

## CASUÏSTIEK

## Als de Inspectie de operatiekamers sluit

## EEN VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Ron M.A. van der Pennen en Kim Putters

- ACHTERGROND** Het thema ‘kwaliteit van zorg’ staat in de belangstelling van media, publiek en overheid. In het toezicht hierop is een belangrijke rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) weggelegd. Als de IGZ in beeld komt, heeft dit gewoonlijk veel consequenties voor het betreffende ziekenhuis.
- CASUS** Na een onaangekondigd bezoek sloot de IGZ het OK-complex van een ziekenhuis vanwege tekortkomingen in de kwaliteit van zorg. De IGZ en het ziekenhuis bleken verschillende beelden te hebben van de normen voor kwaliteit. Op basis van een theoretisch kader proberen we inzicht te geven in de consequenties hiervan.
- CONCLUSIE** In een ziekenhuis is sprake van verschillende domeinen met eigen waardesystemen (markt, overheid en politiek, gemeenschap, medische professie). Om te voorkomen dat deze verschillen goede zorg in de weg staan, adviseren wij partijen over de grenzen van het eigen domein heen te stappen en verbinding te maken met andere domeinen.

**K**waliteit van zorg staat breed in de belangstelling. In het verlengde hiervan staat ook de toezichthouder op de zorg in de schijnwerpers. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) speelt hierbij een prominente rol onder meer vanwege zijn betekenis voor het ziekenhuis.

Dit artikel beschrijft een casus van een onaangekondigd bezoek van de IGZ aan een ziekenhuis dat sluiting van het gehele OK-complex tot gevolg had. De casus toont het verschil van inzicht tussen de IGZ en het ziekenhuis over ‘kwaliteit van zorg’. Op basis van een theoretisch kader proberen we inzicht te geven in de consequenties hiervan.

### CASUSBESCHRIJVING

#### Vooraf

Op maandagochtend bezocht de IGZ onaangekondigd het OK-complex van een groot ziekenhuis voor een 2-daagse inspectie. De aanleiding was een eerdere confrontatie tussen de IGZ en het ziekenhuis, de conclusies van een interne audit – een jaar eerder – die door het ziekenhuis naar de IGZ verstuurd waren en de thematische aandacht van de IGZ voor procedures op de OK’s.

#### Dag 1 en 2

Na het bezoek confronteerde de IGZ het bestuur en de staf met de constatering over het gedrag van de specialisten en de medewerkers op de OK’s en de infrastructuur van het OK-complex.

---

University Tilburg, TiasNimbas Business School, Tilburg.

R.M.A. van der Pennen MSc. MA, bedrijfskundige en bestuurskundige.

Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.

Prof.dr. K. Putters, bestuurskundige (tevens: Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag).

Contactpersoon: R.M.A. van der Pennen MSc. MA  
(r.m.a.vdrpennen@tiasnimbas.edu).

## UITLEG

**Werkgroep Infectiepreventie (WIP)**

De WIP is een samenwerkingsverband van 3 wetenschappelijke verenigingen op het gebied van infectiepreventie en ziekenhuishygiëne. De WIP heeft het maken van richtlijnen op het gebied van infectiepreventie als doel. De Inspectie voor de Gezondheidszorg beschouwt de richtlijnen van de WIP als professionele standaarden.

Het gedrag en de communicatie van de specialisten en de medewerkers waren ondermaats. Specifiek werden genoemd: het hoge aantal deurbewegingen en het afwijken van protocollen en procedures, zoals de 'time out'- en 'sign out'-procedure en de dubbelcheck bij het toedienen van medicatie. De infectiepreventie was onvoldoende: het schoeisel voldeed niet en mond-neusmaskers werden niet verwisseld.

Het luchtbehandelingssysteem disfunctioneerde, waardoor luchtdrukhiërarchie in het complex en de vereiste overdruk op de OK's ontbrak. De IGZ hanteerde hierbij het *Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling* (kortweg 'rapport Walenkamp') als richtsnoer;<sup>1</sup> deze normen waren niet erkend door het veld, waaronder de medische beroepsgroep. Op basis van de bevindingen sloot de IGZ per direct het OK-complex.

Dit stond haaks op de mening en de verwachting van het bestuur en de staf, die de conclusies van de IGZ dan ook afwezen. Vooral de niet-erkende normen die de IGZ hanteerde waren hieraan debet. Voorts voer de IGZ bij zijn beslissing op procesindicatoren, terwijl de uitkomstindicatoren – het aantal complicaties en postoperatieve wondinfecties – geen grond voor sluiting opleverden.

Het bestuur en de staf zaten op één lijn. Hoewel het bestuur formeel eindverantwoordelijk is, voelde de staf zich evenzeer verantwoordelijk en trokken bestuur en staf direct gezamenlijk op. Dat paste bij de enorme effecten van de sluiting op de zorgverlening en de bedrijfsvoering. Het bestuur voerde het overleg met de IGZ, terwijl de staf zich op de interne organisatie van het OK-complex concentreerde.

**Dag 3**

Het bestuur sprak met de IGZ over de enorme consequenties van het IGZ-besluit, onder meer voor de regionale zorg. Op basis hiervan concludeerde de IGZ dat sluiting zou resulteren in beperkte regionale capaciteit met risico's voor de acute patiënt. Daarom mochten de OK's deels openblijven en werd een beperkt aantal operaties tijdelijk naar elders overgebracht, met de verplichting verbeteringen aan te brengen. Daaraan gaven bestuur en staf dezelfde avond gehoor door het instellen van een crisisteam.

**Dag 4**

Vanaf dag 4 trok het crisisteam gezamenlijk op om het OK-complex snel weer aan de normen te laten voldoen. Het opstellen en monitoren van gedragsregels was daarbij de spil, naast het aanpassen van de bouwkundige voorzieningen. Om tempo te houden werd daarbij gekozen voor een tijdelijke OK-voorziening.

**1 week later**

Het crisisteam werkte met volle kracht aan de gestelde doelen. De media maten de situatie breed uit. Desgevraagd distantieerde de Werkgroep Infectiepreventie (WIP, zie uitleg) zich van de visie van zowel het ziekenhuis als de IGZ. De WIP bevestigde dat de Walenkampnormen voor luchtbehandeling niet waren erkend en dat daarmee de onderbouwing van de IGZ voor het sluiten van het OK-complex discutabel was. Verder vond de WIP dat het ziekenhuis een onvoldoende ambitieuze norm – namelijk het landelijk gemiddelde voor infecties – hanteerde om het gedrag van de specialisten en de medewerkers op de OK's te legitimeren.

**Terugblik: een jaar later**

Er was in een jaar tijd veel gebeurd in het ziekenhuis. Viereneenhalve maand na de sluiting werd een nieuw OK-complex in gebruik genomen. Het bestuur en de staf namen echter waar dat na de alarmfase andere dossiers, waaronder een reorganisatie, ook om aandacht vroegen en de besluitvorming vertraagden. Ook waren na zo'n 4 maanden oude gewoontes teruggekeerd en waren de discussies tussen bestuur en staf weer opgelaaid. De gedragsregels golden nog steeds, maar de staf betwijfelde de naleving. Het gedrag leek ongemerkt teruggeleden naar de oude gang van zaken, met als vergoelijking 'dat de cultuur beter is dan elders. Het kan dus wel iets minder'.

Het aantal te bouwen OK's leverde eveneens discussie op. De noodzakelijke tijdelijke voorziening toonde dat het ziekenhuis het met minder OK's afkon, onder meer door efficiëntere planning. Daarmee waren medisch specialisten uit enkele snijdende vakken het niet eens. Het ziekenhuisbestuur en het stafbestuur constateerden dat er veel dynamiek was, maar dat er – buiten een tijdelijk OK-complex – weinig was veranderd.

**BESCHOUWING****THEORETISCH KADER: HYBRIDE ORGANISATIES**

Om deze casus te analyseren hanteren we het theoretische kader van hybride organisaties; daarmee kunnen wij de bevindingen ordenen.<sup>2-4</sup>

Wat maakt een organisatie 'hybride'? Hybride organisaties worden aangesproken door de maatschappij, zijn

geen klassieke marktpartij en maken geen deel uit van de overheid. Ook het ziekenhuis is te beschouwen als een hybride organisatie. In een hybride organisatie zijn onverenigbare waardesystemen uit verschillende domeinen met elkaar verbonden. Voor het ziekenhuis zijn dat de waardesystemen van 4 verbonden domeinen: markt, overheid en politiek, medische professie en gemeenschap (figuur).<sup>5-8</sup>

Als waarden van meerdere domeinen niet met elkaar in overeenstemming zijn, levert hybriditeit wrijving en confrontaties op. Om een voorbeeld te geven: als een ontevreden patiënt refereert aan volledige veiligheid als een gegeven dat hij 'mag verwachten', kan dat spanning opleveren met de medisch specialist die professioneel handelt volgens zijn vaknormen. De waarden uit de domeinen 'gemeenschap' en 'medische professie' leveren hierbij wrijving op. De vragen die hybriditeit oplevert, zoals 'Is er een balans tussen efficiency en veiligheid van zorgverlening, en wat is die?', 'Wat is de beste zorg en hoe verhoudt zich dat tot het financiële rendement?' en 'Wordt omwille van medici geïnvesteerd in de nieuwste medische technologie wanneer bestaande technologie ook tot goede kwaliteit leidt?' veroorzaken discussie en maken het ziekenhuis tot een complexe omgeving.

#### ANALYSE

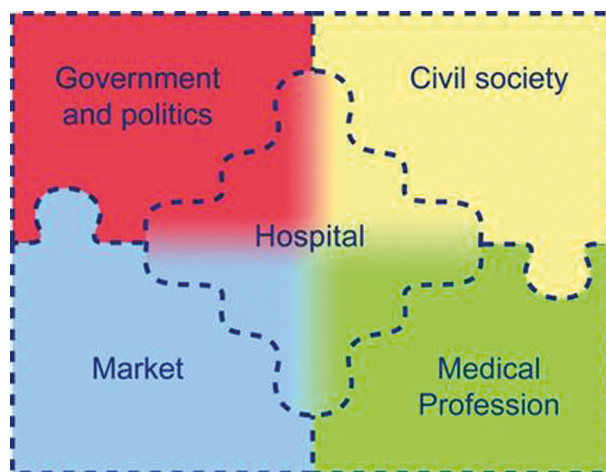
Om inzicht in de besproken casus te krijgen lopen wij de 4 domeinen na.

**Markt** Het domein 'markt' heeft betrekking op het inkopen van zorg door zorgverzekeraars. Steeds meer zorgverzekeraars zijn van plan hierbij onderscheid te maken tussen aanbieders – het zogenoemde 'selectief inkopen' – en willen dat doen dit op basis van kwaliteit. Vanuit concurrentieoverwegingen is ook marketing in dit domein van belang, net als het bespelen van de media. In onze casus speelde het domein 'markt' geen prominente rol. Van belang was de snelle reactie van het ziekenhuis en de overeenstemming met de IGZ over de koers. Dit werd actief naar buiten gebracht in de media.

**Overheid en politiek** Met de prominente rol van de IGZ is het domein van overheid en politiek in onze casus sterk aanwezig. Vitale elementen hierbij zijn de landelijke kwaliteitsnormen en de kaders waarbinnen deze gemonitord en gecontroleerd worden. Ook het wettelijk toegewezen instrumentarium van de IGZ, zoals handhaving en onaangekondigd bezoek, horen hierbij.

**Gemeenschap** De casus gaat primair over de gepercipiëerde kwaliteit. Daarin zit het domein van de gemeenschap, die eisen stelt en hoge verwachtingen heeft. Op het niet halen van de verwachtingen staan vaak sancties, zoals beperkingen in de vrijheid van handelen.

**Medisch professie** De casus laat zien hoe medisch specialisten professionele autonomie claimen. Hun invulling



**FIGUUR** Hybriditeit van het Nederlandse ziekenhuis en zijn omgeving, waarin 4 relevante domeinen te onderscheiden zijn: markt, overheid en politiek, gemeenschap en medische professie.<sup>5-8</sup>

van de door de beroepsgroep erkende normen staat centraal. Hierdoor ontstonden discrepanties tussen de normen van de beroepsgroep en de verwachtingen en de eisen van de buitenwereld.

#### CONCLUSIE

Recente meldingen over zorgkwaliteit leggen ziekenhuizen en de IGZ onder een vergrootglas. Onze casus is daarvan een illustratie. Nadere analyse vond plaats op basis van het theoretisch kader van de hybride organisaties.

Opvallend waren de vele discussies in het domein van de medisch professionals over de kwaliteitsnormen. Specialist en de IGZ verschilden in denkwijzen over normen en hoe deze gehanteerd moeten worden. Medisch specialisten hanteren een dynamisch systeem waarin zij zich vasthouden aan hun professionele autonomie. Gegeven de hybride omgeving van het ziekenhuis zouden specialisten zich eveneens moeten verbinden met de andere domeinen.

De wettelijke taak van de IGZ legitimeert het rigoureuze ingrijpen op het OK-complex. Dit laat onverlet dat de IGZ in het krachtenveld onderhevig is aan diverse tegenkrachten. Op basis van deze casus zou de IGZ haar effectiviteit kunnen vergroten door meer rekening te houden met het perspectief – bijvoorbeeld de medische professie – en de verwachtingen – bijvoorbeeld van de politiek – in andere domeinen.

De analyse toont voorts dat er in het ziekenhuis sprake was van verschillende culturen, denkpatronen en nor-

## LEERPUNTEN

- Een ziekenhuis is een hybride organisatie waarin 4 domeinen verenigd zijn: markt, overheid en politiek, maatschappij en medisch professie.
- Elk van deze domeinen kent eigen waardesystemen en normen.
- In de besproken casus hadden de IGZ en het ziekenhuis verschillende beelden van de normen voor kwaliteit; dergelijke verschillen kunnen goede zorg in de weg staan.
- Het advies is dat partijen uit verschillende domeinen over de grenzen van het eigen domein heen stappen en verbinding maken met andere domeinen en bijbehorende waardesystemen.

men. Deze verschillen betreffen de kwaliteit van zorg, maar golden ook voor andere aspecten van de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis. De vraag is dan hoe men kan voorkómen dat deze verschillen goede samenwerking en bovenal goede zorg in de weg staan. Wij stellen dat partijen de complexiteit van het ziekenhuis onrecht aan doen door een vraagstuk vanuit slechts één enkel domein te benaderen. Over de grenzen van het

eigen domein heen stappen betekent dat een verbinding gemaakt moet worden met andere domeinen en dus met andere waardesystemen. Het overschrijden van de grens tussen domeinen en het ondernemen van actie in andere domeinen dan het strikt eigen domein vergroot de handlungsruimte en -vrijheid ('space to operate').<sup>9</sup> Gebeurtenissen zoals beschreven in onze casus komen herhaaldelijk voor. Tal van discussies in en rond het ziekenhuis blijken na analyse eveneens samen te hangen met de hybride omgeving van ziekenhuizen. Daardoor komen partijen moeilijk tot overeenkomst in hun zienswijzen over zaken als volumennormen, concentratie en spreiding, operatierobots, en kwaliteit van zorg.

Dit artikel is een bewerking van een casestudy die onderdeel uitmaakt van het promotieonderzoek van R.M.A. van der Pennen, MSc, MA, aan de TiasNimbas Business School van de Tilburg University.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 25 juli 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A6171

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK](http://WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK)**

## LITERATUUR

- 1 Walenkamp GH. Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling. Maastricht; 2005.
- 2 Brandsen T, van de Donk W, Putters K. Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector. Intl J Public Administration. 2005;28:749-65.
- 3 Billis D. Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
- 4 Putters K. Besturen met duivelselastiek [oratie]. Rotterdam: iBMG; 2009.
- 5 Van de Donk WB. De gedragen gemeenschap. Over katholiek maatschappelijk organiseren de ontzuiling voorbij [oratie]. Nijmegen: SDU; 2001.
- 6 Lijphart A. 'Dimensions of democracies'. Eur J Polit Res. 1997;31:193-204.
- 7 Helderma JK. Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housings and healthcare [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2007.
- 8 Dekker P, redacteur. Particulier initiatief en publiek belang: beschouwingen over aard en toekomst van de Nederlandse non-profitsector. Nijmegen: SDU; 2002.
- 9 Meurs PL. Nobeles wilden. Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg [oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 1997.