“2: Ja, als je kijkt naar in ieder geval de eisen die de Nederlandse Vereniging voor Borstkankerzorg en NABON stellen dan is multidisciplinair werken een belangrijk issue, inderdaad. (...) Die eisen ook dat je een multidisciplinair overleg hebt. (...) Dat is een van de criteria waar je aan moet voldoen

1: Ja, ja. Maar zou je aan de andere kant nog kunnen leveren terwijl je dat niet hebt, of is het echt zo van...

2: Nee, dat kan niet meer.

1: Nee, nee

2: Nee, dat kan echt niet”

(Respondent 1).

De volgende paragraaf beschrijft kort de tweede ontwikkeling, de opkomst van prestatie-indicatoren.

6.2.2 De ontwikkeling van prestatie-indicatoren

“Nou aan de hand van de indicatoren zijn wel dingen geoptimaliseerd. (...) Daar zijn, daar ben je wel mee doende.”

(Respondent 7)

In 2004 en 2005 ontwikkelden de organisaties ZonMw en CBO de eerste prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen in Nederland. Dit waren de zogenaamde ‘etalage indicatoren’ (Respondent 3). Na de introductie van deze eerste prestatie-indicatoren ontwikkelden vele andere organisaties prestatie-indicatoren.

Anno 2011 hebben de IGZ; Zichtbare Zorg; Zorgverzekeraars Nederland; iedere zorgverzekeraar afzonderlijk; de Borstkankervereniging en de Consumentenbond prestatie-indicatoren waar ziekenhuizen gegevens voor aanleveren. Iedere hoofd Kwaliteit uit dit onderzoek gaf aan dat het aantal prestatie-indicatoren voor alle specialismen op dit moment van een enorme omvang is (Respondenten 3, 5, 6, 7,8).

De volgende paragraaf analyseert de opkomst van de mammapoli en de prestatie-indicatoren.

6.2.3 Externe eisen: van innovatie naar ‘license to operate’

Het opzetten van mammapoli’s begon aanvankelijk als innovatie. Door een mammapoli op te zetten konden patiënten voortaan beter, sneller en goedkoper behandeld worden. In het Jeroen Bosch ziekenhuis, bijvoorbeeld, zette een gedreven medisch-specialist samen met de medewerker Kwaliteit een mammapoli op (Respondent 8). Het Jeroen Bosch ziekenhuis was één van de eerste ziekenhuizen in Nederland, die zo’n poli opzette.

De bestuurder, medisch-specialisten en managers van bijvoorbeeld het Bethesda ziekenhuis volgen ontwikkelingen op het gebied van borstkankerzorg. Bij dit ziekenhuis volgden ze de trend in Nederland op en leefden ze de extern eis na om een mammapoli op te zetten (Respondent 1).

Uit de interviews en voorgaande beschrijving blijkt dat de mammapoli aanvankelijk begon als een innovatie. Na verloop van tijd werd het echter een externe eis van zorgverzekeraars en de IGZ. De mammapoli is dan een ‘license to operate’. Ziekenhuizen die op een later moment in de tijd geen mammapoli opzetten en daarom niet voldoen aan de vereisten zoals een korte toelooptijd, kunnen vroeg of laat geen borstkankerzorg meer bieden aan hun patiënten. Dit omdat de IGZ dit dan

niet meer accepteert of omdat zorgverzekeraars de borstkankerzorg niet meer inkopen bij dit ziekenhuis.

Dezelfde analyse is van toepassing op de opkomst van prestatie-indicatoren. ZonMw en CBO ontwikkelden prestatie-indicatoren om hiermee de zorg te verbeteren en inzichtelijker te maken. Een aantal jaren daarna zijn ziekenhuizen verplicht om structuur, proces en uitkomst indicatoren aan te leveren aan bijvoorbeeld de IGZ, Zichtbare Zorg en zorgverzekeraars.

Beide voorbeelden geven blijk van een ontwikkeling waarbij innovatie het startpunt was. Na verloop van tijd veranderden de innovaties in externe eisen waar ziekenhuizen tegenwoordig aan moeten voldoen. Innovaties werden na verloop van tijd 'license to operate'. Leaders van ziekenhuizen hebben geen keuze. Ze moeten voldoen aan deze eisen of ze moeten stoppen met het bieden van borstkankerzorg.

6.2.4 Strategische reacties in het verleden

Bij de vijf van de zes ziekenhuizen uit dit onderzoek was er geen sprake van dat ze vroegtijdig, uit eigen beweging een mammapoli opzetten. De vijf ziekenhuizen zetten een mammapoli op, toen het in meer of mindere mate een dwingende externe eis was.

De strategische reactie van de vijf ziekenhuizen is berusten en de tactiek naleven. Voor deze ziekenhuizen werd bijvoorbeeld tijdens gesprekken met de IGZ of zorgverzekeraars duidelijk dat deze externe actoren wilden dat het ziekenhuis een mammapoli op zou gaan zetten. De ziekenhuizen kozen ervoor om aan de externe eisen te voldoen. Het volgende citaat en citaten van § 6.3.1 ondersteunen de analyse dat ziekenhuizen in het verleden berustten in de externe eisen van de mammapoli en prestatie-indicatoren:

"2: Nou aan de hand van de indicatoren zijn wel dingen geoptimaliseerd. (...) Daar zijn, daar ben je wel mee doende

1: Ja, zijn dat bijvoorbeeld dan de wachttijden of wat zijn dat voor

2: Eh, ook wel wat, die multidisciplinaire besprekingen, weet je wel, die je dus heel breed doet. Ja een chirurg en oncoloog en een radiotherapeut erbij vanuit Zwolle en vanuit de IKNL mensen erbij, maar ook intern, bijvoorbeeld de diëtiste erbij, heel breed opgezet. Nou, dat mamma overleg dat was vier jaar geleden was dat meer ad hoc dan dat dat structureel was en het is nu wel structureel geworden.

Waar we ook wel op ingezet hebben, dat de onderzoeken, op het moment dat de patiënt hier voor het eerst, de eerste dag komt, het eerste polikliniek bezoek, dan is de richtlijn dat je zoveel mogelijk moet zorgen dat ze aan het eind van de dag ook hun uitslagen hebben. (...) Nou, dat was eerst ook niet zo, dan had je eerst toch wel onderzoek over meerdere dagen. Nu is het bijna altijd zo dat de patiënten al die onderzoeken op dezelfde dag ondergaan. Voorbeeldje is, vorig jaar konden wij nog niet voldoen aan een bepaald onderzoek, ik weet niet meer hoe het precies heette, stereotactische biopten, moeilijk woord. Maar die, die besteden we uit. (...) Dat leidt er dan wel toe, dat met de ziekenhuizen die dat onderzoek niet binnen twee dagen of vijf dagen kunnen doen, dan gaan we wel met hun aan tafel van, als jullie blijvend daar niet aan kunnen voldoen, kunnen wij niet, voldoen wij niet aan de eisen van de borstkankerzorg, dus dat wil dan zeggen dat we waarschijnlijk naar een ander ziekenhuis gaan."

(Respondent 7)

Deze paragraaf beschreef op welke wijze leiders van ziekenhuizen omgingen met de externe eisen 'mammapoli' en 'prestatie-indicatoren'. De volgende

paragrafen beschrijven de huidige externe eisen aan borstkankerzorg. De prestatie-indicatoren komen in §6.6 nog eens uitgebreid aan bod.

6.3 Overzicht van de externe eisen

Uit de interviews blijkt dat leiders van ziekenhuizen strategisch reageren op de volgende externe eisen aan borstkankerzorg:

- Overheidsbeleid & wetgeving (§6.4)
- Toezicht & controle van het ziekenhuis (§6.5)
- Prestatie-indicatoren (§6.6)
- Medisch-professionele richtlijnen (§6.7)
- Ranglijsten (§6.8)
- Onderscheidingen (§6.9)
- Accreditatie & Certificatie (§6.10)

De komende paragrafen beschrijven de externe eisen en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen.

6.4 Overheidsbeleid & wetgeving

“Echter, door de druk van de overheid, rondom kosten, überhaupt in ziekenhuizen, rondom het volume, rondom nieuwe DOT, financieringsstructuur, eigenlijk alles op een hoop, gewoon de positie die de ziekenhuizen toebedeeld worden, maar waaraan wij ook moeten voldoen in de toekomst, komt de vraag over keuzes in de zorg veel meer op je af.”
(Respondent 2)

6.4.1 De externe eis ‘overheidsbeleid en wetgeving’

De borstkankerzorg heeft vooral indirect te maken met de externe eisen van overheidsbeleid en wetgeving (Respondent 1). Opvallend is dat de verschillende respondenten het beleid van de overheid en het Ministerie met name in verband brengen met het beteugelen van de totale kosten van de zorg (Respondenten 1, 2, 6, 7).

De overheid en het Ministerie van VWS zetten aan tot marktwerking, specialisatie en concentratie van zorg. In 2012 voert de overheid een nieuwe financieringsstructuur in, de DOT-zorgprestaties (Website Rijksoverheid, 2011). Deze paragraaf bespreekt de externe eisen van de overheid en het Ministerie van VWS.

Bij de borstkankerzorg is de marktwerking in de zorg merkbaar. De behandelingen bevinden zich in het B-segment. Binnen het B-segment is er sprake van vrije prijsvorming. Dat betekent dat ziekenhuizen onderling met elkaar kunnen concurreren op de prijzen voor de behandeling van borstkanker. In jaarlijkse gesprekken met zorgverzekeraars spreekt ieder ziekenhuis de prijzen af voor onder andere de borstkankerbehandelingen (Respondenten 3, 5).

Een aantal respondenten geven aan de indruk te hebben dat de overheid wil dat ziekenhuizen zich gaan specialiseren. En zorgbehandelingen moeten zich meer concentreren in een beperkter aantal ziekenhuizen (Respondenten 2, 6, 7). Concentratie van zorg betekent voor leiders van ziekenhuizen dat ze portfoliokeuzes gaan maken. Door portfoliokeuzes te maken kunnen ziekenhuizen zich meer richten op de behandelingen waar ze goed in zijn. Op basis van de portfoliokeuzes kunnen ziekenhuizen zich eventueel verder specialiseren in enkele behandelingen. Het maken van portfoliokeuzes kan bijvoorbeeld betekenen dat leiders van ziekenhuizen

ervoor kiezen te stoppen met behandelingen waar een ziekenhuis middelmatige of onvoldoende kwaliteit biedt. Of ze kiezen er bijvoorbeeld voor om te stoppen met de borstkankerbehandelingen, omdat het ziekenhuis de behandeling weinig uitvoert of er verlies op lijdt.

Het maken van portfoliokeuzes, of andere keuzes naar aanleiding van de ontwikkeling tot concentratie van zorg, is een thema dat speelt bij alle ziekenhuizen binnen dit onderzoek. Een citaat over de ontwikkeling tot concentratie van zorg van één van de respondenten:

“En daarmee zijn we nu natuurlijk samen met het Emma aan kijken van, goh, hoe kunnen we elkaar vinden en in principe is de visie dat wij beide basisziekenhuizen willen blijven bestaan. En dat we dan gaan kijken van welke zorg waar gecentraliseerd kan worden”. (Respondent 7).

Een ontwikkeling die mogelijk bijdraagt aan specialisatie en concentratie van zorg, is de invoering van de DOT-zorgprestaties vanaf 1 januari 2012. Volgens één respondent is een gevolg van de DOT-zorgprestaties dat de financiering van behandelingen meer gescheiden van elkaar zal plaats vinden:

“2: De andere ontwikkeling die op ons afkomt is natuurlijk de DOT, de financieringswijze. (...) En wat je dan dus niet meer krijgt is de kruisbestuiving in financieringen, he (...) En lever je op het ene profiel geld in en op het andere profiel verdien je waanzinnig veel. En dat hevel je natuurlijk over, anders kun je geen ziekenhuis besturen. Want het ene kan niet bestaan zonder het andere. (...) Straks wordt dat natuurlijk die DOT registratie in die DBC en dan wordt dat natuurlijk veel meer dat

1: Aparte kokers als het ware

2: Ja aparte kokers zijn. En dan moet het ook opleveren wat het kost en omgekeerd. Je moet ook zuiniger gaan doen, maar goed, dan is die kruisbestuiving minder aan de orde.

(Respondent 2)

De striktere scheiding van de financiering van behandelingen kan een extra prikkel vormen voor ziekenhuizen om te specialiseren en portfoliokeuzes te maken.

Naast de externe eisen die leiden tot concentratie van zorg, gaven twee respondenten aan dat ze de indruk hebben dat de overheid wil dat het aantal ziekenhuizen in Nederland minder wordt (Respondenten 5, 9):

“En ook daar kwam weer naar voren dat de idee bestaat van dat de regering heel graag zou willen dat 100 ziekenhuizen teruggebracht worden naar 40, 50 ziekenhuizen. Dus gewoon minder ziekenhuizen, grotere ziekenhuizen, meer fuseren (...)” (Respondent 5).

De overheid en het Ministerie van VWS leggen nadruk op de beweging van ziekenhuizen naar de markt. Het besproken overheidsbeleid past bij de marktwaarden efficiëntie (concentratie van zorg), kostenminimalisatie (idem) en competitie (B-segment). Daarnaast past het bij de waarde betaalbaarheid uit het domein van de staat.

De overheid en het ministerie van VWS zetten aan tot marktwerking, specialisatie en concentratie van zorg. Bovendien, mogelijk wil de overheid dat er in de toekomst minder ziekenhuizen zijn in Nederland.

6.4.2 De strategische reacties op overheidsbeleid en wetgeving

De overheid en het ministerie van VWS zetten aan tot marktwerking, specialisatie en concentratie van zorg. Volgend jaar zal de overheid de DOT-zorgprestaties invoeren en bovendien is het mogelijk dat de overheid wil dat er in de toekomst minder ziekenhuizen zijn in Nederland (Zie § 6.4.1). Deze externe eisen hebben invloed op de het aanbod en de organisatie van de borstkankerzorg

Wat betreft de marktwerking onderhandelen alle leiders van ziekenhuizen met zorgverzekeraars over de kostprijzen voor de borstkankerzorg. Leiders berusten in dit gevolg van de marktwerking. Leiders onderhandelen met zorgverzekeraars over de kostprijs van de borstkankerzorg.

Wat betreft specialisatie en concentratie van zorg zijn de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen wat minder uitgesproken. De indruk is dat specialisatie en concentratie van zorg bij ziekenhuizen middels een langduriger proces tot stand zal komen. Qua tijdsverloop is het mogelijk vergelijkbaar met bijvoorbeeld de ontwikkeling van de mammapoli.

Ondanks dat de leiders minder uitgesproken strategische reacties hebben rondom specialisatie en concentratie, blijkt uit de interviews dat leiders van in ieder geval vier van de zes ziekenhuizen berustend omgaan met deze externe eis (Respondenten 1, 2, 4, 6, 7, 10). Dit is op te maken uit de manier waarop de leiders erover praten: 'we zijn aan het kijken naar samenwerking', 'de ontwikkeling die op ons afkomt' (Zie citaten § 6.4; 6.4.1). De leiders aanvaardden het als een gegeven dat de ontwikkelingen tot specialisatie en concentratie in toenemende mate het beleid van ziekenhuizen zal bepalen. Ook het volgende citaat ondersteund deze analyse:

"2: Wij krijgen dadelijk bepaalde centra's, die aangewezen worden om bepaalde zorg te leveren en ik denk dat dat ook goed is

1: Ja, oké, dus dat is heel erg vanuit VWS bedoel je...?

2: Je gaat toch niet... ja vanuit VWS zal daar preferentiebeleid gaan gelden. Dat zal nog wel wat stappen duren, maar op een gegeven moment is het ook logisch dat een klein ziekenhuis niet alle operaties meer kan uitvoeren en een groot ziekenhuis ook niet alles zal kunnen. (...) Je zult keuzes moeten maken wie het beste welke zorg kan leveren. (...) He, welke keuzes maak je als ziekenhuis? Wil je specialiseren in oncologie of wil je excelleren in vaatchirurgie? Wil je excelleren... je zult keuzes moeten maken, je kunt niet alles

1: Nee, nee

2: Die tijd is voorbij"

(Respondent 10).

Bij de DOT-zorgprestaties die in ziekenhuizen in 2012 moeten implementeren reageren leiders van de ziekenhuizen op soortgelijke wijze als hiervoor beschreven. Zo geeft een respondent aan dat ze de organisatie klaar aan het maken zijn voor de invoering van de DOT (Respondent 2).

Ziekenhuizen berusten in de eisen van de overheid en het ministerie van VWS. Dit beïnvloedt het aanbod en de organisatie van de borstkankerzorg. De leiders zijn zich bewust van de externe eisen en kiezen ervoor om hier aan te voldoen.

De volgende paragraaf beschrijft de externe eis 'Toezicht & controle van het ziekenhuis'.

Thema: ‘Betere zorg tegen lagere kosten’

Dit onderzoek onderscheidt drie thema's wat betreft de externe eisen aan borstkankercare. Het eerste thema is 'betere zorg tegen lagere kosten'.

Een aantal externe eisen aan borstkankercare richten zich er op dat de kwaliteit van de (borstkanker)care toeneemt, terwijl de kosten verminderen. De overheid, zorgverzekeraars en medisch-professionele verenigingen stellen externe eisen die aan deze ontwikkeling moeten stimuleren.

De overheid stimuleert marktwerking, concentratie van care en specialisatie van ziekenhuizen om de totale kosten van de care te drukken. Zorgverzekeraars onderhandelen, bijvoorbeeld, met ziekenhuizen over kostprijzen, stellen eisen aan de kwaliteit van de care. Ze stimuleren op verschillende manieren de ontwikkeling richting betere care, tegen lagere kosten. Zorgverzekeraar CZ stelt bijvoorbeeld volumennormen aan de borstkankercare in ziekenhuizen. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde stelt ook volumennormen aan de borstkankercare. Het beoogde effect van de volumennormen is betere care tegen lagere kosten. De volumennormen kunnen de ontwikkeling tot concentratie van care stimuleren.

De externe eisen van de overheid, zorgverzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Heelkunde zijn voor leiders van ziekenhuizen sterke prikkels tot betere care tegen lagere kosten. Leiders van ziekenhuizen kunnen de externe eisen bijvoorbeeld naleven door portfoliokeuzes te maken, door te specialiseren, door competitieve kostprijs afspraken en eventueel door samen te werken met andere ziekenhuizen.

Uit dit onderzoek blijkt dat leiders van ziekenhuizen berusten in de ontwikkeling die moet leiden tot betere care tegen lagere kosten.

6.5 Toezicht & controle van het ziekenhuis

“Ik bedoel van, eh, IGZ ben je verplicht op te leveren. (...) Dus in het rijtje, als wij de hele bulk moeten opleveren. IGZ, dat is geen vraag, dat doen we gewoon.”

(Respondent 7)

6.5.1 De externe eis ‘toezicht & controle’

De IGZ houdt toezicht op onder andere de borstkankercare in ziekenhuizen. De IGZ geeft op verschillende manieren vorm aan de taak om toezicht te houden. De drie vormen van toezicht zijn gefaseerd -, thematisch – en incidententoezicht. Daarnaast spoort de IGZ strafbare feiten op (IGZ, 2011, p. 8)

Het gefaseerd toezicht vindt plaats doordat ziekenhuizen jaarlijks cijfers rapporteren aan de IGZ op basis van prestatie-indicatoren. De volgende paragraaf beschrijft welke informatie ziekenhuizen door middel van de prestatie-indicatoren moeten aanleveren (zie § 6.6). Deze paragraaf beschrijft op welke wijze er bij ziekenhuizen sprake is toezicht en controle op de borstkankercare.

Op basis van de rapportage van de gegevens over de prestatie-indicatoren voert de IGZ jaarlijks een gesprek met het ziekenhuis. In dit gesprek verantwoordt het ziekenhuis haar prestaties. Leiders van ziekenhuizen lichten specifieke cijfers en ontwikkelingen toe. In het geval van ongewenste resultaten en ontwikkelingen, moet hierover verantwoording afgelegd worden. Vervolgens maakt de IGZ afspraken over het verbeteren van de prestaties. Wanneer er bij een ziekenhuis, bijvoorbeeld, in vergelijking met andere ziekenhuizen, sprake is van relatief lange wachttijden voor

de borstkankerzorg, dan moet het ziekenhuis uitleggen wat hier de oorzaken van zijn. Op basis van de rapportage en het jaargesprek kan de IGZ verbeterpunten bespreken en bindende afspraken maken met ziekenhuizen (Respondenten 1-10).

Het toezicht en de controle van de IGZ past bij de waarde controleerbaarheid uit het domein van de staat.

6.5.2 De strategische reactie 'berusten' op toezicht & controle

Deze paragraaf beschrijft de strategische reacties op de externe eisen van de IGZ. De IGZ is een overheidsorganisatie die de wettelijke taak heeft om toezicht te houden op ziekenhuizen en bijvoorbeeld op de borstkankerzorg in ziekenhuizen. De IGZ is bevoegd om bindende afspraken te maken en kan in het uiterste geval een geheel of gedeeltelijke sluiting opleggen. Het toezicht en de controle door de IGZ zijn voor leiders van alle ziekenhuizen vanzelfsprekend (Respondenten 1-10). Leiders van ziekenhuizen berusten in de externe eisen van de IGZ. De volgende twee citaten ondersteunen deze analyse:

"(...) de Inspectie draagt op bepaalde zaken, dat moet je geregeld hebben (...) Ja, dan kan de organisatie hoog en laag springen, maar dan moeten ze het wel regelen."
(Respondent 8)

En:

"De Inspectie kan hier komen, kan hier kijken van... We hebben hetzelfde gehad op de operatiekamer, daar bleven specialisten en verpleegkundigen horloges dragen, haren niet onder hun pet. De Inspectie kwam daar en die hebben daar een onderzoek gedaan, ze hebben dat gezien, ja, die waren... Ik zat in de verslaglegging met hun en de eerste en enigste vraag die ik gesteld heb is: Vind u dat de patiëntveiligheid in het geding is op de operatiekamer? Toen zeiden ze volmondig 'ja'. Oké, nou, dan keek ik naar de Raad van Bestuur, dan hebben we een probleem. Dan zeggen ze, nou, we geven jullie een half jaar om de boel op orde te krijgen. Daar zijn we fors mee aan de slag gegaan"
(Respondent 8)

Leiders van ziekenhuizen willen en moeten voldoen aan de eisen van de IGZ. Aan de andere kant is er wel een bepaalde ruimte voor het sluiten van compromissen. Een respondent vertelde dat hij in gesprek met de IGZ wel eens aangegeven had dat ze de eisen van de IGZ niet zouden inwilligen:

"Eh, dat we zeggen dat we zoveel doen dat we de organisatie intern niet gek gaan maken, dat we focussen ook echt op deze zes dimensies. (...) Dat is ons uitgangspunt en dat we ons niet gek laten maken met van alles en nog wat. We hebben het ook wel eens tegen de hoofdinspecteur gezegd en die zei van, nou, nee, dat kan ik respecteren. (...) Dat kan ik respecteren en dan maak je keuzes. Maar dat betekent dat je het wel op orde moet hebben. Dat is dan wel de andere kant van het verhaal, terecht, terecht. (...) Dat zegt de hoofdinspecteur. Prima dat jullie keuzes maken, dat respecteer ik, jullie maken het beleid. (...) Wij gaan niet op de rol van de Raad van Bestuur zitten, maar wij willen komend jaar wel dat dat dan ook op orde is. (...) En dan laten we de rest even voor wat het is. (...) Daar kom ik dan daarna wel mee."
(Respondent 8)

Zoals blijkt uit dit voorbeeld zijn eventuele compromissen met de IGZ van tijdelijke aard. Uiteindelijk zal de IGZ zich er op richten dat ziekenhuizen voldoen aan de eisen die zij stellen aan de borstkankerzorg (Respondenten 4, 8).

De volgende paragraaf beschrijft dat een deel van de leiders van ziekenhuizen een nauwkeurige rapportage aan de IGZ vermijden.

6.5.3 De strategische reactie ‘vermijden’

Deze paragraaf beschrijft dat er leiders van ziekenhuizen zijn die een nauwkeurige rapportage aan de IGZ vermijden. Zeven van de tien respondenten gaven aan dat een gedeelte van de andere ziekenhuizen in Nederland de gegevens over prestatie-indicatoren onnauwkeurig rapporteert aan de IGZ. Eén respondent is van mening dat sommige, andere ziekenhuizen in Nederland sjoemelen met de rapportage aan de IGZ. Geen van de geïnterviewde respondenten gaf aan dat het om het eigen ziekenhuis gaat.

Op basis van de interviews stelt dit onderzoek dat een gedeelte van de leiders van ziekenhuizen een nauwkeurige rapportage aan de IGZ vermijdt. Deze leiders verbergen een gedeelte van de feitelijke gegevens over de eigen prestaties, bijvoorbeeld op het gebied van borstkankerzorg. In het tekstvak hieronder volgen een aantal citaten van respondenten over de strategische reactie van het vermijden van een nauwkeurig rapportage aan de IGZ.

Citaten met betrekking tot de strategische reactie ‘vermijden’

“1: (...) Ik kan me ook herinneren dat u aan het begin van het gesprek iets noemde van, ja er wordt, ik weet de exacte woorden niet meer, maar het klonk een beetje als, ja, er wordt gesjoemeld met de indicatoren die er worden opgegeven

2: Nou, je weet natuurlijk, een beetje fine-tunen noem ik het dan maar, maar dat zal in alle ziekenhuizen zo zijn. Je weegt de getallen toch wel tig keer voordat je ze naar buiten brengt. (...) En dat zal altijd wel zo blijven. (...) En, en, eh, dubieuze getallen, die het getal, eindgetal negatief kunnen beïnvloeden, waarvan je zelf ook zegt, van, nou, willen we die nou wel of niet meewegen? Die houden we er dan toch heel snel buiten. Dat is ook een hele normale trek die we zullen hebben, in alle ziekenhuizen. (...) Waardoor het getal wat er uiteindelijk uitrolt altijd ietsje meer geflatteerd eruit ziet. (...) Dan, dan, eh, dan het misschien in werkelijkheid is. Maar dat is wel redelijk goed te onderbouwen, want, ja, dit is. Nou, bijvoorbeeld bij decubitus, als het tussen graad 2 en 3 is, ja, dan is er wel eens twijfel tussen 2 en 3. Nou, graad 3 moet je niet hebben, dat is teveel, dus dan zeg je, nou, oké, dan, dan laat ik dit maar even gewoon voor graad 2 en dan is het ook geen 3, want we waren het er toch al niet echt over eens of het nou graad 2 of 3 is. (...)”
(Respondent 5)

(Vervolg op de volgende pagina)

De citaten van respondenten uit het tekstvak gaan steeds over ‘andere ziekenhuizen’. De respondenten spreken niet over het eigen ziekenhuis en noemen geen ziekenhuizen bij naam. Kritiek hierop kan zijn dat dit onbetrouwbare informatie is, omdat het ‘van horen zeggen’ is. Echter, zeven van de tien respondenten van dit onderzoek hebben gesproken over ziekenhuizen die onnauwkeurig rapporteren aan de IGZ. In één van de citaten geeft respondent 3 een duidelijk voorbeeld over een ziekenhuis met een decubitus score van 0%. De respondent geeft aan dat dit in feite niet mogelijk is.

(Vervolg) Citaten met betrekking tot de strategische reactie 'vermijden'

"2: Kijk, we moeten het wel in het jaarverslag allemaal keurig zetten, wij zijn akelig netjes in de leer. Ik vind af en toe bijna op het overdrevene af. Met als gevolg dat we ook niet echt veel hoog staan in die ranking. We zitten wel in de top-20, maar als ik rond ging vragen in de ziekenhuizen, hoe ze het deden en waarom ze dan zo laag scoorden, dan hoorde je gewoon gesjoemel met die getallen. Ja, dat vind ik niet kunnen. Dat vind ik in deze wereld echt niet kunnen.

1: Nee, want ziekenhuizen geven dus zelf hun cijfers, en (...) Dan ben je misschien niet altijd betrouwbaar bezig

2: Nee. En de Inspectie heeft toen aan de vooravond toen die ontwikkeling begon, heeft toen gezegd: Ja, wij zijn het orgaan dat daarop gaat toetsen en we zorgen dat die betrouwbaar worden, want een paar van die steekproeven en we geven gewoon een forse waarschuwing. Nou, dat hebben ze nooit gedaan.

1: Die steekproeven hebben ze nooit gedaan? Dus dat geeft ruimte voor ziekenhuizen om te sjoemelen.

2: Dat geeft ruimte. Dat geeft dus nu inmiddels zeven jaar ruimte.

1: Ja

2: En ziekenhuizen pakken die ruimte."

(Respondent 2)

"2: Ik ben er ook van overtuigd dat er ziekenhuizen zijn die op sommige items ruim meten

1: Ja? Wat betekent dat 'ruim meten'?

2: Dat je wel heel erg de grens opzoekt

1: Ja, maar hoe doe je dat dan? Doe je dan een andere steekproef of

2: Doe je een andere steekproef

1: Beetje meer extrapoleren zeg maar, wat kleinere

2: Ja, als ik eh, ik kan een prevalentie meting doen. Rondom decubitus. (...) En die doe ik in mei. En die komt er niet gunstig uit. (...) Dan doe je hem in september toch nog een keer? (...) En degene die het beste is die pak je dan toch? (...) En is het niet zo dat ik in mei of september, pak ik misschien de verkeerde maanden, dan zou ik moeten zeggen, februari, want dan heb je de tent vol liggen. Alle ziekenhuizen liggen dan helemaal vol. En heb je veel heupfracturen en nogal wat oudere mensen liggen et cetera. Dan is de kans op decubitus groter dan in september. (...) Maar, in september kan ik bepaalde momenten hebben die mijn getal omhoog krikken. Nou, dan leg ik mijn steekproef misschien wel op een ander moment neer."

(Respondent 4)

"2: En dat wij ook wel eens andere verhalen horen van andere ziekenhuizen (...)

2: Die daar toch wat minder zorgvuldig mee omgaan dan wij dat doen

1: Oke, ja dus jullie kennen die verhalen ook?

2: Zeker, zeker

1: Wat betekent dat dan? Minder zorgvuldig? Wat is dat? Is dat steekproeven anders uitvoeren...?

2: Ja, bijvoorbeeld, of meer een beetje, ik praat voor mijn burens, dus ik heb eigenlijk geen idee hoe ze het doen, maar wel dat je hoort in overleg dat ze schattingen maken en dergelijke. En dat ze gewoon in overleg, nou, het is ongeveer dit. Kijk en bij ons zal een specialist ook zeggen, goh, ik verwacht dit of dat, 35% (...) Maar als wij dan uit de systemen halen 80%, dan gaan we kijken waar die discrepantie zit. Er zijn veel ziekenhuizen die dat stuk niet meer doen. (...) Die gewoon zeggen van, nou, de specialist zegt 35%, ik vertrouw hem op zijn blauwe ogen en het is klaar"

(Respondent 3)

(Vervolg op de volgende pagina)

(Vervolg) Citaten met betrekking tot de strategische reactie ‘vermijden’

“Maar als je, ja soms, eh, van andere ziekenhuizen. Ja, ziekenhuizen bijvoorbeeld als je het hebt over decubitusbeleid, 0% scoort, dat kan gewoon niet. He, dus dat. (...) En, en, ik denk dat, het wordt uitgevraagd, maar ik denk niet dat ze, ehm, er zitten geen randvoorwaarden aan, hoe je het moet opleveren, de databases worden niet gecontroleerd en...”

(Respondent 3)

*“2: (...) Want ik heb bijvoorbeeld met een ander ziekenhuis (...) Dat heel goed scoorde op decubitus, ehm, ben ik na gaan vragen, van goh, dit is wel heel uitzonderlijk, wij willen graag van jullie leren. Hoe doen jullie dat? Ja, dan krijg je een verhaal van, ja, we hebben het berekend, kwam er een cijfer uit. Hebben we nog eens een formule overheen gedaan, toen kwam er nog een cijfer uit, nog een formule.. en ik zeg, o, totdat het een wenselijk cijfer werd? Nou en toen, daar wist hij geen antwoord meer op. Dus dat, ja, dat verondersteld een beetje dat het een beetje een duistere wereld is. En je kan het niet hard maken en dat moet je ook niet doen, want je kan alleen voor je eigen cijfers instaan
1: Nee, nee. Ja*

2: Maar, doordat er geen toetsingskader op zit, gaat het een eigen leven leiden.”

(Respondent 3)

“Met name de IGZ indicatoren lagen laten nog aan de interpretatie-kant te wensen over. (...) Waardoor je soms ook denkt dat je met verschillende maten zit te meten bij verschillende ziekenhuizen”

(Respondent 7)

Respondenten 2 en 3 zijn beide van hetzelfde ziekenhuis. Ze gaven allebei aan dat het ziekenhuis haar gegevens zeer nauwkeurig opstelt en rapporteert. Ze gaven aan dat het ziekenhuis hier nadeel van ondervindt, bijvoorbeeld door lager te scoren op de AD Top 100. Verder gaven zij beiden concrete voorbeelden van het onnauwkeurig rapporteren door andere ziekenhuizen. Bovendien roept het citaat van respondent 5 vragen op over de betrouwbaarheid van de gegevens die dit ziekenhuis aanlevert. De hiervoor genoemde punten en het feit dat zeven respondenten aangeven dat er sprake is van onnauwkeurige rapportage, maken het zeer aannemelijk dat er inderdaad sprake van is dat een gedeelte van de Nederlandse ziekenhuizen haar gegevens onnauwkeurig rapporteert aan de IGZ.

Dan komt de vraag aan de orde waarom ziekenhuizen onnauwkeurig rapporteren. Een eerste reden die respondenten noemen, is dat de gegevens die een ziekenhuis aanlevert aan de IGZ bepalend zijn voor de positie op de AD Top 100 ranglijst. De rapportage aan de IGZ heeft aldus een strategische dimensie voor leiders van ziekenhuizen, volgens vijf respondenten van vier ziekenhuizen (Respondenten 2, 3, 5, 7, 10). Hoe beter de cijfers zijn die het ziekenhuis aanlevert aan de IGZ, des te beter het ziekenhuis zal scoren op de AD Top 100. De rapportage aan de IGZ is medebepalend voor het imago van het ziekenhuis, vanwege de AD Top 100. Drie respondenten van twee ziekenhuizen gaven aan dat ze bijvoorbeeld een slechtere positie hadden op de AD Top 100, vanwege hun eerlijke en nauwgezette rapportage aan de IGZ (Respondenten 2, 3, 10)(Zie § 6.8 voor meer over de AD Top 100 ranglijst).

Een tweede reden die respondenten noemen, is dat er nu eenmaal de ruimte is voor eigen interpretaties. Vier respondenten geven aan dat de prestatie-indicatoren van de IGZ onnauwkeurig geformuleerd zijn (Respondenten 2, 3, 4, 7). Er

zit bijvoorbeeld geen duidelijk toetsingskader op de prestatie-indicatoren, die aangeeft wanneer en op welke wijze de steekproeven plaats moeten vinden.

Een derde reden voor de onnauwkeurig rapportage aan de IGZ kan volgens respondenten zijn dat de IGZ tot nu toe geen controles en steekproeven uitvoert over de gegevens die ziekenhuizen aanleveren (Respondenten 2, 3, 7). Daarnaast ontbreekt een *accounting*-functie over de grote hoeveelheden getallen die ziekenhuizen zelf registreren en opleveren aan de IGZ.

Deze drie mogelijke redenen die respondenten noemden, dragen bij aan de onnauwkeurige rapportage van gegevens aan de IGZ.

6.6 Prestatie-indicatoren

“Als we naar de prestatie-indicatoren rondom de mamma-chirurgie kijken, ja daar moet je aan voldoen. Voldoe je daar niet aan, dan moet je eigenlijk helemaal die zorg niet verlenen.”
(Respondent 4)

6.6.1 De externe eis ‘prestatie-indicatoren’

Deze paragraaf beschrijft de externe eis ‘prestatie-indicatoren’. “Prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die de kwaliteit, de veiligheid en de doelmatigheid van de zorg inzichtelijk maken. Prestatie-indicatoren zijn een nieuw fenomeen in de gezondheidszorg en zijn bedoeld om inzicht te geven in de organisatieresultaten over één kalenderjaar. De prestaties geven een goede indicatie van de kwaliteit, de veiligheid en de doelmatigheid van de geleverde zorg.” (Website AtriumMC, 2011).

Prestatie-indicatoren zijn externe eisen omdat het ziekenhuis geacht wordt binnen bepaalde waarden te blijven. Dat betekent bijvoorbeeld dat het percentage achtergebleven kankerweefsel na een operatie aan de borst slechts tot een bepaald percentage acceptabel is voor de IGZ. Aan prestatie-indicatoren zijn eisen verbonden van verschillende externe actoren. Hierna bespreekt deze paragraaf ten eerste de prestatie-indicatoren van de IGZ. Daarna beschrijft de paragraaf prestatie-indicatoren van andere organisaties.

De IGZ vraagt structuur-, proces- en uitkomstindicatoren uit bij ziekenhuizen (Respondenten 3, 7, 10). Structuurindicatoren gaan over de wijze waarop de borstkankerzorg is georganiseerd in het ziekenhuis. Een aantal structuurindicatoren zijn bijvoorbeeld het al dan niet aanwezig zijn van een voorlichtingsfolder; het al dan niet aanwezig zijn van *mammacare* verpleegkundigen; de momenten waarop het ziekenhuis patiënten informeert en de telefonische bereikbaarheid van de afdeling. (Respondenten 3, 7)

Procesindicatoren gaan bij de borstkankerzorg met name over de toeloop- en doorlooptijden. Bij de toelooptijd gaat het om de vraag hoe lang het duurt voordat de patiënt op de mammapoli terecht kan, na doorverwijzing door bijvoorbeeld de huisarts (Respondenten 3, 4, 7, 10). De doorlooptijden gaan bij de borstkankerzorg over de vraag hoe lang het duurt dat de patiënt verder kan naar de volgende stap in het behandelingsproces. Een aantal indicatoren zijn bijvoorbeeld hoe lang het duurt om de diagnose te stellen en hoe lang de patiënt moet wachten op de operatie, na de diagnose van borstkanker (Respondenten 3, 4, 6, 7).

Thema: 'Strijd om imago'

Dit onderzoek onderscheidt drie thema's wat betreft de externe eisen aan borstkankercare. Het tweede thema is 'strijd om imago'.

Uit dit onderzoek blijkt dat een goed imago van het ziekenhuis cruciaal is voor leiders van ziekenhuizen. Bij de externe eisen 'rapportage aan de IGZ'; 'ranglijsten' en 'onderscheidingen' blijkt een aantal keer dat strategische reacties van leiders sterk beïnvloedt worden door effecten van de externe eisen op het imago van het ziekenhuis. Uit het volgende citaat blijkt bijvoorbeeld het belang van het imago voor leiders van ziekenhuizen:

"2: En werden gebracht als zijnde een kwalitatief slecht ziekenhuis. (...) Ja, dat is natuurlijk heel vervelend voor je imago en eigenlijk voor alle credits die je langzamerhand opgebouwd hebt. (...)

1: Die zijn dan, in één keer staan die ter discussie, ja

2: Ja en wat wij ook het allerergste vonden was dat de patiënt in een zwart gat, want dat kun je niet voorkomen, dus je kunt niet mensen voorlichten. Dus er waren echt mensen, die vallen in een zwart gat. Als jij hoort dat jij net bent geopereerd in een ziekenhuis die slechte borstkankercare levert."

(Respondent 7).

Ranglijsten, certificaten en onderscheidingen zijn externe eisen die het imago van het ziekenhuis of de borstkankercare in het ziekenhuis kunnen beïnvloeden. In positieve of negatieve zin. Zo zijn er leiders van ziekenhuizen die onnauwkeurig rapporteren aan de IGZ, vanwege de invloed van de lijst op het imago. Een respondent:

"Omdat daar [ranglijsten, criteria] in toenemende mate heel veel aan gekoppeld wordt. Niet alleen je imago wordt daaraan gekoppeld, maar ook je afspraken met je verzekeraars over de hoeveelheid ingrepen die je mag doen".

(Respondent 5)

In sommige gevallen gebruiken ziekenhuizen positieve onderscheidingen zoals het Roze Lintje als middelen om een goed imago te behouden of te versterken. Dit blijkt onder andere uit het volgende citaat:

" (...) wij hadden nog geen roze lintje en dat kwam omdat we aan één kwaliteitscriterium niet voldeden. Maar volgens mij was dat, dat je meedeed aan het borstkanker patiënten tevredenheidsonderzoek van de NABON ofzo. Dan heb ik ook gezegd van ja, jongens. We zitten nu in een dusdanige situatie, dat roze lintje hebben we gewoon echt nodig. We besluiten nu dat we mee gaan doen aan dat patiënttevredenheidsonderzoek van de NABON. (...) En daarmee hadden we dus ook heel snel het roze lintje.

1: Ja, oké. Precies. Dus dat werkt dan ook misschien...

(...)

2: Dus dat heeft ook wel teweeg gebracht dat daar hier ook wat meer focus op is gekomen. Van ja, we willen toch ook laten zien dat onze borstkankercare gewoon goed is. Ja, daar heb je eigenlijk

1: Hoe doe je dat?

2: dat roze lintje voor nodig

(Respondent 1)

Wanneer externe eisen effecten hebben op het imago van het ziekenhuizen dan zal dit in veel gevallen de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen bepalen.

Uitkomstindicatoren richten zich op de concrete resultaten van de geboden borstkankerzorg. Het meten van de uitkomsten lijkt vooral plaats te vinden door middel van 'negatieve' indicatoren. Een aantal indicatoren zijn bijvoorbeeld het aantal her-operaties dat plaats vindt, het percentage patiënten met post-operatieve infecties en het percentage patiënten waarbij er kankerweefsel achterblijft (Respondenten 3, 7, 10).

De IGZ houdt toezicht op de borstkankerzorg in ziekenhuizen door middel van verschillende prestatie-indicatoren. Naast de IGZ vragen een heel aantal andere organisaties aan ziekenhuizen gegevens uit over prestatie-indicatoren, namelijk:

- Zichtbare Zorg
- Kiesbeter.nl
- Het Integrale Kankercentrum Nederland (IKNL) en het Integrale Kankercentrum Zuid (IKZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Zorgverzekeraars afzonderlijk
- De Borstkankervereniging
- De Consumentenbond

Hierna bespreekt deze paragraaf kort van iedere organisatie de prestatie-indicatoren. In 2008 werd Zichtbare Zorg gelanceerd als de éne organisatie waaraan ziekenhuizen al hun indicatoren zouden aanleveren (Respondent 3). Zichtbare Zorg is een programma van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, in opdracht van het ministerie van VWS. Sinds 2009 is het voor alle ziekenhuizen verplicht om gegevens over de verplichte prestatie-indicatoren aan te leveren aan Zichtbare Zorg (Website Zichtbare Zorg, 2011). De IGZ zette het programma aanvankelijk op in samenwerking met medische verenigingen en zorgverzekeraars met de afspraak dat verschillende organisaties de uitvraag van gegevens zouden beperken tot de uitvraag door Zichtbare Zorg (Respondent 3). De betrokken organisaties komen hun afspraak tot nu toe niet na. De beschrijving, later in deze paragraaf, van de prestatie-indicatoren van de organisatie Zorgverzekeraars Nederland en van de zorgverzekeraars laten dit zien.

Zichtbare Zorg vraagt net als de IGZ jaarlijks gegevens uit over structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. De prestatie-indicatoren van Zichtbare Zorg verschillen van de prestatie-indicatoren van de IGZ. De gegevens die ziekenhuizen aanleveren aan Zichtbare Zorg zijn – zoals de naam van de organisatie doet vermoeden – openbaar. (Respondenten 2, 3, 5, 6, 7).

De website Kiesbeter.nl is van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kiesbeter.nl is een website met medische informatie over aandoeningen, behandelingen, zorgverleners en zorgverzekeringen voor volwassen inwoners van Nederland. De website is er in opdracht van het Ministerie van VWS, die tevens de enige financier is. Op de website is er algemene informatie te vinden over borstkanker en borstkankerbehandelingen. Verder is er voor de borstkanker per ziekenhuis specifieke informatie te vinden over de wachttijden, de kwaliteit en de behandeling. Borstkanker is op dit moment de enige aandoening waarvan er op de website per ziekenhuis specifieke informatie is over de behandeling. De informatie over het ziekenhuis levert ieder ziekenhuis zelf aan. De IGZ en Zichtbare Zorg leveren de informatie over de kwaliteit van de borstkankerzorg in ziekenhuizen aan (Kiesbeter.nl).

De derde organisatie waar ziekenhuizen gegevens aan aanleveren is het Integrale Kankercentrum Nederland (IKNL). Het IKNL werkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de oncologische en palliatieve zorg. Het IKNL initieert, ondersteunt en coördineert werkgroepen van deskundigen, ontwikkelt programma's en helpt bij de uitvoering (Website IKNL, 2011). Voor Noord-Brabant en Noord-Limburg is de IKZ het Integrale Kankercentrum. Ziekenhuizen leveren gegevens aan bij het IKNL of IKZ. Per borstkankerpatiënt levert het ziekenhuis over verschillende indicatoren gegevens aan. Dit zijn bijvoorbeeld de gegevens over de DBC's die voor een patiënt zijn geopend, de kankersoort(en) die de patiënt had en of de patiënt al dan niet een her-operatie moest ondergaan (Respondenten 1-7, 10).

Ziekenhuizen leveren ook gegevens aan, aan de organisatie Zorgverzekeraars Nederland. 'Zorgverzekeraars Nederland (ZN) behartigt de belangen van de ondernemingen die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden' (Website ZN, 2011). Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn vertegenwoordigd in deze organisatie. ZN vertegenwoordigt de zorgverzekeraars onder andere bij Zichtbare Zorg en kan hierdoor medebepalen welke indicatoren Zichtbare Zorg uitvraagt. Opvallend is dat ZN, ondanks de indicatoren van Zichtbare Zorg, zelf een heel aantal gegevens uitvraagt bij ziekenhuizen (Respondenten 5, 6).

Naast – en ondanks – de IGZ, Zichtbare Zorg en ZN zijn er vele zorgverzekeraars die ieder afzonderlijk gegevens uitvragen over eigen prestatie-indicatoren. Twee respondenten geven aan dat ze dit niet de ideale situatie vinden (Respondenten 3, 7). Een citaat hierover:

“Nou, de zorgverzekeraars beloven ons al een paar jaar dat zij zich zullen conformeren aan Zichtbare Zorg. (...) En, maar, ze vragen ook elke keer zelf nog weer extra gegevens uit, dus ze conformeren zich aan Zichtbare Zorg en de bedoeling is dat het dat is voor ziekenhuizen, maar ook dit jaar hebben ze wel weer extra vragen uitgezet. En dat doen zeggen ze, omdat ze anders onvoldoende discriminerend vermogen hebben. Dan kunnen ze geen selectie maken tussen ziekenhuizen, want daar vinden ze de Zichtbare Zorg indicatoren nog onvoldoende aan [voldoen].”

(Respondent 7).

De zorgverzekeraars gebruiken de gegevens van Zichtbare Zorg, ZN en de eigen prestatie-indicatoren om keuzes te kunnen maken bij de inkoop van zorg bij verschillende ziekenhuizen.

De Borstkankervereniging Nederland (BVN) gebruikt gegevens van Zichtbare Zorg en vraagt daarnaast zelf gegevens uit aan ziekenhuizen. De BVN gebruikt de gegevens voor een online Borstkankermonitor (Website Borstkankervereniging Nederland, 2011). De monitor biedt patiënten informatie over de borstkankerszorg, die kan helpen bij het maken van een keuze voor een ziekenhuis.

Naast de Borstkankermonitor reikt de BVN een Roze Lintje uit. Ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de BVN krijgen een Roze Lintje. De BVN let daarbij op een aantal structuur-, proces- en uitkomstindicatoren (Basiseisen BVN, 2011; Respondenten 1, 4, 5, 7, 9, 10) (Zie §6.9).

De Consumentenbond biedt leden per aandoening informatie over de (kwaliteit van) verschillende onderdelen van de behandeling. De Consumentenbond doet dit op basis van de gegevens van Zichtbare Zorg. De organisatie geeft leden op basis van deze informatie een beeld van de borstkankerszorg per ziekenhuis (Respondenten 3, 6).

De besproken prestatie-indicatoren passen in de eerste plaats bij de waarde controleerbaarheid uit het domein van de staat. Daarnaast passen de prestatie-indicatoren bij de marktwaarden effectiviteit en efficiëntie; en bij de gemeenschapswaarde toegankelijkheid. De proces-indicatoren, bijvoorbeeld, passen bij de waarden toegankelijkheid en efficiëntie. En de uitkomst-indicatoren passen bij de waarde effectiviteit.

Prestatie-indicatoren vormen bij elkaar vele externe eisen aan de borstkankerczorg. Het zijn eisen aan de structuur, het proces en de uitkomsten van de borstkankerczorg in ziekenhuizen. Er zijn ook prestatie-indicatoren die zich richten op het volume van de borstkankerbehandelingen en op de ervaring van medisch-specialisten.

De volgende drie paragrafen bespreken kort de drie punten waar leiders van ziekenhuizen strategisch op reageren wat betreft de prestatie-indicatoren.

6.6.2 Prestatie-indicatoren: het bestaan en de omvang ervan

Ziekenhuizen hebben sinds 2005 te maken met prestatie-indicatoren. Verschillende respondenten geven aan dat er erg veel prestatie-indicatoren zijn, die de ziekenhuizen moeten aanleveren aan de verschillende, genoemde organisaties (Respondenten 3, 5, 6, 7, 8, 10). De respondenten noemen verschillende aantallen. Voor het gehele ziekenhuis gaat het in totaal om 2000-3000 prestatie-indicatoren. Zo heeft bijvoorbeeld de IGZ in totaal 47 sets van indicatoren, voor alle behandelingen in het ziekenhuis. Eén respondent geeft aan dat hij nauwelijks tijd heeft om zich te richten op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, omdat er jaarlijks vele indicatoren bijkomen. Hij is vooral druk met het organiseren van de rapportage aan de verschillende organisaties (Respondent 6).

Het kost ziekenhuizen veel werk om de vele prestatie-indicatoren aan te leveren aan de verschillende organisaties. Dit werpt de vraag op welke strategische reacties leiders van ziekenhuizen hebben op het bestaan van de prestatie-indicatoren, de omvang en de hoeveelheid werk die het oplevert.

6.6.3 Prestatie-indicatoren: transparantie door de openbaarheid van gegevens

De prestatie-indicatoren zorgen ervoor dat de ziekenhuis organisatie transparanter is. Er is een enorme openbaarheid van (prestatie)gegevens ontstaan door de uitvraag van prestatie-indicatoren. De openbaarheid van gegevens heeft een consequenties voor de borstkankerczorg in ziekenhuizen. Zo is het domein van de medisch-specialist op een heel aantal punten inzichtelijker, meer meetbaar en meer vergelijkbaar geworden voor externe actoren.

De openbaarheid van gegevens over prestaties van ziekenhuizen op het gebied van borstkankerczorg door middel van prestatie-indicatoren werpen de vraag op welke strategische reacties leiders van ziekenhuizen hebben op dit punt.

6.6.4 Prestatie-indicatoren: informatie die leidt tot externe eisen

De prestatie-indicatoren en de openbaarheid van gegevens hebben tot gevolg dat externe actoren meer informatie hebben op basis waarvan ze eisen kunnen stellen aan ziekenhuizen. Zorgverzekeraars, bijvoorbeeld, hebben door middel van de prestatie-indicatoren strategische inkoop- en sturingsinformatie in handen. Op basis van de prestatie-indicatoren kunnen zorgverzekeraars bijvoorbeeld weigeren bepaalde zorg in te kopen bij het ziekenhuis. Of zorgverzekeraars leggen met de gegevens in de hand eisen voor veranderingen neer bij ziekenhuizen.

Prestatie-indicatoren bieden externe actoren informatie op basis waarvan ze eisen kunnen stellen aan de borstkankerzorg. Dit werpt de vraag op welke strategische reacties leiders van ziekenhuizen hebben op dit punt.

De volgende paragrafen bespreken de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen.

6.6.5 Strategische reacties op het bestaan en de omvang van prestatie-indicatoren

Wat betreft het eerste punt, het bestaan en de omvang van de indicatoren, hebben leiders van ziekenhuizen in de eerste plaats vooral berusten als strategische reactie en naleven als tactiek. Leiders van ziekenhuizen zorgen ervoor dat het ziekenhuis alle indicatoren aanlevert die de verschillende organisaties van hen vragen (Respondenten 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10). Bijvoorbeeld:

“Ja maar, wij voldoen aan alle eisen die zorgverzekeraars stellen, dat is het hem juist. Dus daar zit het hem niet in. (...) Dus dat doen wij ook. He, dus wij leveren al die ZIZO indicatoren, de prestatie-indicatoren, de Inspectie indicatoren, nou ja, zelfs de proces-indicatoren leveren wij aan. Dus dat doen wij ook. (...) En dat vinden wij ook belangrijk hoor, om dat goed voor elkaar te hebben.”

(Respondent 10)

En:

“Ja en het is zo, soms heb je er de balen van en bij mij is 1,5 FTE alleen al bezig met coördinatie van de indicatoren. Ja, dat is zo. (...) Maar je moet het gebruiken.”

(Respondent 8)

Leiders van ziekenhuizen berusten in het aanleveren van gegevens over prestatie-indicatoren, ondanks de omvang. Wat betreft de IGZ, Zichtbare Zorg, Kiesbeter.nl en de IKNL / IKZ is dit vooral te begrijpen doordat ziekenhuizen de gegevens verplicht moeten aanleveren aan deze organisaties.

Wat betreft het aanleveren van de gegevens aan de organisaties ZN, zorgverzekeraars, de BVN en de Consumentenbond spelen verschillende vormen van afhankelijkheid een rol bij het berusten in de externe eis. Leiders van ziekenhuizen leveren bijvoorbeeld de gegevens aan, aan zorgverzekeraars, omdat dit hun broodheren zijn. Leiders van ziekenhuizen zijn voor hun financiering afhankelijk van de zorgverzekeraars. Wat betreft de Consumentenbond is het in het belang van een betrouwbaar imago van het ziekenhuis om de gegevens aan te leveren. Het volgende citaat ondersteunt deze analyse:

“Tuurlijk ben je vrij om te voldoen aan eisen, of richtlijnen, of vragen, te voldoen, of niet voldoen aan bijvoorbeeld vragen vanuit de patiëntenverenigingen. (...) Marketingtechnisch natuurlijk niet slim.”

(Respondent 4)

Naast de verplichte indicatoren van zijn er (deels) niet-verplichte indicatoren van Zichtbare Zorg, ZN, zorgverzekeraars, de BVN en de Consumentenbond. Een aantal respondenten gaven aan dat ze wat betreft de niet-verplichte indicatoren er soms toch voor kiezen om de gegevens niet aan te leveren. Wanneer ze ervoor kiezen om de gegevens niet aan te leveren, dan doen ze dit meestal wanneer er anders geen tijd over blijft voor andere, verplichten taken (Respondenten 3, 5, 6, 7).

In dit geval is de strategische reactie compromis sluiten en de tactiek balanceren. Het volgende citaat verteld hierover:

“2: (...) Zichtbare Zorg de verplichte indicatoren ook en het niet verplicht, dat wordt elk jaar afgewogen waar we in meedoen. En de zorgverzekeraars, nou, wat we hebben dat leveren we op en dan gaan we ons niet in alle bochten wringen om daar ook te leveren en zeggen, laat ze maar bij ons komen, we maken de zaak voor hun inzichtelijk en..

1: Ja, ja, dus dat betekent ook dat jullie sommige indicatoren niet

2: Niet aanleveren aan de zorgverzekeraar

1: Ja, ja. En dat is dan vanuit de overweging om... omdat het te lastig is om te, te

2: Omdat het een tijdsinvestering kost van echt heel veel mensen. (...) En op een gegeven moment moet je keuzes maken waarin.. je kunt niet zoveel tijd steken in, nou ja, ondersteunende zaken. Het gaat er toch vooral om, om de zorg goed te leveren en dan gaat er teveel tijd en aandacht aan deze zaken. (...) Waarvan wij dan op een gegeven moment de toegevoegde waarde niet meer zien, dat je denkt van, hoeveel gegevens willen jullie hebben om te kunnen benchmarken?”

(Respondent 7)

Twee respondenten geven aan dat andere specialismen er in het verleden voor kozen om geen gegevens op te leveren, omdat ze bepaalde prestatie-indicatoren onzinnig vonden (Respondenten 3, 5)

Wat betreft het eerste punt, het bestaan en de omvang van de indicatoren, hebben leiders van ziekenhuizen voor verplichte indicatoren en bij organisaties waar ze van afhankelijk zijn berusten als strategische reactie en naleven als tactiek. Wat betreft de niet-verplichte indicatoren bij organisaties waar de leiders van ziekenhuizen van afhankelijk zijn, kiezen leiders van ziekenhuizen er soms voor om de gegevens niet aan te leveren in verband met andere verplichte taken.

6.6.6 De strategische reacties op de openbaarheid van gegevens

De vorige paragraaf besprak dat leiders van ziekenhuizen de gegevens over prestatie-indicatoren in nagenoeg alle gevallen aanleveren aan de verschillende organisaties die daar om vragen, onder andere vanwege de effecten op het imago. Leiders van een gedeelte van de ziekenhuizen in Nederland rapporteren onnauwkeurig aan de IGZ. Deze leiders kiezen ervoor om niet geheel transparant te zijn, voornamelijk vanwege het imago van het ziekenhuis. Desondanks is het over het algemeen zo dat leiders van ziekenhuizen transparant (moeten) zijn over hun prestaties.

Leiders van ziekenhuizen moeten transparant zijn over de prestaties van het ziekenhuis op het gebied van borstkankerzorg. Ten eerste zijn leiders van ziekenhuizen verplicht om transparant te zijn naar de IGZ, Zichtbare Zorg, Kiesbeter.nl en de IKNL / IKZ. Op de websites van Zichtbare Zorg en Kiesbeter.nl zijn de gegevens van alle ziekenhuizen in Nederland openbaar toegankelijk. Ten tweede zijn leiders afhankelijk van organisaties zoals ZN, zorgverzekeraars en de BVN. Deze organisaties willen dat het ziekenhuis transparant is over zijn prestaties als voorwaarde voor bijvoorbeeld de inkoop van zorg of een positieve presentatie van het ziekenhuis richting de leden van de vereniging.

Geen van de respondenten gaf aan moeite te hebben met de openbaarheid van de gegevens of met de consequenties van het bestaan van prestatie-indicatoren. Sterker nog, één van de ziekenhuizen zet per 1 juli 2011 een gedeelte van de

gegevens van prestatie-indicatoren op de eigen website. Het voornemen van dit ziekenhuis is om langzamerhand steeds meer gegevens online te zetten.

“We hebben wel gekozen om onze prestatie-indicatoren... we gaan volgende week op intranet, dus intern alles publiceren. (...) En een paar maanden daarna gaan we op internet alles publiceren. (...) Wij willen echt transparant zijn. (...) Je kunt zeggen, we doen het niet. Maar dan heb je volgens mij iets te verbergen, zo is mijn mening. (...) En je mag zeggen dat je met je ziekenhuis ook verbetert. Een ziekenhuis waar alles goed is, daar geloof ik niet in.”
(Respondent 10)

Leiders van ziekenhuizen berusten in de openbaarheid van de gegevens over de prestaties. Een gedeelte van de leiders van ziekenhuizen heeft echter een andere strategische reactie op deze eis. Leiders van ziekenhuizen reageren anders wanneer een externe actor de openbare gegevens koppelt aan een ranglijst of een kwaliteitscategorie die effect heeft op het imago van het ziekenhuis. Een voorbeeld hiervan is de strategische reactie vermijden op de rapportage aan de IGZ (Zie §6.5.3).

6.6.7 Strategische reacties op externe eisen van zorgverzekeraars

De IGZ, zorgverzekeraars en de Borstkankervereniging Nederland zijn organisaties die aan de hand van gegevens over prestatie-indicatoren om verbeteringen en veranderingen kunnen vragen bij leiders van ziekenhuizen. Uit de interviews blijkt dat leiders van ziekenhuizen berusten in de eisen die de genoemde externe actoren stellen, op basis van de gegevens over prestatie-indicatoren.

Dit hoofdstuk heeft de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen op de externe eisen van de IGZ eerder besproken (§6.5). De strategische reacties op externe eisen van de borstkankerzorg bespreekt dit hoofdstuk straks (§6.8)

Deze paragraaf bespreekt kort de strategische reacties van leiders op de externe eisen van zorgverzekeraars. De volgende drie citaten ondersteunen de analyse dat leiders van ziekenhuizen berusten in de externe eisen van zorgverzekeraars, die zij stellen op basis van de prestatie-indicatoren:

“Ja maar, wij voldoen aan alle eisen die zorgverzekeraars stellen, dat is het hem juist. Dus daar zit het hem niet in.”
(Respondent 10)

En:

“Dus die hebben, ja, je moet je daarin een soort van opstellen als een, eh, hoe moet ik het zeggen, toch wel een beetje een klant. Zij naar onze klant... wij bieden de zorg aan, wij zijn de zorgaanbieder en zij zijn de klant, dus wij moeten het zo aantrekkelijk mogelijk maken. (...) Dus daarom willen we natuurlijk aan heel veel eisen voldoen.”
(Respondent 7)

En:

“Nou aan de hand van de indicatoren zijn wel dingen geoptimaliseerd. (...) Daar zijn, daar ben je wel mee doende. (...) Maar dat geeft wel meer druk als je daar niet goed op scoort, kijk, wij zeggen elke keer van, als je ergens niet goed op scoort, maar de rest van Nederland scoort er ook slecht op dan hoef je nog niet heel erg te gaan sprinten of je moet je daar in willen profileren, dat kan, maar anders kun je met de meute meegaan. En als blijkt dat jij een

van de weinige ziekenhuizen bent die de zaken niet op orde hebben, dan geeft dat wel een extra stimulans en dat geeft toch dat inzicht in die prestatie indicatoren.”
(Respondent 7)

De leiders van ziekenhuizen berusten in de externe eisen van zorgverzekeraars, die de eisen stellen op basis van prestatie-indicatoren (Respondenten 3, 7, 8, 9, 10).

6.7 Medisch-professionele richtlijnen

“Vaak vertalen internationale ontwikkelingen zich in nieuwe of aangepaste richtlijnen, voor Nederland. Want, de Nederlandse Vereniging voor Chirurgie, de Nederlandse Vereniging voor Oncologie die passen ook voortdurend hun richtlijnen aan op basis van internationale en landelijke ontwikkelingen op dat gebied. (...) Die kijkt ook sterk naar allerlei wetenschappelijk onderzoek dat er wordt gedaan en kijken of daarin een aanleiding ligt om je eigen protocollen en richtlijnen aan te gaan passen. (...) En zodra protocollen en richtlijnen aangepast worden, dan is dat gewoon dé nieuwe standaard volgens welke je hoort te werken.”

(Respondent 1).

6.7.1 De externe eis ‘medisch-professionele richtlijnen’

Medisch-professionele richtlijnen zijn externe eisen vanuit de medisch wetenschappelijke verenigingen. Bij de borstkankerzorg gaat het om de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH), de Nederlandse vereniging voor Oncologie (NVvO), het Nationale Borstkankeroverleg (NaBon) en de Integrale Kankercentra (IKNL / IKZ) (Respondenten 1, 3, 4, 5, 7).

De medisch-specialisten zijn verbonden aan de wetenschappelijke vereniging van hun specialisme. Binnen de verenigingen vindt er overleg plaats en de medisch-specialisten maken afspraken met elkaar. Deze afspraken vormen richtlijnen voor de medisch-specialistische behandelingen in Nederlandse ziekenhuizen (Bijvoorbeeld: Website NVvH, 2011).

De richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen hebben met name betrekking op het werk van de professional binnen het medisch-professionele domein. Dit betreft bijvoorbeeld richtlijnen en eisen aan de handelingen op de OK. De richtlijnen richten zich deels ook op organisatorische en procesmatige aspecten van het medisch-professionele handelen. De Nabon en de Nederlandse Vereniging van Heelkunde eisen bijvoorbeeld dat er structureel multidisciplinair overleg is rondom de zorg voor borstkankerpatiënten. Opvallend is dat de NvvH sinds kort een volume eis stelt aan de borstkankerzorg in ziekenhuizen. Een ziekenhuis moet van de NvvH minimaal 50 borstkankerbehandelingen per jaar doen (Respondenten 1, 4, 7). Een andere opvallende ontwikkeling is dat de NVvH er naar toe wil werken dat bij eventuele borstamputaties de medisch-specialisten direct werken aan een borstreconstructie. Hiervoor moet een plastisch-chirurg bij de borstamputatie aanwezig zijn (Respondent 4).

De medisch-professionele richtlijnen passen bij de waarden uit het medisch-professionele domein, namelijk de professionele autonomie, medische urgentie, vrije artskeuze en patiënten-zelfbeschikking.

6.7.2 De strategische reacties op medisch- professionele richtlijnen

De medisch-specialisten in alle ziekenhuizen moeten aan de richtlijnen voor de borstkankerzorg voldoen. De richtlijnen vormen de standaard volgens welke de ziekenhuizen moeten werken (Respondent 1). Leiders van ziekenhuizen hebben geen zeggenschap over het medisch-professionele domein. Ze moeten berusten in de medisch-professionele richtlijnen.

De strategische reactie van leiders van ziekenhuizen op medisch-professionele richtlijnen is berusten en de tactiek is naleven.

Thema: De ‘*licenses to operate*’ van verschillende externe actoren’

Dit onderzoek onderscheidt drie thema’s wat betreft de externe eisen aan borstkankerzorg. Het derde thema is ‘de voorwaardelijke ‘*licenses to operate*’ van verschillende externe actoren’.

Verschillende externe actoren verlenen als het ware een ‘*license to operate*’ aan de borstkankerzorg in het ziekenhuis. Die ‘*license to operate*’ van verschillende externe actoren krijgt het ziekenhuis voorwaardelijk. Het ziekenhuis moet voldoen aan de externe eisen om de ‘*license to operate*’ te verkrijgen of te behouden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bijvoorbeeld houdt toezicht op de borstkankerzorg in ziekenhuizen en geeft ziekenhuizen een voorwaardelijke ‘*license*’ om de zorg te bieden. Leiders van ziekenhuizen moeten gegevens aanleveren aan de IGZ en voldoende presteren om de voorwaardelijke ‘*license*’ te behouden. Een andere externe eis die bijvoorbeeld past bij dit derde thema is ‘medisch-professionele richtlijnen’. Medisch-professionele richtlijnen zijn externe eisen die voorschrijven op welke wijze ziekenhuizen borstkankerzorg moeten bieden aan patiënten. Leiders van ziekenhuizen mogen borstkankerzorg aanbieden in het ziekenhuis, zolang er voldaan wordt aan de medisch-professionele richtlijnen. Hetzelfde principe geldt ook voor het Roze Lintje van de Borstkankervereniging. Leiders van ziekenhuizen kunnen een Roze Lintje krijgen voor de borstkankerzorg, zolang ze voldoen aan de externe eisen van de Borstkankervereniging Nederland.

Leiders van ziekenhuizen kunnen van verschillende externe actoren de ‘*license to operate*’ ontvangen, op voorwaarde dat ze voldoen aan de externe eisen van de externe actoren.

Het ziekenhuis kan niet zonder de ‘*licenses*’ van ‘Overheidsbeleid & wetgeving’; ‘Toezicht & controle van het ziekenhuis’; ‘Medisch-professionele richtlijnen’; en een gedeelte van de externe actoren die ‘Prestatie-indicatoren’ uitvragen. Een leider van een ziekenhuis heeft de ‘*license*’ van bijvoorbeeld de IGZ nodig om borstkankerzorg te mogen bieden.

Dit geldt niet voor bijvoorbeeld het Roze Lintje. Leiders van ziekenhuizen hebben niet van alle externe actoren de ‘*license to operate*’ nodig om borstkankerzorg te mogen bieden. Dit geldt voor de externe eisen ‘Ranglijsten’; ‘Onderscheidingen’; ‘Accreditatie & Certificatie’ en een gedeelte van de externe actoren die ‘Prestatie-indicatoren’ uitvragen. Bij deze externe eisen kunnen leiders van ziekenhuizen er belang bij hebben om van een organisatie een ‘*license to operate*’ te verkrijgen.

6.8 Ranglijsten

“Wij vinden het prima dat iedereen inzicht heeft in onze zaken, maar we gaan juist ageren tegen het feit dat ze dat onjuist interpreteren.”

(Respondent 7)

6.8.1 De externe eis ‘ranglijsten’

Er zijn een aantal ranglijsten die op een (in)directe manier externe eisen vormen aan de borstkankerzorg in ziekenhuizen. Uit de interviews blijkt dat voor leiders van ziekenhuizen de volgende ranglijsten relevant zijn met betrekking tot de borstkankerzorg:

- CZ ‘Overzicht kwaliteitscategorieën borstkankerzorg’
- De Consumentenbond
- De AD Top 100

De ranglijsten van CZ en de Consumentenbond zijn aandoeningsgericht. De AD Top 100 is een algemene ranglijst, gericht op ziekenhuizen in hun geheel.

Door middel van ranglijsten stellen externe actoren eisen aan de borstkankerzorg en het ziekenhuis. Eén of meerdere criteria bepalen de rang of een kwaliteitscategorie op de lijst. De externe eisen bestaan uit de criteria die de rang of kwaliteitscategorie bepalen op de ranglijst. Uit dit onderzoek blijkt dat de ranglijsten en de criteria op basis waarvan ze zijn samengesteld invloed hebben op de borstkankerzorg en het ziekenhuis. Hierna beschrijft deze paragraaf kort iedere ranglijst.

Ten eerste de ranglijst van CZ. In oktober 2010 publiceert zorgverzekeraar CZ een lijst waarop ziekenhuizen zijn ingedeeld in verschillende kwaliteitscategorieën (Zie bijlage 3). De kwaliteitscategorieën zijn ‘beste’, ‘goed’, ‘kan beter’ en ‘niet-gecontracteerd’. De criteria van de lijst zijn verschillende medisch-inhoudelijke criteria, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van de medisch-specialisten. Uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken tellen ook mee. Echter, het zwaarst wegende criterium is het aantal behandelingen. Een ziekenhuis dat minder dan 70 borstkankeroperaties doet per jaar, valt automatisch in de kwaliteitscategorie ‘niet-gecontracteerd’. Dit betekent dat CZ voor het navolgende jaar wat betreft de borstkankerzorg geen contract afsluit met het ziekenhuis. Een ziekenhuis dat tussen de 70 en 150 behandelingen doet valt in de categorie ‘kan beter’. Bij meer dan 150 behandelingen kan een ziekenhuis in de categorieën ‘goed’ en ‘beste’ vallen. Een ziekenhuis valt in de ‘beste’ categorie wanneer het ziekenhuis hoog scoort op alle kwaliteitscriteria (Respondenten 1-10). De lijst is een externe eis. CZ verbindt consequenties aan het volume criterium. CZ moedigt ziekenhuizen aan om bijvoorbeeld het aantal borstkankerbehandelingen te verhogen of om te stoppen met de borstkankerzorg.

De Consumentenbond doet kwaliteitsonderzoek naar onder andere de borstkankerzorg. De Consumentenbond publiceert een ranglijst. Op deze lijst staat aangegeven wat de kwaliteit van de borstkankerzorg is in de Nederlandse ziekenhuizen en het is mogelijk om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken (Website Consumentenbond, 2011). De Consumentenbond baseert de lijst op gegevens van Zichtbare Zorg. Daarnaast vraagt Consumentenbond met enige regelmaat extra gegevens uit aan ziekenhuizen, naast de gegevens van Zichtbare Zorg (Respondent

5). De lijst van de Consumentenbond is een externe eis, omdat het voor leiders van ziekenhuizen een impuls kan vormen om de borstkankerzorg te verbeteren.

Het Algemeen Dagblad publiceert jaarlijks de AD Top 100. De AD Top 100 is een ranglijst die zich richt op de kwaliteit van zorg van het ziekenhuis in zijn geheel. Het AD selecteert prestatie-indicatoren die ze laten meewegen voor de ranglijst. Een aantal prestatie-indicatoren laten ze zwaarder wegen. Het is per jaar verschillend welke prestatie-indicatoren zwaarder meewegen. De AD Top 100 is een externe eis, omdat het voor leiders van ziekenhuizen een impuls kan vormen om de borstkankerzorg te verbeteren. Met name op het gebied van de criteria die het AD zwaarder mee laat wegen voor de samenstelling van de ranglijst.

Ondanks dat de AD Top 100 niet specifiek gericht is op de borstkankerzorg, kwam de ranglijst in meer dan de helft van de gesprekken aan de orde. In de meeste gesprekken begon de respondent over de ranglijst (Respondenten 2, 3, 5, 6, 7, 10). De wijze waarop de leiders van ziekenhuizen omgaan met de AD Top 100 draagt bij aan het beeld brengen van de wijze waarop leiders omgaan met externe eisen (aan de borstkankerzorg). Om deze twee laatstgenoemde redenen bespreekt dit onderzoek ook de AD Top 100 ranglijst.

De verschillende lijsten passen bij verschillende waardeoriëntaties, afhankelijk van de criteria op basis waarvan de lijst is samengesteld. De lijst van CZ past bij de waarden van de markt. De lijst van de Consumentenbond past bij de waarde 'controleerbaarheid' uit het domein van de staat en de medisch-professionele waarde 'patiënten-zelfbeschikking'. De AD Top 100 past bij de marktwaarde 'competitie'.

De volgende paragraaf beschrijft de strategische reacties op de lijst van CZ.

6.8.2 De strategische reacties op CZ 'Overzicht kwaliteitscategorieën borstkankerzorg'

De lijst van CZ heeft veel reacties opgeroepen bij leiders van ziekenhuizen, die het niet eens waren met de lijst. Verschillende leiders hebben gereageerd in de media, er zijn rechtszaken gestart en leiders hebben deelgenomen aan publieke discussies. Tijdens de interviews met respondenten kwamen echter ook positieve kanten van de lijst van CZ aan bod. Deze paragraaf begint met het beschrijven van verschillende reacties op de lijst.

Zo gingen een aantal leiders van ziekenhuizen na de publicatie van de lijst in gesprek met CZ. De volgende drie citaten geven daar een voorbeeld van:

"En dan, ja dat is ook wat ik net zei, he, van, ik heb het er ook met CZ over gehad, waarom dat ze dan, dit is een uitkomst-indicator, waarom ze die dan niet hebben meegenomen, maar zij gaven aan, ja, we hadden niet van al die ziekenhuizen die informatie, op dat gebied."
(Respondent 3)

En:

"Daar hebben we in de gesprekken die we daar over hebben gevoerd ook wel, nog aangegeven, kijk: Wij zijn een algemeen perifeer ziekenhuis. We hebben hier geen dokters in opleiding (...) En wij hebben ook tegen CZ gezegd, hoe weeg je dan dat soort aspecten mee?"
(Respondent 1)

En:

“2: Ja, wij hebben een mooi rapportje gemaakt waarin we hebben gezet dat we wel een categorie beter zouden verdienen

1: Ja. Een rapport, die staat op de site ofzo?

2: Dat, nee, dat is besproken met CZ destijds.”

(Respondent 6)

De strategische reactie van deze leiders was compromis sluiten en de tactiek onderhandelen (Respondenten 1, 3, 4, 6, 7). Dit waren respondenten van een ‘niet-gecontracteerd’, een ‘kan beter’ en een ‘goed’ ziekenhuis. In het gesprek met CZ wouden de leiders de rang op de lijst beïnvloeden. Ze probeerden te onderhandelen over de criteria en de titels van de kwaliteitscategorieën te beïnvloeden. CZ gebruikte bijvoorbeeld eerst ‘onvoldoende’ als kwaliteitscategorie. Na veel kritiek noemden ze deze kwaliteitscategorie ‘niet-gecontracteerd’. Hierna volgen een aantal citaten van respondenten die reageerden met ‘compromis sluiten’:

Een tweede strategische reactie van leiders van ziekenhuizen was ter discussie stellen en de tactiek in opstand komen. Deze strategische reactie van enkele leiders richtte zich op het volumecriterium en de kwaliteitscategorieën die CZ er aan koppelde (Respondenten 1, 5, 7). Deze drie respondenten van twee ‘niet-gecontracteerde’ ziekenhuizen stelden de lijst ter discussie. Deze leiders en ook leiders van andere ziekenhuizen gaven aan dat de koppeling tussen de volumenormen en de kwaliteitscategorieën op de lijst van CZ geen wetenschappelijke onderbouwing kennen:

“Dat is misschien een beetje misschien direct ook dezelfde kritiek geweest rondom het hele gedoe rond CZ, op hoe zij, alles rondom de borstkanker, hun afkappunt. (...) Hoe ze dat samenstelde. Daar is natuurlijk heel veel kritiek over geweest. Ook omdat dat dubieuze literatuur was, waarop ze zich baseerden. Daar het Nabon en de chirurgen in Nederland het volstrekt niet mee eens.”

(Respondent 5)

En:

“Wij vinden het prima dat iedereen inzicht heeft in onze zaken, maar we gaan juist ageren tegen het feit dat ze dat onjuist interpreteren.”

(Respondent 7)

Ziekenhuis Bethesda en het Slotervaart ziekenhuis zijn rechtszaken begonnen tegen CZ, omdat het criterium volgens hen niet wetenschappelijk te onderbouwen is. De koppeling aan de kwaliteitscategorieën is onterecht. De kwaliteitscategorieën van CZ geven in de ogen van de leiders van deze ziekenhuizen geen goed beeld van de kwaliteit van de borstkankerczorg in het ziekenhuis. Deze leiders stelden de lijst daarom ter discussie.

De gedachte dat de lijst geen goed beeld geeft van de kwaliteit van borstkankerczorg in Nederlandse ziekenhuizen hangt samen met wat leiders van ziekenhuizen zien als het motief van CZ om de lijst te publiceren. Nagenoeg alle respondenten geven aan dat ze de indruk hebben dat CZ de lijst ‘overzicht kwaliteitscategorieën borstkankerczorg’ publiceerde om concentratie van zorg in Nederland te stimuleren (Respondenten 1, 2 en 4-10). In het volgende citaat spreekt een respondent over het motief van CZ:

“Dus die woog wel erg zwaar [de volumenorm], dan kan de rest van je organisatie nog zo goed in elkaar zitten, misschien helemaal geen kankerweefsel of weinig na een operatie dat overblijft of wat is blijven zitten. Als je die 150 niet haalde, dan kwam je sowieso al niet in de categorie ‘goed’. (...) Dus die woog daar ontzettend zwaar. (...) En dat is gewoon omdat CZ daar naar toe wilde, om die zorg te concentreren. (...) Dus dan is dat een handige norm (...) Om te nemen.”

(Respondent 6)

De lijst van CZ kan de concentratie van zorg stimuleren doordat de ‘niet-gecontracteerde’ en ‘kan beter’ ziekenhuizen bijvoorbeeld de keuze maken om te stoppen met borstkankerzorg. De leiders van ziekenhuizen maken dan portfoliokeuzes. Leiders van ‘goede’ en ‘beste’ ziekenhuizen gaan dan mogelijk nog meer van deze behandelingen aanbieden. Deze gedachten zetten de CZ lijst in een heel ander licht. De ‘kwaliteitscategorieën’ op de lijst van CZ kunnen begrepen worden als ‘concentratie van zorg categorieën’. Dat wil zeggen, ‘beste’ en ‘goede’ ziekenhuizen moeten borstkankerzorg in hun portfolio houden. De ‘kan beter’ ziekenhuizen moeten kiezen tussen stoppen met borstkankerzorg of het verhogen van volumes. ‘Niet-gecontracteerd’ ziekenhuizen kunnen, als het aan CZ ligt, de borstkankerzorg in hun ziekenhuis het beste stopzetten. Leiders van ziekenhuizen protesteerden tegen de wijze waarop CZ de concentratie van zorg stimuleerde. CZ kon dit niet wetenschappelijk onderbouwen en bij een gedeelte van de ziekenhuizen had het negatieve effecten op het imago.

Een derde strategische reactie op de lijst van CZ is manipuleren en de tactiek is beïnvloeden

Een aantal leiders van ziekenhuizen probeerden de publieke perceptie te beïnvloeden. Dit waren leiders van ‘niet-gecontracteerde’, ‘kan beter’ en ‘goede’ ziekenhuizen.

Zo gaf mevrouw Erbudak bijvoorbeeld haar reactie op de lijst in een uitzending van Pauw en Witteman (Pauw en Witteman, 5 oktober 2010). Ze gaf aan dat ze de volumenorm niet terecht vond en ze verdedigde de kwaliteit van de borstkankerzorg in haar ziekenhuis. Vijf ziekenhuizen zetten informatie over de borstkankerzorg op hun website na de publicatie, of een persbericht. Een aantal ziekenhuizen probeerden de publieke opinie te beïnvloeden door middel van een informatieavond voor patiënten. De bestuursvoorzitter van het Catharina ziekenhuis ging in een openbaar ‘boksring’ debat van Skippr de discussie aan met de bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar CZ (Deskresearch). Een citaat waarin een respondent spreekt over het beïnvloeden van de publieke perceptie (strategische reactie manipuleren):

“En, ja wij hebben dat ook gedaan, want wij hadden nog geen roze lintje en dat kwam omdat we aan één kwaliteitscriterium niet voldeden. Maar volgens mij was dat je meedeed aan het borstkanker patiëntentevredenheidsonderzoek van de NABON ofzo. Dan heb ik ook gezegd van ja, jongens. We zitten nu in een dusdanige situatie, dat roze lintje hebben we gewoon echt nodig. We besluiten nu dat we mee gaan doen aan dat patiënttevredenheidsonderzoek van de NABON. (...) En daarmee hadden we dus ook heel snel het roze lintje. (...) Dus dat heeft ook wel teweeg gebracht dat daar hier ook wat meer focus op is gekomen. Van ja, we willen toch ook laten zien dat onze borstkankerzorg gewoon goed is. Ja, daar heb je eigenlijk (...) dat roze lintje voor nodig. (...) En toen was ook. Eerst werd daar intern eindeloos over gebakkeleid, van of nou wel of niet. Want we hadden ook een eigen patiënttevredenheidsonderzoek. Moeten we nou wel of niet daar aan mee doen? En die discussie kwam maar niet tot een eind, maar dit was wel een punt waarvan ik zei van ja we

gaan hier nu niet verder over discussiëren, we gaan het gewoon doen. (...) Dat roze lintje hebben!”

(Respondent 1)

Uit dit laatste citaat valt op te maken dat de respondent zich inzet om ervoor te zorgen dat zijn ziekenhuis een Roze Lintje zou krijgen, om zo de publieke perceptie te beïnvloeden. Het ziekenhuis van deze respondent valt in de categorie ‘niet-gecontracteerd’. Ook andere respondenten van niet-gecontracteerde ziekenhuizen vertelden over de negatieve invloed van de lijst van CZ op het imago van het ziekenhuis:

“Wij vonden destijds niet verkeerd dat CZ indicatoren benoemde en ook daarop productieafspraken maakte, maar wat wij niet goed vonden was dat we die via de media moesten horen, dat wij blijkbaar niet bij de selectie hoorden. (...) En werden gebracht als zijnde een kwalitatief slecht ziekenhuis.”

(Respondent 7)

En:

“1: Alleen in dit geval heeft het Slotervaart, he, komt mevrouw Erbudak in Pauw en Witteman, waarom in dit geval zo...”

2: Nou, omdat dat, dat heel erg de imago, eh, schade toericht

1: Afbreuk doet aan het imago

2: Afbreuk doet, ja. En ook omdat het zo haaks stond op de Pink Ribbon die we vlak daarvoor hadden gekregen. (...) Dus het was bijna ook onbegrijpelijk dat de CZ ons bij de slechtste zette. Het was niet eens dat we matig waren of niet heel erg goed. Dan zeg je, nou oké, ergens in het midden. Maar zelfs als we goed en niet zeer goed waren geweest had ze ook kritiek gehad.”

(Respondent 5).

De beschreven strategische reacties compromis sluiten, ter discussie stellen en manipuleren richten zich op de onjuistheid van de koppeling tussen de volumenormen en de kwaliteitscategorieën en de gevolgen hiervan voor het imago van het ziekenhuis. De genoemde strategische reacties richtten zich niet op de volumenorm *an sich*. Integendeel, eerder is beschreven dat nagenoeg alle leiders van ziekenhuizen de indruk hebben dat CZ wil dat ziekenhuizen portfolio keuzes gaan maken en zich specialiseren. Deze keuzes zouden moeten leiden tot concentratie van zorg. Uit de interviews bleek dat de volumenorm het belangrijkste criterium was voor de lijst van CZ en dat CZ daarmee de concentratie van zorg in Nederland wil stimuleren.

De strategische reactie van leiders van ziekenhuizen op deze stimulans van CZ tot concentratie van zorg is berusten en de tactiek is naleven. Dit is opmerkelijk. Er was veel ophef over de lijst van CZ en er waren verschillende strategische reacties op, zoals eerder beschreven. Uit de interviews blijkt echter dat respondenten de stimulans om tot concentratie van zorg te komen prima vinden. Leiders van ziekenhuizen zien concentratie van zorg als een ontwikkeling die op ziekenhuizen afkomt en waar ze hun strategie en beleid op af moeten gaan stemmen (Zie het thema ‘betere zorg tegen lagere kosten’ op p. 45) Dat betekent bijvoorbeeld dat leiders zich er nu en in de nabije toekomst op richten om portfoliokeuzes te maken (Respondenten 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10). Dit betekent bijvoorbeeld dat een ziekenhuis bepaalde behandelingen niet meer zal uitvoeren. Een aantal ziekenhuizen zijn hier op dit moment mee bezig en zoeken voor de behandelingen die een ziekenhuis zelf

niet meer uitvoert samenwerking met een ander ziekenhuis, die de behandeling wel zal blijven uitvoeren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het volgende citaat:

“Om de aantallen te kunnen halen, want, kijk, je ontkomt hier niet aan, los van wat de zorgverzekeraar wil. De Nederlandse Vereniging van Heelkunde heeft nu een minimum aantal benoemd. (...) Bij elke ingreep, zeg maar (...) Nou moet ik zeggen bij de kritische ingrepen, dus bij de high risk (...) aandoeningen. Nou daarvan, daar ontkomt je dus niet aan. Als ziekenhuis is het gewoon de uitdaging om te zorgen dat je toekomstvisie hebt, zodat je kunt samenwerken met anderen. Of zegt van, we doen met speerpunten, we doen het ene wel en het andere niet.”
(Respondent 7)

De leiders van het ziekenhuis van bovenstaand citaat maken portfolio keuzes en zoeken samenwerking voor behandelingen die ze niet meer zelf zullen uitvoeren.

De lijst van CZ past binnen de ontwikkeling ‘betere zorg tegen lagere kosten’ waarbij ziekenhuizen portfolio keuzes maken en zich specialiseren in een aantal behandelingen. Dit zal leiden tot concentratie van zorg in Nederlandse ziekenhuizen.

Bij ieder ziekenhuis uit dit onderzoek zijn leiders bezig met portfolio keuzes en specialiseren (Respondenten 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10). Bij vier van de zes ziekenhuizen uit dit onderzoek is er sprake van samenwerking met een ander ziekenhuis, of wordt er actief onderzocht hoe dit eventueel vormgegeven kan worden. Uit de portfolio keuzes, het specialiseren en het samenwerken blijkt dat de ziekenhuizen de externe eisen rondom het thema ‘betere zorg tegen lagere kosten’ naleven. Leiders van ziekenhuizen berusten in de externe eis dat de zorg in ziekenhuizen zich meer gaat concentreren. Een eis die onder andere zorgverzekeraar CZ stelt, door middel van de ranglijst ‘overzicht kwaliteitscategorieën borstkankerzorg’.

6.8.3 Strategische reacties op kwaliteitsonderzoek van de Consumentenbond

Vijf van de tien respondenten van vier ziekenhuizen noemden de ranglijst van de Consumentenbond, die voor de leden een ranglijst van ziekenhuizen publiceert op het gebied van borstkankerzorg (Respondenten 2, 3, 5, 6, 8). De vier ziekenhuizen leveren gegevens aan, aan de Consumentenbond. Het is aannemelijk dat de andere ziekenhuizen dit ook doen, alleen kwam de Consumentenbond in deze gesprekken niet aan de orde. Leiders van ziekenhuizen berusten en de tactiek is naleven wat betreft het aanleveren van gegevens (Respondent 5). De mogelijke negatieve effecten van het niet-aanleveren van gegevens op het imago van het ziekenhuis, vormt voor leiders van ziekenhuizen een prikkel om de gegevens aan te leveren. Eén van die mogelijk negatieve effecten is dat het ziekenhuis niet op de lijst voorkomt, of dat het laag op de lijst komt te staan, vanwege het ontbreken van gegevens (Respondent 4, 6).

Uit de interviews met respondenten werd niet duidelijk of de criteria van de Consumentenbond invloed hebben op de borstkankerzorg. Wat betreft dit punt kunnen daarom geen strategische reacties beschreven worden.

De volgende paragraaf beschrijft de strategische reacties op de AD Top 100.

Uitgelicht: ‘Tegenstrijdigheid’

Ziekenhuis Bethesda in Hoogeveen is in 2011 niet gecontracteerd voor de borstkankercare door zorgverzekeraar CZ. Bethesda is één van de vijf ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ te ver achterblijven bij de normen voor goede borstkankercare. CZ kende het ziekenhuis de kwaliteitscategorie ‘niet-gecontracteerd’ toe.

Hierna beschrijft dit tekstkader de wijze waarop andere externe actoren de kwaliteit van de borstkankercare in het Bethesda ziekenhuis beoordelen. Volgens de IGZ is de borstkankercare in alle ziekenhuizen van voldoende kwaliteit:

“De borstkankercare in Nederland voldoet aan de normen voor verantwoorde care. Als dat niet het geval zou zijn, zou de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ingrijpen.” (Website Zorgvisie, 2011).

De Borstkankervereniging kende het Bethesda ziekenhuis kort na de publicatie van de lijst van CZ een Roze Lintje toe. Bovendien heeft het Bethesda ziekenhuis een Topzorg certificaat gekregen van zorgverzekeraar Menzis. Er zijn in totaal twee ziekenhuizen in Nederland die specifiek voor de borstkankercare een Topzorg certificaat hebben gekregen van Menzis. Het Bethesda ziekenhuis kreeg voor de borstkankercare het Topzorg certificaat vanwege de snelle toegang, de goede communicatie en ‘betere’ care (Deskresearch).

Tijdens het interview toonde mevrouw Kats, hoofd Kwaliteit van ziekenhuis Bethesda, de toelichting van CZ op de kwaliteitscategorie ‘niet-gecontracteerd’ die CZ het Bethesda ziekenhuis toekende. Van CZ kreeg Bethesda een 7,9 voor de patiënttevredenheid en een 9 voor de kwaliteit van de chirurgen. Op alle andere kwaliteitscategorieën kende CZ telkens twee sterren toe aan de borstkankercare van het Bethesda ziekenhuis. Twee sterren was in dit geval de hoogste score.

De goede scores op de verschillende criteria betekenen dat het Bethesda ziekenhuis in de ‘beste’ kwaliteitscategorie ingedeeld zou worden, in het geval het ziekenhuis meer dan 150 behandelingen per jaar zou uitvoeren. Volgens mevrouw Kats scoort het Bethesda ziekenhuis op een aantal punten hoger dan een aantal van de huidige ‘beste’ ziekenhuizen.

Landelijk is er veel discussie geweest over de lijst van CZ, omdat het de volumennormen koppelde aan kwaliteitscategorieën. Volgens verschillende ziekenhuizen en medisch wetenschappelijke verenigingen bestaat er geen medisch wetenschappelijk bewijs voor deze aanname van CZ.

Uit dit voorbeeld blijkt de tegenstrijdigheid die er kan zijn tussen de verschillende externe eisen aan de borstkankercare en de oordelen over de kwaliteit van de care.

6.8.4 Strategische reacties op de AD Top 100

Het AD ontleent de gegevens voor de ranglijst aan de IGZ. Zoals eerder besproken in § 6.5.3 zijn er meerdere ziekenhuizen die onnauwkeurig rapporteren aan de IGZ. Eén van de redenen hiervoor is het feit dat het AD gebruikt maakt van de gegevens van de IGZ. Hierdoor is er een prikkel voor een deel van de ziekenhuizen om de gegevens over de prestatie-indicatoren met het oog op het imago gunstiger naar buiten te brengen. Dit leidt tot onnauwkeurig rapporteren aan de IGZ.

Deze paragraaf richt zich op het begrijpen van de wijze waarop leiders van ziekenhuizen omgaan met de publicatie van de AD Top 100. Ten eerste geven leiders van ziekenhuizen van vier ziekenhuizen aan dat de AD Top 100 van belang is voor het imago van het ziekenhuis. Een ziekenhuis wil het liefste goed scoren op de lijst en bijvoorbeeld in de top 10 of top 20 komen. Dit blijkt onder andere uit de volgende citaten:

“2: Het AD

1: Is die belangrijk?

2: Nou, niet op één onderdeel, maar het totaal is natuurlijk wel belangrijk. Ziekenhuizen die, hoe je het ook went of keert, die willen liever niet onderaan in de AD top 100 staan. (...) Dus die is in die zin wel belangrijk, dat wij, in het totale plaatje graag goed willen scoren, ja.”

(Respondent 7).

En:

“Ja, ja, ja. Kijk, o, ik heb hem hier nu niet meer hangen, maar als je zo’n AD Top 100 hebt, kijk, iedereen kan wel zeggen, ja het is een oliebollenlijstje, maar iedereen wil ook wel graag bovenaan staan.”

(...)

2: Maar ik denk wel dat het is van, ja, wat je zegt, reputatie, he, van eh (...) Niemand wil op plaats 99 staan.”

(Respondent 3)

Een aantal respondenten relativeren het belang van de lijst (Respondenten 2, 5, 7). Dit blijkt uit de volgende twee citaten:

“Wij vinden dat er heel veel energie gaat zitten in al die lijstjes, terwijl, je wil die zorg verbeteren, dus je moet je daar ook niet door laten leiden. (...) Maar bij het AD dan denk ik van ja (...) Dat is minder belangrijk.”

(Respondent 7)

En:

2: Nou, stel wij scoren op CZ slecht, of wij scoren op het AD slecht. Hoe lang heb je daar überhaupt last van en komen patiënten daardoor minder? Of verwijzen huisartsen minder? Nou die effecten schat ik bijna in op nul. (...) Echter, patiënten hebben het er wel over. (...) maar de eerlijkheid is: hebben we er iets van gemerkt, patiëntaantallen of vervelende discussies of weet ik veel? Toen wij op twee stonden en toen wij op veertien stonden? Nou, bijna niet.

(Respondent 2)

Toch is de AD Top 100 voor de respondenten van bovenstaande citaten belangrijk. De leiders van deze en andere ziekenhuizen houden rekening met de AD Top 100. Geen van de leiders wil op plaats 99 staan. De lijst beïnvloedt leiders en bij een gedeelte van de ziekenhuizen werken ze aan de hand van de lijst aan verbeteringen. Leiders van alle ziekenhuizen gebruiken de AD Top 100 om de zorg in het ziekenhuis te vergelijken met andere ziekenhuizen en waar mogelijk verbeteringen door te voeren:

“(...) dan ga je benchmarken waar AD-score ranking nummertje 1, waar scoort die nou veel beter dan wij?”

(Respondent 2)

En:

“Wij gebruiken de AD Top 100 alleen maar als een benchmark voor onszelf om te kijken van, nou, als wij goed scoren, of beter scoren dan vorig jaar, waar zit dat hem dat dan in?”
(Respondent 7)

En:

“Dan snap je het. Wij stonden vorig jaar in de AD ranking, gingen wij van 2 naar 50. Ja, dan kun je vloeken op de AD ranking, maar je kunt ook eens kritisch kijken, waar zijn we dan minder in geworden?”
(Respondent 8)

Een aantal leiders anticiperen op de publicatie van de AD Top 100 (Respondenten 3, 5, 10). Leiders van ziekenhuizen anticiperen op de publicatie door toelichtingen te schrijven bij de cijfers, of door een ‘Quality’ commissie op te richten of door onnauwkeurig te rapporteren. Hierna volgen een aantal citaten waaruit blijkt dat leiders van ziekenhuizen anticiperen op de publicatie van de AD Top 100:

“Nou, de AD Top 100, we zijn vorig jaar heel braaf geweest, we willen heel transparant zijn. (...) Wat we hebben gedaan is, bijvoorbeeld voor decubitus hebben we het incontinentie letsel mee aangeleverd. (...) Dat hebben andere ziekenhuizen niet gedaan. (...) Dus we zijn te netjes geweest. We stonden op twee. (...) Twee jaar terug. Nee, drie jaar terug. (...) En toen naar 40 en toen naar 74. Maar wij hebben gezegd, we willen transparant zijn, we willen aanleveren wat we hebben. (...) Zoals het is en niet anders dan anders. In sommige ziekenhuizen weet ik dat mensen van Marketing en Communicatie meedenken wat moeten we wel aanleveren, wat moeten we niet aanleveren, waar zijn we, wat hebben we niet en zeggen we dat we mee bezig zijn. (...) We leveren alles nog aan, maar wel met een duidelijkere motivatie”
(Respondent 10)

De leider van het hier voorgaande citaat anticipeert op de lijst door duidelijke toelichtingen te schrijven bij de gegevens die ze aanleveren. Een andere respondent:

*“2: Vandaar ook dat menigeen, veel hoogleraren zeggen dat het een oliebollen lijstje is
1: Ja, precies. En ga je daar dan als ziekenhuis op sturen? Want op bepaalde punten kom je...
2: Het speelt wel mee. Zeker voor je imago speelt het ontzettend veel. Op basis van de fluctuatie op de AD lijst hebben wij hier bijvoorbeeld in huis ook de Quality Commissie opgericht. (...) En dat is echt vanuit de Raad van Bestuur gekomen, daar zitten ook twee van de drie leden, interne, deskundige leden. Onze voorzitter, die daar inhoudelijk gewoon niks over kan zeggen, maar de Internist als lid van de Raad van Bestuur en de hoofd van de Apotheek, als lid van de Raad van Bestuur. Ik zit er in en er zitten van de snijdende en beschouwende vakgroepen zit er iemand in. D'r zit, het hoofd van het medisch stafbestuur zit daar in. Van de ICT zit er iemand in. En een van de unit hoofden, hoofd verpleegkundige van meerdere afdelingen. Dat is de club die in de Q commissie zitten en dat was toen opgericht met name om te kijken naar de indicatoren. Van hoe oordelen we? Wat moeten we er aan doen om te kijken of dat beter wordt. Als dat iets is waarvan we vinden, de AD lijst, wat je ervoor geeft, maar het blijft nog steeds, hoe we dat beter kunnen organiseren, zodat we de volgende keer, als die vraag dan weer komt, hoe we daar beter in kunnen scoren. (...) Ja, dus het heeft... dus het heeft wel degelijk invloed op het imago van het ziekenhuis. (...) Die is daar wel gevoelig voor.”*
(Respondent 5)

De leiders van het ziekenhuis van het hier voorgaande citaat anticiperen op de AD Top 100 door zoveel mogelijk te voldoen aan de criteria van de lijst en door met elkaar te onderzoeken hoe het ziekenhuis beter kan scoren op de lijst. Nog een respondent:

“En wij gaan daar niet moeilijk over doen, want wij zouden het heel vervelend vinden als je daar vragen over krijgt, of ja, laat dan maar eens zien, en hoe kan het dat jullie zo goed scoorden? Want ik heb bijvoorbeeld met een ander ziekenhuis. (...) Dat heel goed scoorde op decubitus, ehm, ben ik na gaan vragen, van goh, dit is wel heel uitzonderlijk, wij willen graag van jullie leren. Hoe doen jullie dat? Ja, dan krijg je een verhaal van, ja, we hebben het berekend, kwam er een cijfer uit. Hebben we nog eens een formule overheen gedaan, toen kwam er nog een cijfer uit, nog een formule.. en ik zeg, o, totdat het een wenselijk cijfer werd? Nou en toen, daar wist hij geen antwoord meer op. Dus dat, ja, dat veronderstelt een beetje dat het een beetje een duistere wereld is. En je kan het niet hard maken en dat moet je ook niet doen, want je kan alleen voor je eigen cijfers instaan.”
(Respondent 3)

Het ziekenhuis waarvan de respondent uit het hier voorgaande citaat een voorbeeld van geeft anticipeert op de lijst door onnauwkeurig te rapporteren aan de IGZ.

Samenvattend stelt dit onderzoek dat een groot gedeelte van de leiders van ziekenhuizen de AD Top 100 van belang vinden voor het ziekenhuis. Dit omdat de AD Top 100 effecten heeft op het imago van het ziekenhuis. Uit dit onderzoek blijkt dat het bewaken en versterken van het imago van het ziekenhuis een belangrijk issue is voor leiders van ziekenhuis.

Leiders van alle ziekenhuizen vergelijken aan de hand van de AD Top 100 het eigen ziekenhuis met andere ziekenhuizen en onderzoeken of er eventueel verbeteringen moeten komen. Respondenten van drie ziekenhuizen gaven aan dat ze zich door de AD Top 100 laten stimuleren om veranderingen en verbeteringen door te voeren. De leiders van deze ziekenhuizen en leiders die anticiperen op de lijst berusten in de externe eisen. Afgezien van de ziekenhuizen die onnauwkeurig rapporteren aan de IGZ. In ieder geval vier van de zes ziekenhuizen van dit onderzoek berusten in de AD Top 100. Eén respondent gaf aan dat ze proberen goed te scoren op de criteria die belangrijk zijn voor de lijst.

Leiders van ziekenhuizen berusten in de AD Top 100, vanwege het effect op het imago van het ziekenhuis. Een gedeelte voldoet bewust aan de criteria, of anticipeert op de publicatie, of rapporteert onnauwkeurig aan de IGZ om een hogere rang te krijgen op de lijst. Ook deze leiders laten zich in hun strategische reactie bepalen door de effecten van de ranglijst op het imago van het ziekenhuis.

6.9 Onderscheidingen

“1: Dat is toch wel boeiend om toch daar voor te kiezen zeg maar, om aan die normen te gaan voldoen

2: Ja

1: Wat waren uw overwegingen daarin?

2: Nou, was vooral de free publicity die je daarmee krijgt.”

(Respondent 1)

6.9.1 De externe eis ‘onderscheidingen’.

Er zijn onderscheidingen van de Borstkankervereniging en van zorgverzekeraars. Verschillende zorgverzekeraars reiken onderscheidingen uit aan ziekenhuizen. Zorgverzekeraar Menzis, bijvoorbeeld, reikt verschillende Topzorg certificaten uit aan ziekenhuizen die voldoen aan specifieke eisen van de zorgverzekeraar. Ziekenhuis Bethesda, bijvoorbeeld, heeft voor verschillende specialismen een Topzorg certificaat gekregen. De borstkankerzorg is er daar één van (Deskresearch; Respondent 1). Voor de borstkankerzorg stelt Menzis eisen op het gebied van toegankelijkheid, communicatie en de kwaliteit van de zorg.

Naast Menzis bieden ook andere zorgverzekeraars een onderscheiding aan een ziekenhuis wanneer het voldoet aan bepaalde eisen. Zo heeft het SJG Weert ziekenhuis voor verschillende specialismen een *first supplier* status bij zorgverzekeraar Achmea (Respondent 9). De onderscheidingen van zorgverzekeraars passen bij de marktwaarden competitie en effectiviteit.

Zoals verschillende zorgverzekeraars onderscheidingen uitreiken aan ziekenhuizen, zo reikt de BVN het Roze Lintje uit. Om een Roze Lintje te krijgen moeten ziekenhuizen voldoen aan de eisen voor de borstkankerzorg van de BVN. Om een Roze Lintje te krijgen moet een ziekenhuis bijvoorbeeld minimaal 50 borstoperaties per jaar uitvoeren; mag er bij maximaal 20% van de patiënten sprake zijn van achtergebleven kankerweefsel na een eerste borstsparende operatie; moet er een multidisciplinaire bespreking zijn; en het ziekenhuis moet patiënttevredenheidsonderzoek doen met behulp van de CQ-index. De resultaten van de CQ index moet het ziekenhuis maandelijks aanleveren aan de BVN (Basiseisen BVN, 2011; Respondenten 1, 4, 5, 7, 9, 10). Het Roze Lintje past bij de waarde 'controleerbaarheid' uit het domein van de staat. Ook past het bij de marktwaarden effectiviteit en competitie.

Ziekenhuizen kunnen een certificaat, een *first supplier* status of een Roze Lintje krijgen voor de borstkankerzorg in hun ziekenhuis, wanneer ze voldoen aan de externe eisen die de zorgverzekeraars of de BVN stellen.

6.9.2 De strategische reacties op ‘onderscheidingen van zorgverzekeraars’

Eén ziekenhuis zette zich in om te voldoen aan de eisen voor het Topzorg certificaat van zorgverzekeraar Menzis. De strategische reactie van de leider van dit ziekenhuis is berusten en de tactiek naleven. Het ziekenhuis maakte een bewuste evaluatie van de specifieke, externe eisen en koos ervoor om hier aan te voldoen:

“2: Ja, ja. Nee, we hebben als je dan even naar die Topzorg certificaten van Menzis kijkt, daar hebben we echt op gestuurd om de toegangstijd voor die behandelvormen dusdanig te maken dat we voldoen aan die criteria daarvoor. Ik vind het belangrijk dat we die Topzorg certificaten hebben. Op zich is Menzis een relatief kleine verzekeraar in onze regio, maar goed, Menzis doet ook aan zorgbemiddeling. Dus dat betekent dat die patiënt bij Menzis verzekerd is, die belt met Menzis: Ja, ik moet in mijn eigen ziekenhuis zus en zo lang

wachten. Dan zegt Menzis, nou er zijn meer ziekenhuizen die ons Topzorg predicaat hebben en daar verwijzen ze dan preferent naar door. Dus dat betekent toch, ja dat betekent extra patiënten, extra omzet voor je ziekenhuis als je zo'n Topzorg certificaat hebt. Dus je moet er een inspanning voor leveren om er aan te voldoen en je moet ook gedurende het jaar blijven aantonen dat je er aan voldoet. Als de toegangstijden opeens naar vier weken gaan terwijl het twee weken moet zijn, ja dan sturen ze via die zorgbemiddeling geen mensen door en het jaar daarna ben je je Topzorg certificaat kwijt. Als je het niet structureel verbeterd.

1: Oké, ja. Wat wel, u geeft aan dat Menzis relatief, gewoon niet een hele grote zorgverzekeraar is in de regio.

2: Nee, nee

1: Dat is toch wel boeiend om toch daar voor te kiezen zeg maar, om aan die normen te gaan voldoen

2: Ja

1: Wat waren uw overwegingen daarin?

2: Nou, was vooral de free publicity die je daarmee krijgt. Menzis komt ze uitreiken, publiceert het op zijn eigen website

1: Maakt daar toch wel een verhaal van

2: Ja, precies. Dus dat geeft ook wel aan dat in ieder geval voor de tien Topzorg certificaten, die tien items, dat je daar gewoon goede zorg levert. Volgens de standaarden die d'r zijn, maar ja het heeft ook gewoon spin off verder voor je ziekenhuis. Want als je denkt, nou, want we zijn een van de twee ziekenhuizen die ze alle tien hebben. Nou, want zo denken mensen, dan doen ze het blijkbaar wel goed in dat ziekenhuis. (...) Dus ja, dat soort dingen proberen wij echt uit te nutten om positieve PR te krijgen over het ziekenhuis. Uiteraard moet je het ook gewoon goed doen. En om op die manier meer patiënten naar het ziekenhuis te krijgen." (Respondent 1).

De leider van het ziekenhuis van bovenstaand citaat kiest er om twee redenen voor om aan de eisen van zorgverzekeraar Menzis te voldoen. Ten eerste verwacht hij dat het Topzorg certificaat een grotere toestroom van patiënten tot gevolg heeft. Ten tweede geeft hij aan dat het Topzorg certificaat een positieve invloed heeft op het imago van het ziekenhuis en dat dit ook een reden is om te voldoen aan de eisen van de zorgverzekeraar.

De leider van het ziekenhuis kon de positieve, externe waardering van het Topzorg certificaat goed gebruiken in de strijd om het imago van het ziekenhuis. CZ had dit ziekenhuis ingedeeld in de kwaliteitscategorie 'niet-gecontracteerd'. De leider van het ziekenhuis gebruikte niet alleen het Topzorg certificaat om het imago te versterken. De volgende paragraaf beschrijft dat hij ook het Roze Lintje hier voor gebruikt (Zie ook de thema's 'tegenstrijdigheid' en 'strijd om imago').

Een ziekenhuis kan er voor kiezen om te voldoen aan de externe eisen voor bijvoorbeeld het Topzorgcertificaat. Het zijn geen externe eisen waar een ziekenhuis aan moet voldoen om de 'license to operate' te behouden. Dat de leider ervoor kiest om te voldoen aan de externe eisen, geeft blijk van de afhankelijkheid van een positieve waardering van het ziekenhuis door externe actoren.

6.9.3 De strategische reacties op 'het Roze Lintje'

Alle ziekenhuizen uit dit onderzoek hebben een Roze Lintje voor de borstkankerzorg. Elk ziekenhuis uit dit onderzoek voldoet aan de eisen van de BVN. Vier van de zes ziekenhuizen hebben aangegeven dat het Roze Lintje een belangrijke erkenning is voor de kwaliteit van het ziekenhuis. Deze ziekenhuizen zetten zich er voor in om te voldoen aan de eisen van de BVN, zodat ze het Roze Lintje uitgereikt krijgen. De strategische reactie is berusten en de tactiek is naleven (Respondenten 1, 4, 5, 9).

Verschillende respondenten geven aan dat het Roze Lintje een belangrijke onderscheiding is voor de kwaliteit van de borstkankerzorg in het ziekenhuis (Respondenten 1, 4, 5, 7, 9). Met het Roze Lintje kan een ziekenhuis aan patiënten laten zien dat het goede borstkankerzorg biedt. Het Roze Lintje is goed voor het imago van het ziekenhuis. Hierna volgen twee citaten hierover:

“Die zorg, dat we die goed leveren, dat weten wij, dat wordt ook erkend door de borstkankervereniging Nederland, want wij hebben het Roze Lintje gekregen.”
(Respondent 7)

En:

*“1: En als ik dan even de gekke vraag mag stellen. Maar hoe verkopen jullie, he, ‘verkopen’, de borstkankerzorg naar patiënten?
2: Dat is in ieder geval op de site heel duidelijk laten zien van dat het een heel sterk multidisciplinair team is en tuurlijk, ook dat je aangeeft dat je behoort tot de beste ziekenhuizen en dat je de Pink Ribbon hebt gekregen.”*
(Respondent 5)

Vijf van de zes ziekenhuizen informeren patiënten op hun website over het feit dat het ziekenhuis een Roze Lintje heeft voor de borstkankerzorg (Deskresearch). Vier van deze ziekenhuizen staan bij CZ in de kwaliteitscategorieën ‘kan beter’ of ‘niet-gecontracteerd’. Deze ziekenhuizen gebruiken het Roze Lintje in de strijd om het imago van het ziekenhuis. Zo zorgde het Bethesda ziekenhuis ervoor dat ze direct na de publicatie van de lijst van CZ het Roze Lintje kregen van de BVN. Het ziekenhuis deed dit door te voldoen aan de eis van het uitvoeren van patiënttevredenheidsonderzoek met behulp van de CQ-index. Het St. Anna, SJG Weert, Slotervaart en Bethesda ziekenhuis noemden alle vier dat het ziekenhuis een Roze Lintje heeft voor de borstkankerzorg in hun reacties op de lijst van CZ. Deze ziekenhuizen reageerden bijvoorbeeld op de lijst van CZ in persberichten op de site en in andere media (Deskresearch).

Het Roze Lintje is voor veel ziekenhuizen een belangrijke erkenning voor de kwaliteit van de borstkankerzorg in het ziekenhuis. Ziekenhuizen die CZ in een lage kwaliteitscategorie plaatste, gebruikten het Roze Lintje in de strijd om het imago. De strategische reactie van leiders van ziekenhuizen op de externe eisen van de BVN is berusten en de tactiek is naleven.

6.10 Accreditatie & Certificatie

6.10.1 De externe eisen ‘accreditatie & certificatie’

Ziekenhuizen kunnen er voor kiezen om een accreditatie of certificatie te behalen. Respondenten noemden de NIAZ accreditatie en de HKZ certificatie (Respondenten 7, 10). Het Catharina ziekenhuis heeft bijvoorbeeld de NIAZ accreditatie en ook voor verschillende afdelingen een ISO 9001 certificaat (Deskresearch). Voordat een ziekenhuis een accreditatie verkrijgt, moet het eerst aan een set eisen voldoen.

Een accreditatie vormt een kwaliteitskeurmerk, waarmee het ziekenhuis richting onder andere patiënten, zorgverzekeraars en huisartsen kan laten zien dat de kwaliteit van zorg goed is en dat het ziekenhuis de interne processen goed op orde heeft. Een citaat hierover:

“En daar hebben we een HKZ zorgcertificaat. Dan zegt de zorgverzekeraar, nou, bij jullie willen we wel een contract afsluiten.”

(Respondent 10)

Accreditatie past bij de waarde ‘controleerbaarheid’ uit het domein van de staat en het past bij de marktwaarde competitie.

6.10.2 De strategische reacties op ‘accreditatie & certificatie’

Twee respondenten spraken over ‘accreditatie & certificatie’. Uit de interviews is niet op te maken welke strategische reacties leiders van ziekenhuizen hebben op ‘accreditatie en certificatie’. Echter, uit de deskresearch blijkt dat vijf van de zes ziekenhuizen een NIAZ accreditatie hebben. Eén van de respondenten gaf in een interview aan dat het ziekenhuis veel in het werk moest stellen om de accreditatie te verkrijgen (Respondent 7). Het ziekenhuizen moet voldoen aan externe eisen, om de accreditatie te kunnen verkrijgen. Uit het feit dat zoveel ziekenhuizen een NIAZ accreditatie hebben, blijkt dat leiders van ziekenhuizen berusten in de externe eisen van het NIAZ en kiezen voor de tactiek naleven. Vier van de vijf ziekenhuizen noemen de accreditatie op hun website. De ziekenhuizen noemen de accreditatie bijvoorbeeld onder het kopje ‘kwaliteit van onze zorg’. Bijvoorbeeld het Catharina ziekenhuis: “Het NIAZ (Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen) verstrekt, wanneer een ziekenhuis voldoet aan de voorwaarden, een NIAZ-accreditatiebewijs. Het NIAZ richt zich op de organisatorische aspecten van ziekenhuizen. Met een NIAZ-accreditatiebewijs maakt het Catharina-ziekenhuis duidelijk dat kwaliteitszorg verankerd is in onze organisatie. Wij zijn dus continu bezig met het verbeteren van de kwaliteit van onze zorg. In 2009 ontving het Catharina-ziekenhuis de tweede heraccreditatie van NIAZ. In deze accreditatie is ‘veiligheid’ als nieuw onderdeel toegevoegd. Het Catharina-ziekenhuis is het tweede ziekenhuis in Nederland dat volgens de nieuwe NIAZ-veiligheidsnorm is geaccrediteerd.” (Website Catharina Ziekenhuis, 2011)

Accreditatie & Certificatie kan ziekenhuizen helpen bij het opzetten van goede, interne processen die bijdragen aan de kwaliteit van de zorg. Ziekenhuizen gebruiken accreditaties en certificaten om aan externe actoren te laten zien dat ze goede zorg leveren, ook op het gebied van borstkankerzorg. Zo kunnen ziekenhuizen accreditaties en certificaten inzetten om een goed imago van het ziekenhuis te behouden of het imago te versterken.

Uitgelicht: de huisarts als buffer en broodheer

Huisartsen nemen een eigen, bijzondere positie in, in het geheel van externe actoren en externe eisen waar leiders van ziekenhuizen mee te maken hebben. Ten eerste zijn huisartsen belangrijk voor ziekenhuizen, omdat zij de patiënten doorsturen naar het ziekenhuis. Huisartsen zijn in die zin de broodheren van het ziekenhuis. Ten tweede vervullen huisartsen een bufferfunctie in de strijd om het imago van het ziekenhuis en de externe eisen van actoren. Hierna volgen een aantal citaten waaruit de bijzondere en belangrijke rol van huisartsen blijkt:

“1: Ja, precies, oké, ja. Hoe belangrijk is de huisarts voor de borstkankerzorg?

2: Ontzettend belangrijk. Dat is onze verwijzer, dat is in principe onze klant

1: Dus, wat doen jullie daarvoor?

2: We hebben een huisartsenbemiddelaar, een huisarts bezoeker, die langs gaat. (...)

Ja, die gaat de huisartsen langs. Huisartsen, voorzitters van de huisartsenpraktijken. (...)

1: Hoe intensief is dat?

2: Intensief. Erg intensief, die is altijd bereikbaar voor de huisartsen. He, problemen, c.q. ontwikkelingen. Wij houden ook op de hoogte wat onze nieuwe ontwikkelingen zijn, welke politieke ontwikkelingen er zijn. En misschien zeggen huisartsen dat willen we niet... (...)
Beleid, ja. Maar ook scholing van huisartsen, die verzorgen we, de specialisten, de vakgroepen. Mijn vakgroep internen geeft scholing aan de huisartsen. (...) Die gaan les geven aan huisartsen. (...) En wat je nu ziet, wat bijvoorbeeld een tegenvaller is in de nieuwbouw is dat we telefonisch slecht bereikbaar zijn. (...) Nou dan zeggen die huisartsen, dan gaan we wel naar een ander verwijzen hoor. (...) Daar willen we ook erg naar luisteren. We doen ook één keer in het jaar een feestje met de huisartsen. Ja, het klinkt allemaal heel raar, maar (...) Ze zijn belangrijk.”

(Respondent 10)

“Nou, stel wij scoren op CZ slecht, of wij scoren op het AD slecht. Hoe lang heb je daar überhaupt last van en komen patiënten daardoor minder? Of verwijzen huisartsen minder? Nou die effecten schat ik bijna in op nul.”

(Respondent 2)

“Maar belangrijker is, is wat die huisarts doet. Want die stuurt nog steeds die patiënten. En als die jouw vriendin, of je moeder of wie dan ook bij die huisarts zit en die zegt van, nou, we gaan in het vervolg naar het Maxima, en die zit hier om de hoek... (...) Die doet ertoe. Die doet er toe [de huisarts]. (...) En als jij hoort van, mijn huisarts zegt, ga maar gewoon naar het Catharine, dan zal dat wel goed zijn. (...) Zo redeneren we toch? Het verwijsgedrag van huisartsen en patiënten is al dertig jaar niet veranderd. (...) En die kent z'n maten hier en die weet hoe het zit en.. (...) En als het echt gedonder is, dan gaat hij denk ik wel even een paar maanden ergens anders naar verwijzen.”

(Respondent 2)

“Denk ik wel heel sterk dat patiënten geloof hebben in hun huisarts en als, dat de huisarts een hele zware pion is en als de huisarts zegt van, ja, nee, maar ik, je moet naar het Catharina ziekenhuis, want daar werkt mijn collega, die en die, en daar ben ik zo tevreden over, dan maken die lijstjes niks meer uit. Dan zegt die, dan zegt die patiënt van, ja, mijn huisarts heb ik al veertig jaar en die vertrouw ik, dus ik ga naar het Catharina ziekenhuis, vanwege die arts.”

(Respondent 3)

(Vervolg op de volgende pagina)

(Vervolg) Uitgelicht: de huisarts als buffer en broodheer

“Ik denk zelf over het algemeen dat veel patiënten zich nog laten sturen, door hun desbetreffende huisarts, die een veel belangrijkere stem heeft, van, gaat u maar naar dat ziekenhuis en daar zijn ze goed en dat, en dat, en dat. En op basis van die ervaringen, of omdat ze hier de desbetreffende chirurg ooit in de schoolbanken hebben gezeten, dat speelt ook mee. Of, omdat het Slotervaart ziekenhuis de huisartsen in het verzorgingsgebied met regelmaat op bijscholing heeft, nou, dat is belangrijk om die huisartsen weer aan jou ziekenhuis te binden (...) En op die manier weer proberen voor elkaar te krijgen dat die huisartsen, zich richten op jouw ziekenhuis.”
(Respondent 5)

Een groot deel van de patiënten hechten volgens leiders van alle ziekenhuizen uit dit onderzoek veel waarde aan het advies en doorverwijzing van huisartsen. De leiders van de ziekenhuizen gaan er vanuit dat de huisartsen voor patiënten een belangrijkere rol spelen dan zorgverzekeraars en ranglijsten bij het kiezen van een zorgaanbieder.

Voor ziekenhuizen is het, om het hiervoor besprokene, belangrijk om een goede relatie te onderhouden met de huisartsen uit de omgeving. Leiders en medisch-specialisten doen dit op formele en informele wijze. Op informeel niveau kan een goede, persoonlijke relatie van de medisch-specialisten met de huisartsen er aan bijdragen dat een huisarts zijn patiënten naar het ziekenhuis stuurt. Hetzelfde geldt voor de medisch-specialist die de huisarts kent als oud-studiegenoot. Ook helpt het wanneer de medisch-specialist respectvol omgaat met de huisarts in het persoonlijke contact, wanneer hij bijvoorbeeld de huisarts telefonisch spreekt. Verder valt op dat één van de ziekenhuizen jaarlijks een feest organiseert voor de huisartsen (Respondenten 1, 5, 6, 10).

Er zijn ook verschillende formele manieren om een goede relatie te onderhouden met de huisartsen. Ziekenhuizen kunnen zich bijvoorbeeld inzetten voor korte toegangstijden; korte communicatielijnen; goede telefonische bereikbaarheid; snelle terugkoppeling van de voortgang en de resultaten van patiënten die bij het ziekenhuis in behandeling zijn; en zij kunnen met enige regelmaat bijscholing geven aan de huisartsen (Respondenten 1, 6, 10).

6.11 Perspectieven op externe eisen en de omgeving van het ziekenhuis

De strategische reacties van leiders van ziekenhuizen kunnen uiteenlopen van berusten tot manipuleren. Dit hangt samen met het perspectief dat leiders van ziekenhuizen hebben op de omgeving van het ziekenhuis. Leiders van ziekenhuizen kunnen (met name) een institutioneel perspectief of (met name) een *resource dependency* perspectief hebben op de omgeving van het ziekenhuis.

Leiders van ziekenhuizen reageren vooral berustend op de externe eisen die actoren uit de omgeving stellen aan de borstkankerzorg. Op basis van het theoretisch kader stelt dit onderzoek dat dit betekent dat leiders van ziekenhuizen met name een institutioneel perspectief hebben op de omgeving van het ziekenhuis.

Leiders van ziekenhuizen die met name een institutioneel perspectief hebben op de omgeving van het ziekenhuis zijn geneigd zich te conformeren aan externe eisen, collectieve normen en overtuigingen rondom de borstkankerzorg. De leiders zullen er naar neigen trouw te zijn aan regels en normen. Ze houden rekening met

onzichtbare druk die externe actoren uitoefenen op de borstkankerzorg. Ze proberen zoveel mogelijk de borstkankerzorg te behouden in het eigen ziekenhuis. Leiders van ziekenhuizen neigen naar *non choice behavior*, wanneer hun keuzes beperkt worden door meervoudige, externe eisen.

Dat leiders van ziekenhuizen met name berustend reageren op externe eisen aan borstkankerzorg betekent ook dat zij niet of nauwelijks een *resource dependency* perspectief hebben op de omgeving van het ziekenhuis. Leiders van ziekenhuizen die niet of nauwelijks een *resource dependency* perspectief hebben op de omgeving, zijn niet geneigd om in het contact met externe actoren de nadruk te leggen op wederzijdse afhankelijkheden. De leiders hebben vooral de neiging trouw te zijn aan regels en normen. Ze zijn minder geneigd om zich, naar eigen inzicht, aan te passen aan de veranderende omgeving en schaarse middelen te managen. De leiders van ziekenhuizen zijn nauwelijks gericht op zelfbepaling, ten gunste van de eigen organisatie. Ze richten zich er vooral op om te voldoen aan de externe eisen aan de borstkankerzorg. Leiders van ziekenhuizen maken niet snel gebruik van macht en invloed om de externe eisen aan borstkankerzorg te beheren en besturen. Wanneer leiders van ziekenhuizen in hun keuzes beperkt worden door meervoudige, externe eisen zal hun gedrag geen *active choice behavior* zijn.

6.12 De strategische reacties op externe eisen

In dit hoofdstuk zijn zeven externe eisen aan borstkankerzorg besproken en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen hierop. Onderstaande tabel vat de bespreking uit dit hoofdstuk samen

Opvallend is dat leiders van ziekenhuizen met name berustend reageren op externe eisen aan borstkankerzorg. De tactiek is naleven. Bij twee eisen reageren leiders van ziekenhuizen op andere manieren. De volgende twee paragrafen vatten deze strategische reacties samen.

6.12.1 De afwijkende strategische reacties op de externe eis 'Toezicht & controle van het ziekenhuis'

Wat betreft de rapportage van gegevens over prestatie-indicatoren aan de IGZ reageert een gedeelte van de leiders van ziekenhuizen vermijding en gebruiken ze de tactiek verbergen. Drie mogelijke redenen hiervoor zijn dat de AD Top 100 gebruik maakt van de gegevens van de IGZ; dat er ruimte is voor onnauwkeurig rapporteren vanwege onnauwkeurig geformuleerde prestatie-indicatoren en de laatste mogelijke reden is dat de IGZ geen controles of steekproeven uitvoert. Uit de interviews bleek dat met name het imago een belangrijke reden is dat leiders van sommige ziekenhuizen onnauwkeurig rapporteren aan de IGZ.

Ondanks de vermijdende reactie op de rapportage aan de IGZ, reageren leiders van ziekenhuizen met name berustend op de externe eisen 'Toezicht & controle'. Zo leveren bijvoorbeeld alle ziekenhuizen hun gegevens aan, aan de IGZ.

6.12.2 De afwijkende strategische reacties op de externe eis 'Ranglijsten'

Leiders van ziekenhuizen reageren op verschillende wijzen op de externe eisen 'Ranglijsten'. Leiders van ziekenhuizen reageren op de lijst van CZ door compromis te sluiten, ter discussie te stellen en door te proberen de publieke opinie te beïnvloeden. Leiders van ziekenhuizen reageren op deze manieren om twee redenen. De eerste reden dat leiders zo reageren hangt samen met de effecten van de lijst op het imago van het ziekenhuis. De tweede reden is de in hun ogen onterechte koppeling tussen de volumenorm en de kwaliteitscategorieën.

Externe eisen	Actoren	Waardeoriëntaties	Strategische reacties
Overheidsbeleid & wetgeving	De regering	Markt: efficiëntie, kosten-minimalisatie, competitie. Staat: betaalbaarheid	Berusten, naleven
	Het Ministerie van VWS		
Toezicht & controle van het ziekenhuis	De Inspectie voor de Gezondheidszorg	Staat: controleerbaarheid	Berusten, naleven
	Zichtbare Zorg		
	Kiesbeter.nl		Vermijden, verbergen
Prestatie-indicatoren	De Inspectie voor de Gezondheidszorg	Staat: controleerbaarheid	Berusten, naleven
	Zichtbare Zorg	Markt: effectiviteit, efficiëntie	
	Kiesbeter.nl	Gemeenschap: toegankelijkheid	
	Integraal Kankercentrum Nederland / Integraal Kankercentrum Zuid		
	Zorgverzekeraars Nederland		
	Zorgverzekeraars afzonderlijk		
	Borstkankervereniging Nederland		
	De Consumentenbond		
Medisch-professionele richtlijnen	De Nederlandse Vereniging van Heelkunde	Alle medisch-professionele waarden	Berusten, naleven
	De Nederlandse vereniging voor Oncologie		
	Het Nationale Borstkankeroverleg		
	De Integrale Kankercentra		
Ranglijsten	Zorgverzekeraar CZ	Alle waarden van de markt	Berusten, naleven
	Consumentenbond		
	AD Top 100	Staat: controleerbaarheid	Compromis sluiten, onderhandelen
		Medisch-professioneel: patiënten-zelfbeschikking	Ter discussie stellen, in opstand komen
Onderscheidingen	Zorgverzekeraars	Staat: controleerbaarheid	Berusten, naleven
	Borstkankervereniging		
Accreditatie & Certificatie	NIAZ	Staat: controleerbaarheid	Berusten, naleven
	HKZ		
	NEN / ISO 9001	Markt: competitie	

Leiders van ziekenhuizen waarvan de lijst van CZ nadelige gevolgen had voor het imago van het ziekenhuis konden hier niet in berusten, omdat de volumenorm niet terecht vonden. Daarnaast vonden verschillende leiders de volumenorm niet terecht, vanwege de koppeling met de verschillende kwaliteitscategorieën. Volgens hen kan CZ onvoldoende wetenschappelijk onderbouwen dat de kwaliteit van de borstkankerzorg bijvoorbeeld de titel 'kan beter' verdiend wanneer het ziekenhuis tussen de 70 en 150 borstkankerbehandelingen doet per jaar.

Voor het overige reageren leiders van ziekenhuizen berustend op de externe eis 'ranglijsten'. Dit geldt ook voor de lijst van CZ. Zo reageren leiders van ziekenhuizen bijvoorbeeld berustend op de aanzet van CZ tot concentratie van zorg.

7

Conclusie

Dit onderzoek richtte zich op de wijze waarop leiders van ziekenhuizen omgaan met externe eisen aan borstkankerzorg. Dit hoofdstuk beschrijft het antwoord op de hoofdvraag en de betekenis hiervan voor de rol van leiders van ziekenhuizen.

De hoofdvraag is:

‘Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg?’

Uit dit onderzoek blijkt dat leiders van ziekenhuizen doorgaans berusten in de externe eisen aan borstkankerzorg. Wanneer leiders van ziekenhuizen voldoen aan de externe eisen hebben ze de *‘license to operate’*. De leiders kiezen ervoor of moeten voldoen aan de externe eisen aan borstkankerzorg. Er is één uitzondering op de strategische reactie berusten, die doorgaans het gedrag van leiders van ziekenhuizen kenmerkt. Leiders van ziekenhuizen hebben andere strategische reacties wanneer de externe eisen aan borstkankerzorg een effect hebben op het imago van het ziekenhuis.

Leiders van ziekenhuizen hadden andere strategische reacties op de externe eisen ‘Toezicht & controle van het ziekenhuis’ en ‘Ranglijsten’. Bij beide externe eisen reageren leiders op een andere manier vanwege de effecten op het imago van het ziekenhuis.

Dit hoofdstuk beschrijft hierna in hoofdlijnen de conclusie van dit onderzoek. De volgende paragraaf beschrijft de externe eisen aan borstkankerzorg.

7.1 Lessen uit het verleden

Uit de interviews blijkt dat er twee belangrijke ontwikkelingen waren in het verleden, die bepalend werden voor (de organisatie van) de borstkankerzorg. De twee ontwikkelingen zijn de opkomst van de mammapoli en de opkomst van prestatie-indicatoren. Beide ontwikkelingen begonnen als een innovatie. Na verloop van tijd werden de mammapoli en de prestatie-indicatoren *‘license to operate’*. Externe actoren gingen eisen dat ziekenhuizen een mammapoli opzetten en gegevens aanleveren over prestatie-indicatoren. Leiders van ziekenhuizen moeten voldoen aan de externe eisen van de mammapoli en de prestatie-indicatoren.

De volgende paragraaf bespreekt de huidige externe eisen aan borstkankerzorg.

7.2 De externe eisen aan borstkankerzorg

Uit de interviews blijkt dat leiders van ziekenhuizen zeven relevante, externe eisen onderscheiden. De zeven relevante, externe eisen en actoren zijn:

- Overheidsbeleid & wetgeving
- Toezicht & controle van het ziekenhuis
- Prestatie-indicatoren
- Medisch-professionele richtlijnen
- Ranglijsten
- Onderscheidingen
- Accreditatie & Certificatie

Deze zeven externe eisen aan de borstkankerzorg zijn in te delen in drie thema's. Deze volgende drie paragrafen beschrijven ieder een thema. Per thema beschrijft de paragraaf de externe eisen en de strategische reacties. De volgende paragraaf beschrijft het eerste thema de *'licenses to operate'* van verschillende externe actoren.

7.3 Waardeoriëntaties

Op basis van het theoretisch kader ging dit onderzoek er vanuit dat de externe eisen aan borstkankerzorg zich baseren op verschillende waardeoriëntaties van de verschillende domeinen staat, markt, gemeenschap en de medische professie.

Uit dit onderzoek blijkt dat deze aanname overeenkomt met de werkelijkheid. Externe eisen aan borstkankerzorg op waardeoriëntaties uit de vier verschillende domeinen. Leiders van ziekenhuizen hebben – wat betreft de borstkankerzorg – te maken met een meervoudige omgeving. Externe actoren uit de meervoudige omgeving stellen op basis van verschillende waardeoriëntaties eisen aan de borstkankerzorg.

7.4 Thema: 'Licenses to operate' van verschillende externe actoren

Het eerste thema is de *'licenses to operate'* van verschillende externe actoren'. Verschillende externe actoren verlenen een 'license to operate' aan de borstkankerzorg in het ziekenhuis. Leiders van ziekenhuizen krijgen de *'licenses to operate'* voorwaardelijk. Het ziekenhuis moet voldoen aan de externe eisen om een *'license to operate'* te verkrijgen of te behouden. Dit thema is van toepassing op alle zeven externe eisen.

Leiders van ziekenhuizen reageren leiders doorgaans door te berusten in de externe eisen. Ze zijn afhankelijk van de verschillende *'licenses to operate'*. Leiders voldoen aan de eisen door bijvoorbeeld de prestatie-indicatoren aan te leveren, verbeteringen door te voeren of door te voldoen aan de eisen voor het verkrijgen van het Roze Lintje van de Borstkankervereniging.

Een deel van de leiders van ziekenhuizen vermijdt een nauwkeurige rapportage aan de IGZ. Dit is een andere strategische reactie. Drie mogelijke redenen hiervoor zijn dat er ruimte voor is vanwege onnauwkeurig geformuleerde prestatie-indicatoren; dat de AD Top 100 gebruik maakt van de gegevens van de IGZ; en dat de IGZ geen controles of steekproeven uitvoert. Uit de interviews blijkt dat leiders de indruk hebben dat het imago van het ziekenhuis de belangrijkste reden is dat een deel van de ziekenhuizen in Nederland onnauwkeurig rapporteren aan de IGZ.

7.5 Thema: De strijd om het imago van het ziekenhuis

Het tweede thema is 'de strijd om het imago van het ziekenhuis'. Voor leiders van ziekenhuizen is het behoud en het versterken van een positief imago van het ziekenhuis en de borstkankerzorg cruciaal. Drie externe eisen hebben veel invloed op het imago van het ziekenhuis. Deze drie externe eisen zijn 'Ranglijsten'; 'Onderscheidingen'; en 'Accreditatie & Certificatie'.

Bij het tweede thema 'de strijd om het imago van het ziekenhuis' reageren leiders van ziekenhuizen doorgaans door te berusten in de externe eisen. Het berusten in de genoemde externe eisen komt ten goede aan het imago van het ziekenhuis. Leiders voldoen bijvoorbeeld aan de eisen van zorgverzekeraar CZ door actief na te denken over portfolio keuzes. Of leiders proberen veranderingen door te voeren, zodat ze beter zullen scoren op de ranglijsten. Leiders van ziekenhuizen willen laten zien dat het ziekenhuis goede zorg biedt aan patiënten, door te voldoen aan de eisen van een ranglijst, onderscheiding, accreditatie of certificaat.

Leiders van ziekenhuizen hebben andere strategische reacties op de lijst van CZ. Voor een aantal ziekenhuizen heeft de lijst van CZ negatieve gevolgen voor het imago van het ziekenhuis. Verder vonden veel leiders van ziekenhuizen dat CZ de volume normen en de kwaliteitscategorieën niet wetenschappelijk kon onderbouwen. Onder andere met dit argument probeerden leiders van ziekenhuizen het imago van de kwaliteit van de borstkankerzorg in het ziekenhuis te verdedigen. Een deel van de leiders van ziekenhuizen reageerden anders op de lijst van CZ om zo het imago van het ziekenhuis te behouden.

7.6 Thema: Betere zorg tegen lagere kosten

Het derde thema is 'betere zorg tegen lagere kosten'. Leiders van ziekenhuizen gaan er vanuit dat de borstkankerzorg in de nabije toekomst in minder ziekenhuizen plaats zal vinden. De borstkankerzorg zal zich dus gaan concentreren in een kleiner aantal ziekenhuizen. De ziekenhuizen die de borstkankerzorg behouden kunnen zich hier in specialiseren. De bedoeling is dat de kwaliteit van de borstkankerzorg verbeterd, terwijl de kosten omlaag gaan. Om 'betere zorg tegen lagere kosten' te realiseren stellen externe actoren eisen zoals volume normen per ziekenhuis en vrij kostprijzen. De ontwikkeling tot 'betere zorg tegen lagere kosten' komt in het gedrag van leiders van ziekenhuizen tot uiting in portfoliokeuzes en specialiseren. Alle ziekenhuizen uit dit onderzoek zijn bezig met portfoliokeuzes. Drie externe eisen die passen bij dit thema zijn 'Overheidsbeleid & wetgeving'; 'Medisch-professionele richtlijnen'; en 'Ranglijsten'.

De strategische reactie van leiders van ziekenhuizen op de ontwikkeling tot 'betere zorg tegen lagere kosten' is altijd berusten. Het zijn externe eisen waar leiders van ziekenhuizen niet om heen kunnen. Leiders moeten aan de slag met portfolio keuzes, omdat bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en zorgverzekeraar CZ volume normen stellen aan de borstkankerbehandelingen per ziekenhuis. Bovendien heeft de ontwikkeling tot 'betere zorg tegen lagere kosten' geen negatief effect op het imago van het ziekenhuis. Leiders van ziekenhuizen hebben geen andere keuze dan te berusten in de ontwikkeling tot 'betere zorg tegen lagere kosten'.

7.7 De rol van huisartsen

Huisartsen vervullen een belangrijke bufferfunctie in de strijd om het imago van het ziekenhuis. Volgens leiders van ziekenhuizen hechten patiënten veel waarde aan de doorverwijzing van de huisarts. Vanwege de belangrijke, regionale rol van de

huisartsen relativeren leiders van ziekenhuizen het belang van ranglijsten en onderscheidingen.

7.8 De rol van leiders van ziekenhuizen

Op basis van de resultaten van de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg is het mogelijk om iets te zeggen over de rol van leiders van ziekenhuizen.

Externe actoren bepalen door middel van externe eisen de wijze waarop leiders van ziekenhuizen de borstkankerzorg organiseren. Leiders van ziekenhuizen kunnen de borstkankerzorg niet of nauwelijks zelfbepalend organiseren. Externe actoren uit de domeinen staat, markt, gemeenschap en het medisch-professionele domein stellen eisen aan de borstkankerzorg die bepalend zijn voor de wijze waarop het ziekenhuis borstkankerzorg biedt aan patiënten.

Een manier waarop leiders van ziekenhuizen ervoor kunnen zorgen dat de borstkankerzorg in het ziekenhuis zich onderscheidt van andere ziekenhuizen, is door er zelf voor te kiezen de lat nog hoger te leggen dan de externe actoren doen. Zo kan een leider van een ziekenhuis ervoor kiezen om de toegangstijden nog korter te maken. Of hij kan ervoor kiezen om de borstkankerzorg veel goedkoper te maken. Of hij kan ervoor kiezen om patiëntvriendelijker te zijn dan anderen. Et cetera.

Leiders van ziekenhuizen moeten de externe eisen aan borstkankerzorg in beeld hebben, zodat het ziekenhuis de borstkankerzorg kan blijven aanbieden aan patiënten. De taak van leiders van ziekenhuizen is *'keeping the license to operate'*.

Leiders van ziekenhuizen zetten zich in om de *'licenses to operate'* te behouden of te verkrijgen. Dit doen ze door ervoor te zorgen dat het ziekenhuis voldoet aan de externe eisen aan borstkankerzorg. Leiders van ziekenhuizen kunnen gebruik maken van de druk van externe eisen om bijvoorbeeld draagvlak te krijgen bij medisch-specialisten voor bepaalde veranderingen in de organisatie of de werkwijzen. Mocht het niet lukken om medisch-specialisten te enthousiasmeren of om draagvlak te vinden binnen de organisatie, dan kan de leider de externe eis gebruiken om druk uit te oefenen. Hij kan dan bijvoorbeeld aangeven dat de IGZ er om vraagt, of dat het niet de bedoeling is om volgend jaar weer op rang 99 in de AD Top 100 te staan.

Uit de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen blijkt dat ze met name een institutioneel perspectief hebben op de omgeving van het ziekenhuis. De leiders zijn geneigd zich te conformeren aan externe eisen, collectieve normen en overtuigingen rondom de borstkankerzorg. Ze hebben niet of nauwelijks een *resource dependency* perspectief op de omgeving. Ze zijn niet geneigd om in het contact met externe actoren de nadruk te leggen op wederzijdse afhankelijkheden. omgeving. De leiders hebben vooral de neiging trouw te zijn aan regels en normen. Ze zijn minder geneigd om zich, naar eigen inzicht, aan te passen aan de veranderende omgeving en schaarse middelen te managen. De leiders van ziekenhuizen zijn nauwelijks gericht op zelfbepaling, ten gunste van de eigen organisatie. Ze richten zich er vooral op om te voldoen aan de externe eisen aan de borstkankerzorg. Leiders van ziekenhuizen maken niet snel gebruik van macht en invloed om de externe eisen aan borstkankerzorg te beheren en besturen. Wanneer leiders van ziekenhuizen in hun keuzes beperkt worden door meervoudige, externe eisen – en dit is zo bij de borstkankerzorg – dan zal hun gedrag in de meeste gevallen geen *active choice behavior* zijn, maar *non choice behavior*.

Leiders van ziekenhuizen hebben niet of nauwelijks zeggenschap over de externe eisen aan borstkankerzorg. Ze moeten beslissingen maken in afhankelijkheid

van externe en interne netwerken. Zo beschouwd staan de leiders niet aan de top van een beslissingshiërarchie. Mogelijk kunnen leiders van ziekenhuizen het beste begrepen worden als procesmanagers, die ervoor zorgen dat het ziekenhuis voldoet aan de externe eisen aan borstkankerzorg.

Discussie

8.1 Sterke en minder sterke punten van dit onderzoek

Deze paragraaf bespreekt als ten eerste een aantal minder sterke punten van dit onderzoek. Voor dit onderzoek zijn er tien respondenten geïnterviewd van zes verschillende ziekenhuizen. Dit is een relatief klein aantal respondenten. Er is één bestuurder geïnterviewd als leiders van een ziekenhuis. Dit onderzoek zou mogelijk meer overtuigingskracht hebben wanneer er een groter aantal respondenten van meerdere ziekenhuizen en wanneer er meerdere bestuurders waren geïnterviewd. Er is geen interview gehouden met een respondent van een 'beste' ziekenhuis. Wanneer er één of meerdere leiders van een 'beste' ziekenhuis geïnterviewd waren, dan was de selectie van respondenten compleet. In dat geval waren er interviews geweest met respondenten van ziekenhuizen uit iedere kwaliteitscategorie van CZ. Dit onderzoek was geen diepgaande casestudy. Er is geen onderzoek gedaan op basis van beleidsdocumenten, strategiedocumenten, vergaderingen, notulen en observaties. Een dergelijke diepgaande studie van de eisen aan de borstkankerzorg en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen, zou rijkere informatie opleveren en de resultaten en conclusies meer valide maken. Een dergelijke diepgaande studie was in het kader van de Bachelor Bestuurs- en Organisatiewetenschap niet mogelijk.

Dan een aantal sterke punten van dit onderzoek. Dit onderzoek kent een duidelijk opbouw vanuit de hoofdvraag. De theoretische en empirische deelvragen baseren zich op de hoofdvraag. Het theoretisch kader geeft antwoord op de hoofdvragen en beschrijft de kernbegrippen. De onderzoeksmethode baseert zich op de empirische deelvragen en de kernbegrippen en is zo ontworpen dat de resultaten een antwoord bieden op de hoofdvraag. De kernbegrippen zijn helder geoperationaliseerd. De resultaten geven antwoord op de empirische deelvragen en ook hier zijn de kernbegrippen herkenbaar aanwezig. De conclusie vloeit logisch voort uit het theoretisch kader en de resultaten en biedt een antwoord op de hoofdvraag. Een tweede sterk punt is dat van vier kwaliteitscategorieën er per categorie steeds van twee ziekenhuizen respondenten werden geïnterviewd. Een derde sterk punt is dat het onderzoek zich richtte op een concrete behandeling, namelijk de borstkankerzorg.

8.2 De waarde van dit onderzoek

Dit onderzoek richtte zich op concrete eisen aan een concreet specialisme in het ziekenhuis. Dit onderzoek biedt wetenschappelijke kennis van concrete externe eisen aan borstkankerzorg. De resultaten geven een concreet beeld van de theoretische constructen uit het theoretisch kader. Die theoretische constructen zijn bijvoorbeeld de externe eisen, de hybride organisatie, de vier verschillende domeinen de waardeoriëntaties. Het Resultaten hoofdstuk beschrijft concrete externe eisen aan borstkankerzorg binnen de hybride ziekenhuisorganisatie. Die eisen

baseren zich op de verschillende waardeoriëntaties van de vier verschillende domeinen. Dit onderzoek biedt ook concrete kennis over de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen en de overwegingen die zij daarbij hebben. Dit onderzoek biedt concrete, wetenschappelijke kennis over externe eisen aan borstkankerzorg en de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen.

Dit onderzoek biedt vanuit maatschappelijk oogpunt perspectief op de wijze waarop leiders van ziekenhuizen vorm geven aan het besturen en leiden van ziekenhuizen in het algemeen. De resultaten zullen deels herkenbaar en toepasbaar zijn voor de overige specialismen in het ziekenhuis, omdat de andere specialismen binnen het ziekenhuis met vergelijkbare omstandigheden te maken hebben.

Deze kennis is van belang, omdat de wijze waarop leiders van ziekenhuizen omgaan met de externe eisen bepalend is voor de organisatie van (borstkanker)zorg in ziekenhuizen in Nederland. Toen CZ bijvoorbeeld de lijst voor borstkankerzorg publiceerde, riep dit verschillende, soms heftige reacties op bij leiders van ziekenhuizen. Dit onderzoek draagt bij aan het begrijpen van externe eisen, de strategische reacties van leiders en de betekenis daarvan voor de wijze waarop Nederlandse ziekenhuizen de borstkankerzorg (zullen moeten) organiseren.

8.3 De waarde van de conclusies

De conclusies geven inzicht in de rollen van verschillende actoren. Zo beschrijft de conclusie de rol van externe actoren en de eisen die zij stellen. Hun rol is bepalend voor de borstkankerzorg in ziekenhuizen. De externe actoren verlenen '*licenses to operate*' en zetten leiders van ziekenhuizen er toe om zich te richten op concentratie van zorg. Een deel van de externe actoren verbindt een imago aan de borstkankerzorg in het ziekenhuis. De conclusie beschrijft de rol van huisartsen als buffer in de strijd om het imago. En de conclusie beschrijft de rol van leiders van ziekenhuizen.

De antwoorden op de vraag op welke wijze leiders van ziekenhuizen omgaan met externe eisen, zeggen veel over de wijze waarop het beleid op het gebied van borstkankerzorg tot stand komt, uitgevoerd wordt en welke actoren daar een rol in vervullen.

8.4 Vervolgonderzoek

De opzet en de resultaten van dit onderzoek nodigen uit tot vervolgonderzoek. Zo zou er vervolgonderzoek plaats kunnen vinden naar het verklaren van de strategische reacties. Welke factoren of dimensies zijn bepalend voor de strategische reacties van leiders van ziekenhuizen? Verklarende factoren zouden bijvoorbeeld 'wettelijke verplichting', 'legitimiteit' of 'vrijwillige verspreiding' kunnen zijn.

Een tweede vervolgonderzoek zou de strategische ruimte van leiders van ziekenhuizen kunnen onderzoeken. Welke keuzes kunnen leiders van ziekenhuizen maken? Hoeveel vrijheid hebben zij daarbij? In welke mate zijn leiders van ziekenhuizen afhankelijk van interne en externe actoren en netwerken?

Een derde vervolgonderzoek zou kunnen onderzoeken of leiders van ziekenhuizen geconfronteerd worden met externe eisen die onverenigbaar zijn met één of meerdere waarden uit één van de vier domeinen. Hoe reageren leiders van ziekenhuizen op een zo'n externe eis?

Een vierde vervolgonderzoek kan onderzoek doen naar de mogelijkheden en de wenselijkheid dat leiders van ziekenhuizen meer een *resource dependence* perspectief hebben op de omgeving van het ziekenhuis. Mogelijk is dit wenselijk, omdat leiders van ziekenhuizen steeds meer te maken krijgen met marktwerking in

het ziekenhuis en in steeds verder gaande mate hun 'eigen broek op moeten houden'.

Bronnenlijst

Literatuur & artikelen

Boot, J.M., & Knapen M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Brandsen, T., van de Donk, W., & Kenis P. (Eds.) (2006) *Meervoudig bestuur. Publieke dienstverlening door hybride organisaties*. Den Haag: Lemma

Burrell, G., & Morgan, G. (1979) Two Dimensions: Four Paradigms. In: *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. (pp. 21- 36) Londen: Heinemann

Clemens, B.W., & Douglas, T. J. (2005) Understanding strategic responses to institutional pressures. *Journal of Business Research*, 58 (2005) 1205- 1213

CZ (2009) *Jaarverslag 2009*. Tilburg: CZ

Deetz, S. (1996) Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science*, 7 (2), 191-207

Goodstein, J.D. (1994). Institutional Pressures and Strategic Responsiveness: Employer Involvement in Work-Family Issues. *The Academy of Management Journal*, 37 (2), 350- 382

Guijen, K. (2011) Samenwerken in publieke netwerken. In M. Noordegraaf (Ed.), *Handboek Publiek Management*

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010) *Werkplan 2011*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Laeven, A.M. (2008) *Een gezonde blik naar buiten. Marktorientatie van ziekenhuizen*. Deventer: Kluwer

Mintzberg, H. (1978) Patterns in strategy formation. *Management Science*, 24 (9), 934-948

Oliver, C. (1991). Strategic Responses to Institutional Processes. *The Academy of Management Review*, 16, (1), pp. 145-179

Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (1991) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Putters, K. (2001) *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse Ziekenhuiszorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum

'T Hart, P., & Boin, A. (2011) Leiderschap in publieke organisaties. In M. Noordegraaf (Ed.), *Handboek Publiek Management*

Thiel, S. van (2007) *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho

Scott, W. R. (1991) Unpacking institutional arguments. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 164-182) Chicago: University of Chicago Press.

Stone, D.A. (2002) *Policy Paradox and political reason*. New York, Londen: W.W. Norton & Company

Van Hout, E. (2007) *Zorg in spagaat: management van hybride, maatschappelijke organisaties*. Den Haag: Lemma

Websites

Atrium MC (2011) *Prestatie-indicatoren*. Geraadpleegd via <http://www.atriummc.nl/Prestatie-indicatoren.4070.0.html> (2011, 15 juli)

Borstkankervereniging Nederland (2011, juli) Basiseisen BVN voor roze lintje in de Monitor Borstkankerzorg juli 2011. Geraadpleegd via http://www.borstkanker.nl/php/bibliotheek_ext/download.php?id=1071&bestand=110629_definitieve_criteria_.pdf (2011, 15 juli)

Borstkankervereniging Nederland (2011) *Op de mammapoli*. Geraadpleegd via http://www.borstkanker.nl/heb_ik_borstkanker_mammapoli (2011, 15 juli)

Borstkankervereniging Nederland (2011) *Aanvullend onderzoek*. Geraadpleegd via http://www.borstkanker.nl/aanvullend_onderzoek (2011, 15 juli)

Borstkankervereniging Nederland (2011) *Behandelingen*. Geraadpleegd via http://www.borstkanker.nl/medisch_behandelingen (2011, 15 juli)

Borstkankervereniging Nederland (2011) *Na de behandelingen*. Geraadpleegd via http://www.borstkanker.nl/na_de_behandelingen (2011, 15 juli)

Catharina ziekenhuis (2011) *Kwaliteit van onze zorg*. Geraadpleegd via <http://www.cze.nl/default.aspx?DocumentID=633c5592-dddd-4860-bdc5-203e35a587c9> (2011, 10 mei)

Consumentenbond (2011). *Borstkanker. Zoek de behandeling die bij u past.* Geraadpleegd via <http://www.consumentenbond.nl/test/voeding-gezondheid/aandoening-behandeling/borstkanker-ziekenhuis/> (2011, 15 juli)

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2011, 4 maart) Geraadpleegd via <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/index.aspx> (2011, 4 maart)

Integraal Kankercentrum Nederland (2011). *Over IKNL.* Geraadpleegd via <http://www.ikcnet.nl/page.php?id=77> (2011, 15 juli)

Kiesbeter.nl (2011) *Borstkanker.* Geraadpleegd via <http://www.kiesbeter.nl/medische-informatie/artikelen/ziekte-of-klacht/borstkanker/> (2011, 15 juli)

Kiesbeter.nl (2011) *Borstkanker.* Geraadpleegd via <http://www.kiesbeter.nl/medische-informatie/artikelen/behandeling/borstkanker/> (2011, 15 juli)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011, 27 februari) Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/goed-bestuur-in-de-zorg/waarom-goed-bestuur-in-de-zorg> (2011, 27 februari)

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (2011) *Kwaliteit. Beleid & Organisatie.* Geraadpleegd via http://www.heelkunde.nl/kwaliteit/beleid_organisatie (2011, 15 juli)

Pauw & Witteman (2010, 5 oktober) *Aysel Erbudak.* Geraadpleegd via [http://pauwenwitteman.vara.nl/Archief-detail.113.0.html?cHash=f0609d27d0&no_cache=1&tx_ttnews\[backPid\]=116&tx_ttnews\[tt_news\]=1555](http://pauwenwitteman.vara.nl/Archief-detail.113.0.html?cHash=f0609d27d0&no_cache=1&tx_ttnews[backPid]=116&tx_ttnews[tt_news]=1555) (2011, 23 mei)

Rijksoverheid (2011, 14 maart). *Belonen naar prestatie voor ziekenhuizen. Minder bureaucratie, meer keuzevrijheid.* Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/03/14/belonen-naar-prestatie-voor-ziekenhuizen.html> (2011, 15 juli)

RIVM (2008, 11 december) *Effecten stelselwijziging. De zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt.* Geraadpleegd via http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7818n34424.html (23 februari 2011)

Zichtbare Zorg (2011) *Veelgestelde vragen. Is het verplicht om deel te nemen en (alle) indicatoren van Zichtbare Zorg aan te leveren?* Geraadpleegd via <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Veelgestelde-vragen> (2011, 15 juli)

Zichtbare Zorg (2011) *Over deze site.* Geraadpleegd via <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Over-deze-site> (2011, 15 juli)

Zorgverzekeraars Nederland (2011) *Over ZN. Organisatie*. Geraadpleegd via <https://www.zn.nl/over-zn/organisatie/> (2011, 15 juli)

Zorgvisie (2010, 1 oktober) *Inspectie: Borstkankerzorg Nederland in orde*. Geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Inspectie-borstkankerzorg-Nederland-in-orde.htm> (2011, 15 juli)

Bijlagen

Bijlage 1

Interviewvragenlijst

Inleiding

- Voorstellen
- Onderzoek toelichten en het doel van het interview noemen
- ‘Welke strategische reacties hebben leiders van ziekenhuizen op externe eisen aan borstkankerzorg?’
- Wat zijn de beleidsbepalende externe eisen en waarom?

De respondent

- Wat zijn uw functie, verantwoordelijkheden en werkzaamheden?
 - Contacten met bestuurders?
 - Contacten met medisch-specialisten?

De borstkankerzorg

- Hoe is de borstkankerzorg georganiseerd in dit ziekenhuis?
 - Hoe zijn de behandelingen georganiseerd? (Zorgpad; Mammacare poli)
 - Hoeveel behandelingen zijn er?

Lijst van CZ

- Wat vindt u van de lijst van CZ? Waarom?
- Hoe belangrijk is de positie op de lijst voor het ziekenhuis? Waarom?
- Welke invloed heeft de lijst van CZ op de borstkankerzorg in het ziekenhuis?

- Waarom legt CZ zo'n nadruk op het *aantal* behandelingen?

- Welke keuzes zijn er gemaakt en wie waren hier bij betrokken? Waarom
- Welke overwegingen speelden hier in mee? Waarom
 - En welke overwegingen hebben niet meegespeeld?

Ontwikkelingen & Beleid

- Welke belangrijke ontwikkelingen komen er op het ziekenhuis af ?
 - Welke organisaties stimuleren deze ontwikkelingen?
 - Wie heeft er contact met deze organisaties?

- Wat ervaart u als de belangrijkste organisaties die het meeste invloed hebben op de borstkankerzorg? Waarom?

- Zijn er de afgelopen twee, drie jaar veranderingen geweest bij de borstkankerzorg in dit ziekenhuis?
 - Zo ja, welke belangrijke beleidsontwikkelingen zijn er geweest? Waarom?

- Hoe kunt u de borstkankerbehandelingen van uw ziekenhuis verkopen?
 - Aan de zorgverzekeraar?
 - Aan de patiënt?
- Wat zijn de speerpunten van het beleid voor borstkankerzorg? Waarom?
 - Hoe werkt u daaraan?
- Zijn er ontwikkelingen of externe eisen te noemen waar u geen rekening mee kunt of wil houden? Waarom?
- Wat zijn de belangrijkste toekomstige ontwikkelingen voor de borstkankerzorg? Waarom?
- Welke strategische ruimte heeft het ziekenhuis?

Specifieke vragen ziekenhuis

- Vragen die voortkomen uit nieuwsberichten, beleidsstukken, jaarverslagen, etcetera

Doorvragen

- Waarom?
- Overwegingen?
- Strategisch kant?

ACTOREN

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Zorgverzekeraars
- NABON
- Borstkankervereniging Nederland
- Patiënten
- Partner, familieleden, burgers
- Orde van Medisch specialisten
- SONCOS
- Huisartsen

BELEID - SPEERPUNTEN

Domein	Waardeoriëntaties
Markt	Efficiëntie, kostenminimalisatie, effectiviteit, competitie en winstgerichtheid
Staat	Controleerbaarheid, betaalbaarheid, solidariteit
Gemeenschap	Toegankelijkheid, rechtvaardigheid, gelijkheid
Medisch-professioneel	Professionele autonomie, medische urgentie, vrije artsenkeuze, patiënten zelfbeschikking

STRATEGISCHE REACTIES OM OP DOOR TE VRAGEN

- Vermijden (verbergen, bufferen, vluchten)
- Manipuleren (coöpteren, beïnvloeden, beheersen en besturen)

Bijlage 2 **Deskresearch**

Bethesda ziekenhuis

Bethesda ziekenhuis (2011, 10 januari) Ziekenhuis Bethesda krijgt alle Topzorg predicaten van Menzis. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/ziekenhuis-bethesda-krijgt-alle-topzorg-predicaten-van-menzis> (2011, 3 mei)

Bethesda ziekenhuis (2010, 20 december) Zorggroep Leveste Middenveld gaat in hoger beroep in zaak CZ. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/zorggroep-leveste-middenveld-gaat-in-hoger-beroep-in-zaak-cz> (2011, 3 mei)

Bethesda ziekenhuis (2010, 23 november) Rechter schept duidelijkheid over normen zorgverzekeraar. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/rechter-schept-duidelijkheid-over-normen-zorgverzekeraar> (3 mei 2011)

Bethesda ziekenhuis (2010, 10 december) Dr. Yep: Ziekenhuis Bethesda beste ziekenhuis van Drenthe. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/dr-yep-ziekenhuis-bethesda-beste-ziekenhuis-van-drenthe> (2011, 3 mei)

Bethesda ziekenhuis (2010, 24 november) Ziekenhuis Bethesda ontvangt NIAZ accreditatie bewijs. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/ziekenhuis-bethesda-ontvangt-niaz-accreditatiebewijs> (2011, 3 mei)

Bethesda ziekenhuis (2010, 14 oktober) Roze Lintje van Borstkankervereniging Nederland voor ziekenhuis. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/roze-lintje-van-borstkankervereniging-nederland-voor-ziekenhuis-b> (2011, 3 mei)

Bethesda ziekenhuis (2010, 6 oktober) CZ krijgt dagvaarding van ziekenhuis Bethesda. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/cz-krijgt-dagvaarding-van-ziekenhuis-bethesda> (2011, 3 mei)

Bethesda ziekenhuis (2010, 30 juni) Nieuwe directeur ziekenhuis Bethesda. Geraadpleegd via <http://www.bethesda.nl/topmenu/over-bethesda/nieuws/nieuwe-directeur-ziekenhuis-bethesda> (2011, 3 mei)

Zorgvisie (2011, 11 januari) Menzis: Bethesda topziekenhuis bij borstkanker. Geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Menzis-Bethesda-topziekenhuis-bij-borstkanker.htm> (2011, 3 mei)

Zorgvisie (2010, 15 oktober) Ziekenhuizen in actie tegen werkwijze CZ. Geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Ziekenhuizen-in-actie-tegen-werkwijze-CZ.htm> (2011, 3 mei)

Catharina ziekenhuis

Catharina ziekenhuis (2011) *Kwaliteit van onze zorg*. Geraadpleegd via <http://www.cze.nl/default.aspx?DocumentID=633c5592-dddd-4860-bdc5-203e35a587c9> (2011, 10 mei)

Catharina ziekenhuis (2011) *Meerjarenbeleidsplan 2007-2010*. Geraadpleegd via <http://www.catharinaziekenhuis.nl/default.aspx?DocumentID=562dd077-1834-48d9-bfbb-693528db49ab> (2011, 10 mei)

Catharina ziekenhuis (2011) *Mammacentrum in het kort*. Geraadpleegd via <http://www.catharinaziekenhuis.nl/default.aspx?themaset=e0c00c40-4bb9-42cd-b92f-1a310124d772> (2011, 10 mei)

Catharina ziekenhuis (2010, 11 januari) *Mamma Centrum Catharina-ziekenhuis krijgt lintje van Borstkanker Vereniging Nederland*. Geraadpleegd via: <http://www.cze.nl/Site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=da4d4922-f27e-43e0-aa79-1b0b46b1aee4> (2011, 10 mei)

Skipr (2011, 25 maart) *VWS en IGZ meten kwaliteit op verkeerde manier*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id7166-vws-en-igz-meten-kwaliteit-op-verkeerde-manier.html> (2011, 10 mei)

Skipr (2011, 11 maart) *Catharina ziekenhuis benoemt interim-bestuurder*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id7042-catharina-ziekenhuis-benoemt-interim-bestuurder.html> (2011, 10 mei)

Skipr (2011, 16 februari) *Nauwe samenwerking tussen Brabantse ziekenhuizen*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id6828-nauwe-samenwerking-tussen-brabantse-ziekenhuizen-.html> (2011, 10 mei)

Skipr (2010, 24 december) *Polderen maakt plaats voor bestuurlijk kickboxen*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id6365-polderen-maakt-plaats-voor-bestuurlijk-kickboxen.html> (2011, 10 mei)

Skipr (2010, 2 november) *Catharina eist beoordeling hartoperaties op*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id5892-catharina-eist-beoordeling-hartoperaties-op.html> (2011, 10 mei)

Skipr (2010, 21 december) *Minder sterfte door concentratie alvleesklieroperaties*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id5485-minder-sterfte-door-concentratie-alvleesklieroperaties-.html> (2011, 10 mei)

Skipr (2010, 7 september) *MMC en Catharina intensiveren samenwerking*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id5333-mmc-en-catharina-intensiveren-samenwerking.html> (2011, 10 mei)

Skipr (2010, 30 juli) *Ook Catharina vecht hartklepbesluit aan*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id4999-ook-catharina-ziekenhuis-vecht-hartklepbesluit-aan.html> (2011, 10 mei)

Medical Facts (2009, 7 april) *Catharina-ziekenhuis opent borstkankercentrum: Zorg voor patiënte met borstkanker verbeterd*. Geraadpleegd via <http://www.medicalfacts.nl/2009/04/07/catharina-ziekenhuis-opent-borstkankercentrum-zorg-voor-patiënte-met-borstkanker-verbeterd/> (2011, 10 mei)

Jeroen Bosch ziekenhuis

Jeroen Bosch ziekenhuis (2011) *Mammapoli*. Geraadpleegd via <http://jbz.nl/Publicaties/105188/Mammapoli>. (2011, 8 juni)

Jeroen Bosch ziekenhuis (2010) *Chirurgisch jaarverslag mammazorg 2009*. Geraadpleegd via <http://jbz.nl/Website/Over%20JBZ/Organisatie%20en%20beleid/Jaarverslag%20mamacare.pdf> (2011, 8 juni)

Slotervaart ziekenhuis

Pauw & Witteman (2010, 5 oktober) *Aysel Erbudak*. Geraadpleegd via [http://pauwenwitteman.vara.nl/Archief-detail.113.0.html?cHash=f0609d27d0&no_cache=1&tx_ttnews\[backPid\]=116&tx_ttnews\[tt_news\]=1555](http://pauwenwitteman.vara.nl/Archief-detail.113.0.html?cHash=f0609d27d0&no_cache=1&tx_ttnews[backPid]=116&tx_ttnews[tt_news]=1555) (2011, 23 mei)

Zorgvisie (2010, 15 oktober) *Ziekenhuizen in actie tegen werkwijze CZ*. Geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Ziekenhuizen-in-actie-tegen-werkwijze-CZ.htm> (2011, 3 mei)

St. Anna ziekenhuis

St. Anna ziekenhuis (2010, 15 oktober) *St. Anna ziekenhuis over beoordelingenlijst CZ*. Geraadpleegd via http://www.st-anna.nl/anna-over-beoordelingenlijst-cz.html?searched=zoek&highlight=ajaxSearch_highlight+ajaxSearch_highlight1 (2011, 16 mei)

St. Anna ziekenhuis (2010, 19 april) *Goede beoordeling St. Anna Ziekenhuis door patiënten*. Geraadpleegd via <http://www.st-anna.nl/Goede-beoordeling-St.-Anna-Ziekenhuis-door-patienten.html> (2011, 16 mei)

St. Anna ziekenhuis (2011) *Borstkanker*. Geraadpleegd via <http://www.chirurgie-anna.nl/borstkanker.html> (2011, 16 mei)

St. Anna ziekenhuis (2010, 19 maart) *St. Anna ziekenhuis breidt uit met galblaasstraat*. Geraadpleegd via <http://www.st-anna.nl/galblaasstraat-news.html> (2011, 16 mei)

St. Anna ziekenhuis (2010, 5 oktober) *Borstkankerinformatieavond*. Geraadpleegd via <http://www.st-anna.nl/borstkankerinformatieavond.html> (2011, 16 mei)

St. Jans Gasthuis

Zorgvisie (2008, 23 juli) *St. Jans Gasthuis wil af van wachttijden*. Geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Artikel/St.-Jans-Gasthuis-wil-af-van-wachttijden.htm> (2011, 10 juni)

Zorgvisie (2000, 15 september) *Voortbestaan Sint Jans Gasthuis onzeker*. Geraadpleegd via <http://archieff.zorgvisie.nl/zorgvisienieuwsbrief/2000/09/15/nummer-37/Voortbestaan-Sint-Jans-Gasthuis-onzeker.htm> (2011, 10 juni)

Zorgvisie (2010, 23 juni) *St. Jans Gasthuis Weert stopt met complexe operaties*. Geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/St.-Jans-Gasthuis-Weert-stopt-met-complexe-operaties.htm> (2011, 10 juni)

Skipr (2011, 21 mei) *CZ sluit tien ziekenhuizen uit van blaasoperaties*. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id7741-cz-sluit-tien-ziekenhuizen-uit-van-blaasoperaties.html> (2011, 10 juni)

St. Jans Gasthuis (2011) *Profiel*. Geraadpleegd via <http://www.stjansgasthuis.nl/sig-weert/profiel.html> (2011, 10 juni)

St. Jans Gasthuis (2011) *Mammapoli*. Geraadpleegd via <http://www.stjansgasthuis.nl/patienten/afdelingen-en-specialismen/mammapoli.html> (2011, 10 juni)

St. Jans Gasthuis (2011) *Borstkankerzorg en CZ*. Geraadpleegd via <http://www.stjansgasthuis.nl/nieuws/borstkankerzorg-en-cz.html> (2011, 10 juni)

St. Jans Gasthuis (2011, 1 maart) *Borstkankerzorg op topniveau in Weert*. Geraadpleegd via <http://www.sigweert.nl/upload/Media/Gezondheidskrant/Maart%202011.pdf> (2011, 10 juni)

Bijlage 3

CZ Lijst 'Overzicht kwaliteitscategorieën borstkankerzorg'

BESTE

Ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ als beste scoren worden als voorkeursziekenhuis bestempeld: deze 1

Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Diakonessenhuis Utrecht/Zeist
Elkerliek Ziekenhuis
Havenziekenhuis
Medisch Centrum Leeuwarden
Rijnland Zorggroep
Stichting Deventer Ziekenhuis
Ziekenhuis Ikazia

GOED

Ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ goed scoren worden als 'goed' bestempeld in de keuze-ondersteunende informatie van CZ.

Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Academisch Ziekenhuis Maastricht
Albert Schweitzer Ziekenhuis
Amphia Ziekenhuis
Atrium Medisch Centrum
Bronovo ziekenhuis
Catharina Ziekenhuis
Erasmus Universitair Medisch Centrum
Groene Hart Ziekenhuis
Het Diaconessenhuis (Leiden)
Isala Klinieken
Jeroen Bosch Ziekenhuis
Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam)
Martini Ziekenhuis
Maxima Medisch Centrum
Meander Medisch Centrum
Medisch Centrum Alkmaar
Medisch Centrum Haaglanden
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Orbis Medisch Centrum
Reinier de Graaf Groep
Sint Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein en omstreken)
Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam)
St. Elisabeth ziekenhuis
Tergooiziekenhuizen
Tweesteden Ziekenhuis
Universitair Medisch Centrum Groningen
Universitair Medisch Centrum St. Radboud
VieCuri
West Fries Gasthuis
Zaans Medisch Centrum
Ziekenhuis De Gelderse Vallei
Ziekenhuis Nij Smellinghe
Alysis Zorggroep
Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk)
Ziekenhuisgroep Twente

KAN BETER

Ziekenhuizen waar volgens de kwaliteitskaders van CZ de randvoorwaarden voor goede borstkankerzorg (nog) niet optimaal zijn. Dit wordt in de keuze-ondersteunende informatie van CZ aangegeven.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, loc. Goes
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, loc. Vlissingen
Algemeen Ziekenhuis De Tjongerschans
Antonius Ziekenhuis (Sneek)
Bovenij Ziekenhuis
De Ommelander Ziekenhuisgroep
Diaconessenhuis (Meppel)
Flevoziekenhuis
Gelre Ziekenhuizen, loc. Apeldoorn
Gelre Ziekenhuizen, loc. Zutphen
HAGA Ziekenhuis
Het Rode Kruis Ziekenhuis
IJsselland Ziekenhuis
Kennemer Gasthuis
Leids Universitair Medisch Centrum (lumc)
Lievensberg Ziekenhuis
MC Groep
Medisch Spectrum Twente
Refaja Ziekenhuis
Rivas Medizorg
Ruwaard van Putten Ziekenhuis
Saxenburgh Groep
Scheperziekenhuis
Sint Anna Ziekenhuis
Sint Franciscus Ziekenhuis (Roosendaal)
Sint Jans Gasthuis (Weert)
Sint Laurentius Ziekenhuis
Sint Lucas-Andreas Ziekenhuis
Slingeland Ziekenhuis
Spaarne Ziekenhuis
Stichting het Van Weel-Bethesda ziekenhuis (Dirksland)
Streekziekenhuis Koningin Beatrix
t Lange Land Ziekenhuis
Universitair Medisch Centrum Utrecht
Vlietland Ziekenhuis
VU Medisch Centrum
Waterlandziekenhuis
Wilhelminaziekenhuis (WZA)
Ziekenhuis Amstelland
Ziekenhuis Bernhoven
Ziekenhuis Rivierenland
Zorgzaam Zeeuws Vlaanderen
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

NIET-GECONTRACTEERD

Bethesda Ziekenhuis (Hoogeveen)
Geminiziekenhuis
Maasziekenhuis (Boxmeer)
Ziekenhuis De Sionsberg

Bijlage 4 Code boom

- Beleidsontwikkelingen
 - Toelooptijd
 - Doorlooptijd
 - Mammapoli
 - Indicatoren
 - Behandeling
 - Multidisciplinair
 - Diagnose
 - Mamma care verpleegkundige
- Actoren
 - Overheid
 - Min. VWS
 - Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
 - Zichtbare zorg
 - Kies Beter
 - Zorverzekeraars Nederland (ZN)
 - Zorgverzekeraars
 - Menzis
 - CZ
 - Borstkanker Vereniging (BVN)
 - Consumentenbond
 - CBO
 - Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)
 - Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ)
 - NABON
 - Nederlandse Vereniging voor Oncologie
 - Nederlandse Vereniging voor Chirurgie
 - Orde van Medisch Specialisten
 - Nederlandse Vereniging van Heelkunde
 - Huisartsen
 - ZonMw
 - IHI
 - KWF
 - Samenwerking
 - Externe eisen
 - Specialisatie / concentratie
 - Volume norm
 - DOT
 - Indicatoren
 - Medisch-inhoudelijk
 - CZ lijst
 - Belang van de lijst
 - Criteria / indicatoren
 - Eindscore op de lijst
 - Ervaring / beleving
 - Gevolgen
 - Intepretatie motieven van CZ

- Mening over lijst van CZ
- Reactie op de lijst
- Scores
- AD Top 100
- Elsevier
- Lijst Consumentenbond
- Dr. Yep
- Topzorg certificaat Menzis
- Roze lintje
- NIAZ Accreditatie
- CQ index
- Tegenstrijdigheid
- Strategische Reacties en overwegingen
- Berusten [0]
 - Gewoonte
 - Imitatie
 - Medisch-specialist
 - Naleven
 - Actoren
 - Ministerie VWS
 - IGZ
 - Zorgverzekeraars
 - Zichtbare Zorg
 - Borstkankervereniging
 - IKZ / IKNL
 - Medisch Wetenschappelijke verenigingen
 - Externe eisen
 - Korting Schippers
 - CQ Index
 - NIAZ
 - Roze lintje
 - Topzorg certificaat Menzis
 - Consumentenbond
 - AD top 100
 - Roze Lintje
 - CZ lijst
 - Indicatoren
 - DOT
 - Specialisatie / concentratie
 - Volume norm
- Compromis sluiten
 - Balanceren
 - IGZ
 - CZ lijst
 - Indicatoren
 - Pacificeren
 - Onderhandelen
 - Zorgverzekeraars
 - IKNL / IKZ
 - IGZ

- CZ lijst
- Vermijden
 - Verbergen
 - CZ lijst
 - Rapportage indicatoren (aan IGZ)
 - Bufferen
 - Zorgverzekeraar
 - Indicatoren
 - Externe eisen
 - Vluchten
- Ter discussie stellen
 - Verwerpen
 - NIAZ
 - Zorgverzekeraar
 - CZ lijst
 - Indicatoren
 - Externe eisen
 - In opstand komen
 - CZ lijst
 - Volume
 - Aanvallen
 - Volume
- Manipuleren
 - Coöpteren
 - Beïnvloeden
 - Roze lintjes
 - CZ lijst
 - Beheersen en besturen
- Imago / reputatie
- Strategische ruimte
- Visie
- Portfolio
- Marketing / patiënten aantrekken
- Concurrentie