



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterthesis

De rol van de vakbonden binnen de Belgische ziekenhuizen en hun bijdrage tot verbetering van de prestatie maatstaven: een kwalitatief onderzoek

Sema Akdag

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Mark VANCAUTEREN



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2020
2021



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

De rol van de vakbonden binnen de Belgische ziekenhuizen en hun bijdrage tot verbetering van de prestatie maatstaven: een kwalitatief onderzoek

Sema Akdag

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen,
afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Mark VANCAUTEREN



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

De rol van de vakbonden binnen de Belgische ziekenhuizen en hun bijdrage tot verbetering van prestatie maatstaven: Een kwalitatief onderzoek

Scriptie ingediend tijdens het academiejaar 2020 – 2021 tot het behalen van de graad master in de toegepaste economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement

Door master studente,

Sema Akdag

PROMOTOR:

prof. dr. Mark Vancauteran

COVID-19

Deze masterproef werd geschreven tijdens de COVID-19 crisis in het academiejaar 2020 – 2021. Dit pandemie heeft een impact gehad op het schrijf- en verwerkingsproces, de onderzoekshandelingen en de onderzoeksresultaten die aan de basis liggen van dit werkstuk.

De onderzoeksvraag en de literatuurstudie werden probleemloos uitgevoerd en werd niet beïnvloed door de COVID-19 crisis. Echter werd het onderzoek wel tijdens het onderzoeksopzet en dataverzameling beïnvloed. De impact kan positief als negatief opgevat worden. Dit onderzoek gaat over de rol van de vakbonden in de ziekenhuizen. Wetend dat de gezondheidssector momenteel sterk onder druk staat, waren mensen uit het zorgwerkveld niet bereikbaar om deel te nemen aan het onderzoek onder andere verantwoordelijke bestuurders uit zorginstellingen. Om een eenzijdig verhaal te vermijden, werd alsnog een beleidsmaker, uit Kamercommissie Volksgezondheid, geïnterviewd.

Aan de andere kant, heeft de uitbarsting van de pandemie ervoor gezorgd dat er steeds meer online meeting tools worden gebruikt door jong en oud. De virtuele ontmoeting met de respondenten heeft veel tijd bespaard, de dataverwerking versneld en vergemakkelijkt. Zo werd bijvoorbeeld op eenzelfde dag een meeting georganiseerd met een vakbondsafgevaardigden uit West Vlaanderen en uit Limburg.

WOORD VOORAF

De masterproef met als centrale onderzoeksvraag **“Hoe kunnen de vakbonden bijdragen tot de verbetering van de prestatie maatstaven in de ziekenhuizen?”** vormt het sluitstuk van mijn masteropleiding Toegepaste Economische Wetenschappen met als afstudeerrichting Beleidsmanagement aan de Universiteit Hasselt. Onder begeleiding van prof. dr. Vancauteren was het schrijven masterproef een interessante en aangename ervaring, waarvoor dank. Het gaf mij de opportuniteit om interessante inzichten te verwerven omtrent de Belgische vakbonden en de gezondheidssector.

Alvorens de uiteenzetting van deze masterproef, zou ik graag van deze gelegenheid gebruik willen maken om alle mensen te bedanken die hebben bijgedragen tot het tot stand brengen van dit eindresultaat. Een welgemeende dank u wel naar de geparticipeerde vakbondsleden Jan Mortier (ACV), Jan Piet Bauwens (ABVV), Frank Gabriels (ABVV), Alex Nijs (ABVV), Yves Derycke (ABVV) voor het vrijmaken van hun kostbare tijd en het uitgebreid beantwoorden van mijn vragen. Alsook wil ik graag de anoniem participerende Kamerlid bedanken om deel te nemen aan het onderzoek. Tot slot zou ik graag mijn ouders, mijn familieleden en mijn vrienden bedanken voor hun vertrouwen en de mentale steun dat ongetwijfeld een meerwaarde is geweest voor de realisatie van deze masterproef tijdens de corona crisis. Veel leesplezier.

Sema Akdag

Diepenbeek, juni 2021

Inhoudsopgave

COVID-19	2
WOORD VOORAF.....	3
1. INLEIDING	6
2. ONDERZOEKSVRAGEN EN - DOELSTELLINGEN	8
3. METHODOLOGIE	9
3.1. Onderzoeksaanpak.....	9
3.2. Data verzameling.....	9
3.2.1. Geraadpleegde databanken	9
3.2.2. Basisvoorwaarden voor een robuust onderzoek	10
3.2.3. Keuze van onderzoeksmethoden	10
4. LITERATUURSTUDIE	12
HOOFDSTUK 4.1: De vakbonden	12
4.1.1. Historiek.....	12
4.1.2. Ontstaan	12
4.1.3. Nieuw aanspreekpunt.....	13
4.1.4. Dynamisch model.....	14
4.1.5. Vakbond werkingsverschil naargelang sector	14
4.1.6. De vakbonden in de 21ste eeuw	18
4.1.7. Syndicatiegraad	19
4.1.8. Vakbonden en de relatie tot innovatie	20
HOOFDSTUK 4.2: De ziekenhuizen	21
4.2.1. Algemene schets gezondheidszorg.....	21
A) Uitbestedingen aan zorgsector en – ziekenhuizen.....	21
B) Financiële situatie ziekenhuizen.....	21
C) Vakbonden in de private en openbare ziekenhuizen	24
D) Werkomstandigheden in de ziekenhuizen.....	24
4.2.2. Duurzame zorgmodellen.....	27
A) Het model van Lachman et al. 2021	27
B) Het model van Donabedian.....	29
4.2.2. Prestatiemaatstaven van een ziekenhuis.....	31
4.2.3. Meetbaarheid van prestatimaatstaven	32
5. RESULTATEN.....	34

5.1. Interne hindernissen	34
5.2. Externe hindernissen	36
6. DISCUSSIE	47
7. CONCLUSIE	51
7.1 Conclusie	51
7.2 Aanbevelingen naar academici en overheid	53
8. REFERENTIELIJST	55
9. APPENDIX	60
9.1 Interviewleidraden voor vakbonden en beleidsmakers.....	60
9.2. Overzicht Paritaire Comit�ees van Federale en Vlaamse social profitsectoren (Vivo., 2021).	63
9.3 Codeboom.....	64

1. INLEIDING

Sinds eindjaar 2019 kampt de hele wereld met fysieke en financiële gevolgen van het coronavirus. Zowel de nationale lidstaten als de EU hebben restricties opgelegd met als oog op de bestrijding van het virus. Deze restricties leiden tot economische verliezen, echter zijn deze wel genoodzaakt om de drukte in de ziekenhuizen te verlagen. Belfius verkondigde in een recentelijk onderzoek dat de covidpandemie zeer zwaar weegt op de financiële situatie van de Belgische ziekenhuizen. Door de expansie in ziekenhuisopnames van COVID-patiënten, worden de gewone consultaties alsmaar uitgesteld. Dit zorgt ervoor dat een groot deel van de ziekenhuizen potentiële inkomsten niet kunnen genereren (Goossens, V., 2020). Alsook wordt voorspeld dat in de nabije toekomst ernstige gevallen van kanker zullen voorkomen omwille van het uitstelgedrag bij patiënten dat de kans op vroege opsporing reduceert. Echter zorgt de overvloed aan corona patiënten voor een hoge werkdrukte in de ziekenhuizen (Debeuckelaere, H. 2021). Beginjaar 2020 maakte Zorgnet - Icuuro een statement omtrent de ongezonde werkomstandigheden in de zorgsector. In geen enkel andere sector is het ziekteverzuim zo hoog als in de ziekenhuizen met name 15 procent. Hieromtrent werden de vakbonden opgeroepen om binnen het sociaal overlegsysteem te lobbyen voor gezondere werkomstandigheden (ZorgnetIcuuro. 2019).

Decennia's lang lobbyen de vakbonden voor het algemene -, sociale bescherming en ontplooiing van de werknemers. De eerste vakbonden dateren uit de 19^{de} eeuw. De industriële revolutie bracht naast de massa – fabrieken ook nadelige gevolgen voor het sociaal welzijn van de werknemers. Er was geen sprake van sociale bescherming, want in geval van werkloosheid, ziekte en ouderdom liepen de werknemers ondraaglijke risico's. De werknemers werkte voor een ontoereikend loon en beschikte over onmenselijke woon – en werkomstandigheden. Wegens de afwezigheid van deze sociale dekking was de behoefte naar vakbondsverenigingen sterk bevorderd bij de arbeidsklassen (Luyten, D. 2009). In de 21^{ste} eeuw leunt de maatschappij op gegronde universele, Europese grondbeginselen en collectieve arbeidsomstandigheden. Deze grondbeginselen leveren betere woon - als werkomstandigheden voor de burger, ongeacht hij/zij aangesloten is bij een vakbond. Dit wil echter niet zeggen dat de vakbonden irrelevant zijn aangezien vandaag de dag nog steeds onaanvaardbare werkomstandigheden worden geobserveerd (van der Meer, M., De Beer, P., & van Gestel, N. 2009).

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) oordeelde in 2019 (KCE rapport 2019) dat de verpleegkundigen wegens overbelasting in de ziekenhuizen tekort komen aan personeel en zodoende niet content zijn over de zorg die ze verlenen aan de patiënt. Helaas wordt dit probleem door de coronapandemie extra verhevigd. De lage werktevredenheid heeft nadelige gevolgen voor de zorgverlener zelf als voor de patiënt. De zorgverlener kan gezondheidsproblemen oplopen waardoor de kans op medische fouten op de werkvloer ook worden vergroot. Dit wil zeggen dat de prestaties binnen de ziekenhuizen onder gevaar komen te staan (KCE report. 2019). Er is geen consensus over een uniforme maatstaf om de prestaties van de ziekenhuizen te evalueren. Echter worden elementen zoals hygiëne, patiëntveiligheid, patiënttevredenheid als uiterst belangrijke criteria beschouwd (Siregar, S. et al. 2012). Onderzoeken verklaren dat de werktevredenheid van verpleegkundigen een barometer is van de patiënttevredenheid en - veiligheid. In ziekenhuisinstellingen met een lage werktevredenheid worden ook een lage patiënttevredenheid en

– veiligheid geobserveerd. Hieruit wordt afgeleid dat de arbeidsomstandigheden van de zorgverlener insgelijks de zorgomgeving is van de patiënt. Studies suggereren dat het wellicht mogelijk is om de patiënttevredenheid te verbeteren en andere medische fouten te voorkomen door de arbeidsomstandigheden van de verpleegkundigen te verbeteren (McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. 2011).

In de zorgsector worden de afgelopen jaren gewerkt aan de uitwerking van Lean Healthcare om de verleende zorgdiensten te optimaliseren. Het is een toepassing van Lean filosofieën in de zorginstellingen om verspillingen in elk zorgproces, elke procedure en elke taak te minimaliseren door middel van een continu opvolging en verbetering. Door gebruik te maken van de lean filosofieën, streven alle leden van de organisatie, van artsen tot verpleegkundigen en administratief personeel, er voortdurend naar om verspillingen van middelen te identificeren en te elimineren dat geen waarde toevoegt voor de aangeboden zorgverlening. Bestaande wetenschappelijke artikels suggereren dat Lean Healthcare een veelbelovende brug zou kunnen vormen voor de optimalisatie van prestatie maatstaven alsook de verbetering van de werkomstandigheden van de zorgverleners. Wetend dat het algemeen welzijn van de werknemers de ultieme missie van de vakbonden is, zou het een maatschappelijke meerwaarde creëren om vanuit het perspectief van de vakbonden het Lean concept te bestuderen gepaard met de gevolgen nadien op de prestatie maatstaven van de ziekenhuizen (Tlapa, D., Zepeda-Lugo, C. A., Tortorella, G. L., Baez-Lopez, Y. A., Limon-Romero, J., Alvarado-Iniesta, A., & Rodriguez-Borbon, M. I. 2020).

Binnen deze masterproef zal via een kwalitatieve onderzoeksmethode achterhaalt worden hoe de vakbonden zich situeren tegenover innovatie en Lean filosofieën zodoende om te onderzoeken hoe de vakbonden kunnen bijdragen tot de verbetering van de prestatie maatstaven binnen de ziekenhuizen. Het onderzoek bestaat uit twee deelaspecten, gesynthetiseerd in een besluit- en aanbevelingsdeel. Het eerste deel omvat een literatuurstudie, dat start met een algemene beschrijving van de vakbonden, de Belgische zorgsector en ziekenhuizen. Voorts volgt een uiteenzetting van de prestatie maatstaven in de ziekenhuizen. Vervolgens zal de relatie tussen de vakbonden en innovatie (Lean) bestudeerd worden. In het tweede volgt een kwalitatieve studie dat aan de hand van semi gestructureerde interviews een antwoord tracht te formuleren op de centrale onderzoeksvraag: **“Hoe kunnen de vakbonden bijdragen tot de verbetering van de prestatie maatstaven van de ziekenhuizen?”**

2. ONDERZOEKSVRAGEN EN - DOELSTELLINGEN

De centrale onderzoeksvraag luid als volgt:

“Hoe kunnen de vakbonden bijdragen tot de verbetering van de prestatie maatstaven van de ziekenhuizen?”

Om een gestructureerd antwoord te formuleren op de centrale onderzoeksvraag wordt deze onderverdeeld in drie deelvragen. Deze luiden als volgt:

Deelvraag 1: Hoe relevant zijn de vakbonden (in de ziekenhuizen) anno 2021?

Deelvraag 2a: Wat zijn de prestatie maatstaven binnen een ziekenhuis?

Deelvraag 2b: Hoe worden de prestatie maatstaven gemeten?

Deelvraag 3: Wordt innovatie in de zorgsector gestimuleerd door de vakbonden?

De voornaamste doelstelling van dit onderzoek is om na te gaan hoe de vakbonden een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de prestatie maatstaven binnen de ziekenhuizen. Hiervoor zal stapsgewijs ten eerste, het maatschappelijk belang van de vakbonden in de ziekenhuizen bestudeerd worden. Ten tweede, volgt de prestatie maatstaven van de ziekenhuizen en de meetbaarheid ervan. Ten derde, zal de relatie tussen vakbonden en innovatie/lean filosofieën bestuurd worden. Aldus, zullen de bovenstaande deelvragen bijdragen aan de beantwoording op de centrale onderzoeksvraag. De verdere opbouw van het onderzoek omtrent het onderzoeks aanpak, dataverzameling en onderzoeksmethoden wordt uitgebreid omschreven in hoofdstuk 3.

3. METHODOLOGIE

3.1. Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is opgebouwd uit twee grote deelaspecten, gesynthetiseerd in een derde besluit- en aanbevelingsdeel. Het eerste deel bestaat uit een literatuurstudie waarbij het algemeen belang van de vakbonden worden gekaart om vervolgens de aanwezigheid van de vakbonden binnen de ziekenhuizen te bestuderen. Zoals iedere sector evalueert ook de zorgsector zijn product en/of dienst na realisatie om zodoende een optimaal dienstverlening te bereiken. Hierbij wordt er gewerkt met prestatie maatstaven dat zich verwijst naar het Engels begrip *KPI, key performance indicators*. De prestatie maatstaven voor de ziekenhuizen zullen kort toegelicht worden. Het tweede deel bestaat uit een kwalitatieve studie waarbij semi – gestructureerde interviews worden afgenomen bij vakbondsleden actief betrokken in de zorgsector. Aan de hand van deze semi – gestructureerde interviews zal na gegaan worden hoe de vakbonden Lean Healthcare ervaren. Om een eenzijdig perspectief te vermijden, wordt ook een politicus geïnterviewd om hun ervaring met vakbonden te achterhalen. De onderstaande tabel omvat specifieke gegevens omtrent de geïnterviewde personen.

Tabel 1: Functiebeschrijvingen van geïnterviewde personen

Naam	Partij	Functie
Jan Mortier	ACV – Openbare diensten	Openbare zorgsector - Nationale verantwoordelijke
Jan Piet Bauwens	BBTK (ABVV – private sector)	Federaal secretaris bevoegd voor ziekenhuizen
Frank Gabriels	ACOD (ABVV – publieke sector)	Stafmedewerker bevoegd voor Woonzorgcentra
Yves Derycke	ACOD (ABVV – publieke sector)	Voorzitter ACOD UZ Gent & Overheidsdiensten
Alex Nijs	BBTK (ABVV – private sector)	Propagandist bevoegd voor social profit, ziekenhuizen
Anoniem	/	Federaal parlementslid en Kamerlid Kamercommissie Volksgezondheid

3.2. Data verzameling

3.2.1. Geraadpleegde databanken

Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie. Voor de literatuur worden wetenschappelijke artikelen geraadpleegd via elektronische zoekopdrachten in Google Scholar en de online UHasselt bibliotheek (Pubmed, Web of Science). Enkele voorbeelden van zoekopdrachten of combinaties van zoektermen zijn: trade unions, labor unions, Labor unions in healthcare, trade unions innovation, Innovation in healthcare, prestatie – indicatoren ziekenhuizen, KPI Healthcare, innovation labor union, labor union and lean. Enkel Nederlandstalige en Engelstalige studies werden geraadpleegd.

Met de verworven kennis uit de bestaande literatuur zijn twee vragenlijsten opgesteld voor zowel de vakbondsafgevaardigden als voor het Kamerlid. Deze zijn te raadplegen in de bijlagen.

3.2.2. Basisvoorwaarden voor een robuust onderzoek

De gekozen onderzoeksmethoden moeten aan twee voorwaarden voldoen om een robuust resultaat op te leveren namelijk betrouwbaarheid en validiteit. De betrouwbaarheid van een onderzoek heeft betrekking op de manier van meten en verwijst naar de mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval (van Bergen, L. 2007). De validiteit van een onderzoek verwijst naar de geldigheid en nauwkeurigheid van de verworven resultaten. Bij validiteit wordt een onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit beoordeelt de mate waarin het eindresultaat van het onderzoek niet veroorzaakt wordt door externe factoren (confounding variabelen). Het verwijst naar de zuiverheid van de verkregen onderzoeksresultaten (Verhoeven, P. S. 2016). Bij externe validiteit gaat het om de mate waarin de onderzoeksresultaten te generaliseren zijn naar soortgelijke andere personen, verschijnselen, groepen, plaatsen of tijden (Braster, J. F. 2000). Voor een kwalitatief onderzoek zal de onderzoeker moeten zorgen voor een representatieve steekproef zodat de resultaten kunnen vertaald worden naar de gehele doelgroep. Hiervoor zal geopteerd worden om een diverse focusgroep te vormen met vakbondsleden en beleidsmakers. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksvorm waarbij een groep van mensen bevroegd worden aan de hand van semi – gestructureerde interviews naar hun percepties en meningen omtrent bepaalde thematieken. De afweging van de gekozen onderzoeksmethoden volgt in 3.2.3. Bij dit soort onderzoeksmethoden is de onderzoeker sterk verantwoordelijk voor het bewaren van objectiviteit tijdens de interviews, want de manier van vraagstelling en het gedrag van de onderzoeker kan een invloed uitoefenen op de antwoorden (Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A., 2009). Mits toestemming van de participanten wordt het gesprek opgenomen met de IOS applicatie 'Dictafoon'. Uiteindelijk worden de verworven resultaten getranscribeerd en gecodeerd om de gelijkenissen en verschillen met de bestaande literatuur te achterhalen. De interviewleidraden voor de vakbonden en de beleidsmakers kunnen geraadpleegd worden in de appendix 9.1. Alsook kan in appendix 9.3 de codeboom geraadpleegd worden om een schematisch overzicht te verkrijgen over de verworven resultaten.

3.2.3. Keuze van onderzoeksmethoden

In het werkstuk van Saunders et al. (2009) wordt een aantal factoren opgesomd om te kiezen voor kwalitatief onderzoeksmethode zoals een focusgroep met semigestructureerde interviews. Ten eerste, is het doel van het onderzoek een zeer belangrijk factor. Om een keuze te maken in onderzoeksmethode, is het essentieel om het onderzoeksdoel voor ogen te nemen. Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen wat de perceptie van de vakbonden op innovatie is ten aanzien van een verbetering van de prestatie maatstaven. Hierbij verkrijgt de onderzoeker de kans want de geïnterviewde respondenten kunnen hun standpunt uitbundig overbrengen. Een tweede belangrijke factor is het belang van persoonlijk contact tijdens de interviews. De respondenten herinneren zich bepaalde gebeurtenissen doorgaans het interview en kunnen terugvallen op bepaalde zaken, in tegenstelling tot een vragenlijst. Een derde belangrijke factor is het aantal vragen, in tegenstelling tot een vragenlijst kan er tijdens een interview bijkomende vragen, open vragen en/of complexe vragen gesteld worden. Een vierde belangrijke factor is de benodigde tijd en de volledigheid van het

proces, dit wil zeggen dat de onderzoeker voor een interview weldegelijk een bepaald contactmoment moet plannen met de respondenten (Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A., 2009). Zoals reeds werd aangehaald zal een focusgroep gevormd worden van een aantal vakbondsleden en beleidsmakers. Alle respondenten in deze focusgroep zal aan de hand van semi – gestructureerde interviews bevroegd worden. Zodoende om ten eerste, op een deductieve manier naast de bestaande literatuur ook exploratief nieuwe inzichten op te sporen (Van Zwieten & Willems, 2004; Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A., 2009). De studie van Boeje, H. en Bleijenbergh, I. (2019) sommen de voor – en nadelen van de twee onderzoeksmethoden op, zoals weerspiegeld in tabel twee. De studie suggereert dat de onderzoekers aan de hand van een kwalitatief onderzoeksmethode meer inzicht en diepgang verkrijgen over het onderwerp. Daarnaast verkrijgen de onderzoekers bij een kwalitatieve benadering de mogelijkheid om diepgaande en bijkomende vragen te stellen en te ingrijpen indien er miscommunicatie optreedt, waardoor de vertekeningen in het onderzoek ook kunnen vermeden worden (Patton, C., Sawicki, D., & Clark, J. 2015).

Tabel 2: Schematisering kenmerken van onderzoeksmethoden

	Kwalitatief onderzoek	Kwantitatief onderzoek
Nadruk op betekenis	Ja	Nee
Bestaand onderzoek over concept	Weinig	Veel
Soort gegevens	Rijke data, diepgaand	Big data, oppervlakkig
Objectief meetbaar (numeriek)	Nee	Ja
Statistisch generaliseerbaar	Nee	Mogelijk
Inspanning dataverzameling	Intens	Oppervlakkig
Interne validiteit	Hoog	Laag
Externe validiteit	Laag	Hoog
Betrouwbaarheid controleren	d.m.v. herhaling	m.b.v. statistische analyses

De respondenten, weergegeven in tabel 1, worden ondervraagd door middel van semi gestructureerde interviews. Vanuit een methodologisch oogpunt verkrijgt de kwalitatieve aanpak de voorkeur omdat het leidt tot een rijkere output. Dit is bijvoorbeeld het geval bij politieke en maatschappelijke thema's, want bij interviews kan men dieper ingaan op bepaalde standpunten en argumenten. Insgelijks wordt de voorkeur aan interviews gegeven indien het gaat om het genereren van nieuwe ideeën over bepaalde thema's (van Male, J. 2016; Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A., 2009).

4. LITERATUURSTUDIE

In dit onderdeel volgt een literatuurstudie waarbij er na een korte syndicalisme historiek vervolgens zal omschreven worden in welke mate de zorgsector al dan niet gelijk verloopt met de andere sectoren, wat betreft de vakbonden. Aaneensluitend zal de zorgsector in het algemeen geschetst worden om voorts over te schakelen tot de prestatie maatstaven en business modellen dat worden gebruikt voor de handhaving van kwalitatieve zorg.

HOOFDSTUK 4.1: De vakbonden

4.1.1. Historiek

Tijdens de industriële revolutie beschikten de werknemers over slechte werkomstandigheden en geen sociale bescherming. Geleidelijk aan werden de werknemers bewust dat ze zich moesten verenigen om hun rechten en vrijheden te kunnen verdedigen. Vandaag de dag worden de rechten en vrijheden van de werknemer gereguleerd door middel van universele mensenrechten. Dit betekent niet dat vakbonden vandaag irrelevant zijn. Tot op vandaag strijden de vakbonden voor de rechten van de werkende burgers.

4.1.2. Ontstaan

In het coalitieverbod, vastgesteld in het decreet Le Chapelier (1791), werden de arbeiders tot 1867 belet om zich te verenigen terwijl de hoge sociale klasse groepen, genaamd de gekwalificeerde beroeps categorieën, al over hun beroepsverenigingen bemachtigden (Luyten, D. 2009). Het syndicalisme¹ en de vakbonden² in België vinden hun oorsprong in de tweede helft van de 19^{de} eeuw meer bepaald tijdens de industrialisatie van West – Europa.

De ambachtelijke productie werd vervangen door machines en hiermee begon het verhaal van de fabrieksarbeider. In geval van werkloosheid hadden de arbeiders geen sociale dekking, de arbeidsomstandigheden waren ook niet rooskleurig wegens onmenselijke werkuren en minimumlonen. Tot 1887 werd het loon zelfs 'uitbetaald' volgens het truckstelsel waarbij arbeiders hun loon niet in monetair geld ontvangen maar in natura ontvangen (Luyten, D. 2009). De behoefte aan een arbeidersorganisatie kwam voort uit de positie van de arbeidersklasse op internationaal vlak. In het jaar 1864 werd de Internationale Arbeidersassociatie (IAA) opgericht in Londen. De eerste internationale arbeidsorganisatie werd de oploper van de arbeidersklasse en effende het pad voor de ontwikkeling van de vakbonden. Het ultieme doel was om een overkoepelende vereniging te bekrachtigen, want wereldwijd is de positie van de arbeidersklasse dezelfde en idem dito hun doelstellingen (Sewell, R., 2014). De IAA slaagde erin om de Belgische socialistische partijen in actie te schieten. Er was een behoefte aan centralisatie van de vakbonden. In het jaar 1885 werd de

¹ Is een politieke en economische ideologie die streeft naar een samenleving waarin alle productie en distributie in vakbonden wordt georganiseerd.

² Is een organisatie die de individuele en collectieve belangen van aangesloten werknemers behartigt.

Belgische Werkliedenpartij (BWP) opgericht, de eerste Belgische federatie voor vakbonden, mutualiteiten, coöperaties en arbeidersliga's. Parallel met de doelstellingen van IAA stimuleerde de BWP de oprichtingen van nieuwe arbeidsverenigingen en bevorderde bestaande verenigingen om te verbinden met elkaar. Dankzij de wet van beroepsverenigingen op 31 maart 1898 werden de beroepsverenigingen officieel legaal verklaard. Als reactie op deze wet, werd binnen de BWP een apart departement gestart, genaamd de Syndicale Commissie (SC), met als doel om de eenheid van de vakbonden te begeleiden en de vakbondsactiviteiten met een socialistisch karakter te coördineren (Luyten, D. 2009).

4.1.3. Nieuw aanspreekpunt

De oorlogjaren waren zeer moeilijke periodes voor vakbonden, maar tijdens het interbellum hadden de Syndicale Commissie succes. Ze slaagde erin om de arbeidsduur te verminderen, loonindex te introduceren, werkloosheidsuitkeringen te organiseren en de vrijheid van verenigen te bemachtigen. Het belangrijkste succes is de erkenning van vakbonden als representatieve gesprekspartner. Een grote stap voor de lage klasse, want na jarenlang ongezien en ongehoord te zijn als fabrieksarbeiders, werden ze uitgedroefd tot gesprekspartners in het sociaal overlegstelsel (Luyten, D. 2009). De participatie in het overlegstelsel was één van de hoofddoelstellingen van de vakbonden. Gaandeweg kregen vakbonden een stemkracht in de interne besluitvorming van bedrijven. Enigszins leidde dit tot om een interne organisatieverandering bij de vakbonden namelijk een versterking alsook specialisatie van vakbondsdiensten door middel van beroepscentrales. Door de vakbondleden uit eenzelfde bedrijfstak te verenigen, kan dit zorgen voor een efficiëntere communicatie binnen het sociaal systeem. Merk op dat de Belgische vakbonden geen rechtspersoonlijkheid hebben maar wel een representatieve rol. Ze representeren de rechten en plichten van de werkende partij in het overlegstelsel. In het systeem gaan werkgeversorganisaties en werknemersorganisaties aan tafel om collectieve arbeidsovereenkomsten af te sluiten. In België situeerde de ontwikkeling van de CAO zich tijdens het interbellum. Net zoals Engeland, Frankrijk en Italië kampte ook België met oorlogsschulden. De sociaal - economische onrust zorgde voor veel weerstand in de samenleving. Als reactie op deze onrust werden de CAO's geïntroduceerd om zodanig zonder overheidsingreep een sociale rust te eerbiedigen tussen werkliezers en de werkgevers. Universeel worden de collectieve arbeidsovereenkomsten gebruikt als een instrument om de rechten en plichten van de werknemers, onderhandeld in het paritair comité, een juridisch statuut te geven. De veel voorkomende types van CAO's bevatten reglementeringen omtrent loon- en arbeidsvoorwaarden. Het paritair comité is bevoegd voor het begeleiden van deze onderhandelingen tussen werknemersorganisaties en werkgeversorganisaties. Anderzijds zijn ze ook verantwoordelijk om de naleving van de CAO's te handhaven en advies te verlenen aan de Nationale Arbeidsraad en de federale regering. Op de officiële website van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg worden alle sectorale CAO opgelijst.

4.1.4. Dynamisch model

In een organisatiecultuur beschikken alle werknemers over dezelfde normen en waarden. Echter is een cultuur geen stabiel, maar eerder een dynamisch systeem. Aangezien de ideologieën van individuen veranderen, zorgt dit ook voor een verandering in cultuur, want het zijn de individuen die gezamenlijk een cultuur vormen. Dit wil zeggen dat binnen een organisatie de normen en waarden van individuen worden weerspiegeld op de cultuur en de ingesteldheid van de organisatie (Craft, J. A. 1991). Voor een duurzaam bestaan als organisatie moet je inspelen op socio-demografische - en technologische veranderingen. Wetend dat de vakbonden in de maatschappij worden weerspiegeld als reprenatoren, wordt gesuggereert dat de vakbonden hiermee ook rekening houden. Want ten alle tijden wordt binnen het syndicalisme verwacht dat de vakbonden streven naar nutsmaximalisatie i.f.v. de noden van de werknemers (Jones, S. R., & McKenna, C. J. 1994). In de naoorlogse periode werd er hard gewerkt aan de wederopbouw van de Belgische economie. Met het begin van de industrialisatie was er nood aan extra mankracht hierdoor stroomden uit verschillende landen veel etnische groepen naar België. Dit zorgde ervoor dat de identiteit van de arbeidersklasse werd verrijkt, alsook zorgde deze verrijking dat voor andere noden en belangen. Desondanks de vakbonden al participeren in overlegstelsel, waren ze er echter niet in geslaagd zich als belangenverdediger van een ethnische heterogene arbeidersgroep op te werpen. De ethnische minderheden vonden dat de vakbonden hun belangen niet verdedigde en voelde zich niet vertegenwoordigd. Het afwijzen door de vakbonden van een multi - etnisch arbeidersfront legde een zware hypotheek op de toekomst. De Belgische economie had een toenemende nood aan buitenlandse arbeidskrachten. Onmiddellijk na de WOII werden de scherpste kanten van hun beleid afgevlind en werd ook aantrekkelijk voor de buitenlandse arbeiders (Caestecker, F. 1997).

Ingelijks werd er na de Tweede Wereldoorlog “de Wet op de organisatie van het bedrijfsleven” goedgekeurd waarbij de Centrale Raad voor het Bedrijfsleven (CRB, opgericht in 1948) en de Nationale Arbeidsraad (NAR, opgericht in 1952) werd bevestigd. Deze twee organen, waarin werkgevers en vakbonden samen zetelen, zouden een primordiale rol gaan spelen in het sociaal overleg. De CRB volgt onder andere de loonevolutie in België in vergelijking met de buurlanden en stelt op basis daarvan om de 2 jaar een loonnorm voor. Die dient als leidraad bij de tweejaarlijkse onderhandelingen voor een interprofessioneel akkoord. De NAR adviseert de federale regering over materies die werkgevers en werknemers aanbelangen (Jones, S. R., & McKenna, C. J. 1994).

4.1.5. Vakbond werkingsverschil naargelang sector

De vakbonden zijn in alle sectoren aanwezig om het welzijn van de werknemers te beschermen, echter kunnen er verschillen zijn in bindendheid en verkiezingsmethoden naargelang sector (privaat of publiek). Zo wordt volgens de Belgische arbeidsrecht bepaald dat private bedrijven met 50 of meer werknemers verplicht zijn om sociale verkiezingen te organiseren. Uit deze verkiezingen worden door de werknemers een afgevaardigden verkozen om hun te vertegenwoordigen in het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk of CPBW. Dat is bij uitstek de belangrijkste paritair overlegorgaan dat waakt over het welzijn van je werknemers in de private sector Voor de syndicalisatie in de private sector vormt de CAO – wet uit 1968 een algemeen referentiekader (FED., 2021).

Daartegenover wordt in de publieke sectoren syndicale verkiezingen georganiseerd waarbij de vakbonden zelf een vertegenwoordiger bepalen. In de publieke sector bestaan specifieke regels over het sociaal overleg, deze kunnen verschillen met de private sector. Dat heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat de overheid niet dezelfde werkgeverstatuut behelst als in de private sector: het gaat om een politieke overheid die zelf beslist over de wetgeving en reglementering. Hieromtrent vormt de wet van 19 december 1974 een algemeen referentiekader voor de sociale relaties in de publieke sector. In de publieke sector is er een verplichting tot onderhandelen en/of overleggen met de representatieve vakbondorganisaties (ACV - Openbare Diensten., 2012) waardoor er per sector een paritaire comité wordt samengesteld waarbij vakbondsvertegenwoordigers en werkgeversorganisaties zetelen om sectorele akkoorden of collectieve arbeidsovereenkomsten op te stellen.

Een belangrijk verschil tussen de publieke en private sector is dat een sectoraal akkoord in de openbare sector niet dezelfde betekenis en draagkracht heeft als een collectieve arbeidsovereenkomst die in de privé-sector tot stand is gekomen, in het kader van de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités. Deze wet maakt het bijvoorbeeld mogelijk dat een CAO uit de privé-sector algemeen bindend wordt gemaakt voor alle werknemers. De sectorale akkoorden uit de publieke sector is bindend voor de overheidspersoneelsleden (Vlaams Parlement, 2003). In het onderstaand figuur wordt het verschil in werking van vakbonden naargelang sector geschematiseerd.

Figuur 1: Schematisering sociale overlegorganen naargelang private en publieke sector

<u>Syndicaal overleg</u>	
PUBLIEKE SECTOR	PRIVATE SECTOR
<p>Comités: de overheid en de vakbonden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overlegorgaan: Hoog Overlegcomité (HOC) • Onderhandelingsorgaan: Bijzonder Onderhandelingscomité (BOC) <p><i>Juridisch omkadering:</i> De wet van 19 december 1974</p>	<p>Paritaire organen: werkgevers en de vakbonden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adviesorganen: <ul style="list-style-type: none"> • De Nationale Arbeidsraad (NAR) • Centrale Raad voor het Bedrijfsleven (CRB) • Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk (HRPBW) • Paritaire comités (sectoraal) • Binnen ondernemingen: <ul style="list-style-type: none"> • Ondernemingsraad (OR) • Comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW) • Vakbondsafgevaardigde (VA) per onderneming <p><i>Juridisch omkadering:</i> De CAO – wet van 5 december 1968 Organisatie bedrijfsleven – wet van 20 september 1948 CPBW – wet 4 augustus 1996</p>

De paritaire overlegorganen in de private sector inzake welzijn op het werk wordt gevormd door de volgende samenstelling (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012):

Federaal adviesorganen: NAR, CRB en HRPBW

1) De Nationale Arbeidsraad (NAR) is een nationaal en interprofessioneel paritair orgaan met een adviserende bevoegdheid voor sociale materies, betreffende de algemene problemen van sociale aard die de werkgevers en de werknemers aanbelangen. Bovendien kan de Raad sinds 1968 collectieve arbeidsovereenkomsten sluiten van nationale en interprofessionele draagwijdte. Deze overeenkomsten worden meestal algemeen verbindend verklaard bij Koninklijk Besluit (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012).

2) Centrale Raad voor het Bedrijfsleven (CRB) is de Belgische raad waarbinnen het overleg tussen de sociale partners plaatsvindt. Samen met het NAR worden halfjaarlijks rapporten gepubliceerd omtrent de loonkosten en de werkgelegenheid (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012).

3) Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk (HRPBW) is het federale adviesorgaan waarin het sociale overleg plaatsvindt betreffende materies inzake het welzijn op het werk tussen sociale partners. Deze federale adviesorgaan verschilt met de NAR op vlak van bindendheid van hun adviezen. De Hoge Raad geeft advies aan de desbetreffende minister maar heeft geen bevoegdheid om CAO af te sluiten. Indien de Koninklijke Besluiten of ministriële besluiten niet door de Koning/minister worden uitgevaardigd, zijn de adviezen van de Hoge Raad niet bindend. (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012).

Sectoraal niveau

4) Paritaire comité per sector (PC sectoraal): Organen opgericht op basis van de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten. Samengesteld uit een aantal vertegenwoordigers van werkgevers- en werknemersorganisaties, dat zich collaboreren op bepaalde opdrachten met name; sluiten van CAO, het voorkomen of bijleggen van sociale conflicten, het adviseren van de Regering, de Nationale Arbeidsraad of de Centrale Raad voor het Bedrijfsleven en het uitvoeren van elke taak die hen door een wet is toevertrouwd (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012).

Paritaire overlegorganen binnen een Onderneming: OR, CPBW, VA

5) de Ondernemingsraad (OR), Comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW) en de Vakbondsafvaardiging (VA) (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012 & OVSG., 2021 & Lavaert, F., 2019):

Volgens de wet van 20 september 1948 houdende organisatie van het bedrijfsleven moeten alle ondernemingen een ondernemingsraad oprichten zodra ze ten minste 100 werknemers in dienst hebben. Deze raad is een paritair orgaan waarin het ondernemingshoofd samen met de werknemersvertegenwoordigers zetelt om het welzijn van de werknemers te beogen (FED., 2021 &

ACV - Openbare Diensten, 2012 & OVSG., 2021 & Lavaert, F., 2019 & "WET 20 september 1948, - Wet houdende organisatie van het bedrijfsleven.")

Gebaseerd op art. 65 van de wet 4 augustus 1996 kunnen de bedrijven met > 50 werknemers zetelen in het paritaire overlegcomité genaamd, de Comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW). Het wordt samengesteld uit vertegenwoordigers van de werkgever en werknemers om samen te zetelen over het welzijn van de werknemers. De CPBW verleent voornamelijk adviezen omtrent het beleid ter preventie van ongevallen en beroepsziekten, het globaal preventieplan en aangaande het jaarlijks actieplan van het ondernemingshoofd of wijzigingen, uitvoering en resultaten ter zake (FED., 2021 & "4 AUGUSTUS 1996. - Wet betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.").

De vakbondsafgevaardigden (VA) zijn medewerkers van een organisatie dat vanuit een sociaal of syndicale verkiezing zijn verkozen om het personeelsbestand te vertegenwoordigen. Het statuut en bevoegdheden van een VA worden in de collectieve arbeidsovereenkomsten vastgesteld, dit wil zeggen dat alle organisatie die verboden zijn aan de CAO - wet (CAO nr. 5 quarter van 5 oktober 2011) tevens automatisch verplicht zijn om een VA te erkennen in hun organisatie. De vakbondsafgevaardigden kunnen ook zetelen in de paritaire comités (PC) (FED., 2021 & "5 DECEMBER 1968. - Wet betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités.").

Overlegorganen in de publieke sector: HocBoc

Dat syndicaal overleg tussen vakbonden en de lokale overheid betreft in feite twee overlegorganen: enerzijds het Hoog Overlegcomité (HOC) en anderzijds het Bijzonder Onderhandelingscomité (BOC). Veelal zetelen beiden organen samen en wordt het ook wel HocBoc genoemd. De overheid heeft de wettelijke verplichting om de maatregelen die ze uitwerkt omtrent het personeel vooraf met de vakbonden te onderhandelen en/of te overleggen. "Onderhandelen" en "Overleggen" zijn geen synoniemen want in het syndicaal statuut is er een verschil in werking en comité samenstellingen. Het begrip "Onderhandelen" omvat een aanpassing van het personeelsstatuut, bezoldigingen, pensioenen terwijl het begrip "Overleg" verwijst naar aanpassingen van de personeelsformatie, maatregelen van inwendige orde en regelingen m.b.t. arbeiduur en organisatie van het werk. Het overleg gebeurt in het Hoog Overlegcomité (HOC) en de onderhandelingen in de het Bijzonder Onderhandelingscomité (BOC). (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012 & OVSG., 2021 & Lavaert, F., 2019).

Syndicale overlegorganen voor de zorgsector

Elke sector wilt vanuit een sociaal engagement een kwaliteitsvolle dienstverlening aanbieden. De winst of profit zit dus in de sociale meerwaarde die wij de samenleving bieden. In de bijlage kan een schametisch overzicht geraadpleegd worden van alle paritaire comités voor de Federale en Vlaamse social profitsectoren geraadpleegd worden. Hieruit blijkt dat er de zorginstellingen worden onderverdeeld in zes paritaire comités en 13 sectoren met elk een eigen doelgroep. De ziekenhuizen zetelen in de paritaire comité 300, dit wil zeggen dat de sociale partners zetelen in de PC 300 omtrent

het welzijn van de werknemers. Alhoewel de vakbonden al jaren zich inzetten voor gezonde werkomstandigheden, worden er vandaag de dag nog steeds problemen ervaren in de zorgsector waarover later meer. (Vivo., 2021 & ACLVB., 2021).

4.1.6. De vakbonden in de 21ste eeuw

In het verleden werd een aansluiting bij een vakbond onmiddellijk geassocieerd als een politieke uiting. Iedere vakbond heeft een politieke voorkeur maar vandaag de dag wordt het niet onmiddellijk gelinkt met een bepaalde politieke partij. De drie grootste vakbonden in België zijn de ABVV (= *Algemeen Belgisch Vakverbond*), ACV (= *Algemeen Christelijk Vakverbond*) en ACLVB (*Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België*) (Luyten, D., 2009). Desondanks de vakbonden vandaag meer dan ooit worden geconfronteerd met de gevolgen van een snel wijzigende demografische, socio - economische en politieke wereldorde, zijn de vakbonden nog steeds zeer essentiële sociale partners voor de maatschappij.

Ten eerste, hebben de vakbonden een duidelijke rol te spelen in het beschermen en verdedigen van de sociale zekerheid van haar leden, omdat er nog steeds ongezonder werkomstandigheden worden opgespoord onder andere het hoog ziekteverzuim cijfer in de zorgsector (KCE report, 2019). Echter aangezien al heel wat collectieve arbeidsovereenkomsten en mensenrechten zijn ingeburgerd, heerst er een perceptie dat de vakbonden minder essentieel zijn dan vroeger (Rivers, M. J., 2014).

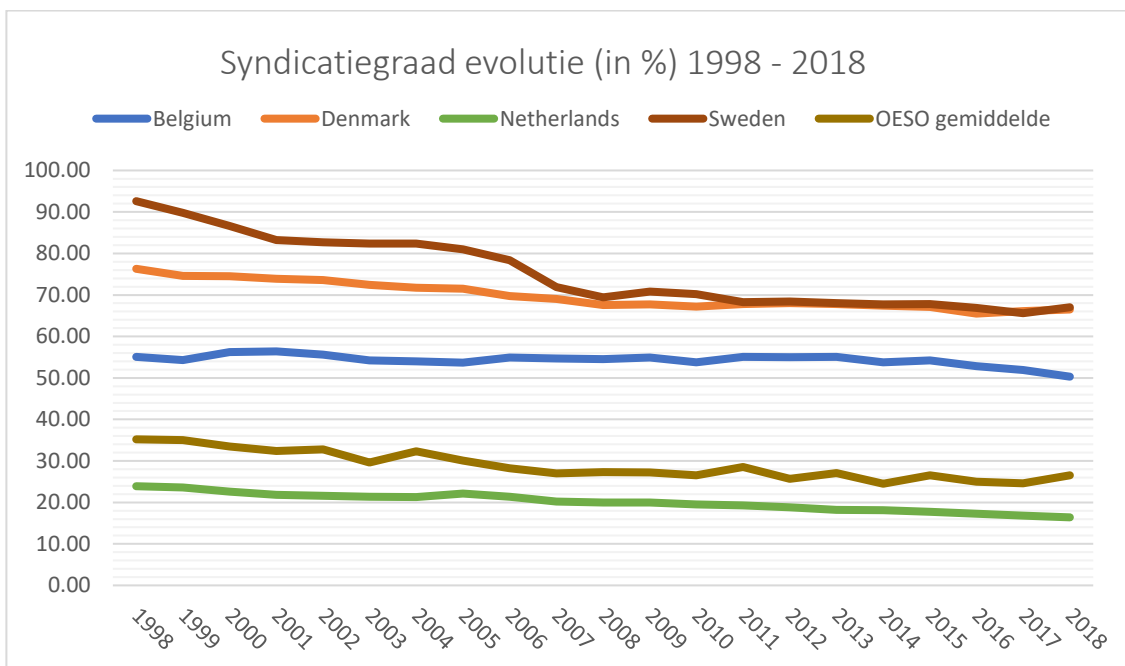
Ten tweede, blijven de Belgische vakbonden hun leden standvastig vertegenwoordigen in zowel de interne als de externe advies-, overleg- en beslissingsorganen van publieke - en privaatrechtelijke aard. Voor de vakbonden zijn beide sectoren gelijkwaardig echter vindt een meerderheid dat er meer aandacht geschenkt moet worden de vertegenwoordigen van vakbonden in de publieke sectoren en de KMO's (Rivers, M. J., 2014).

Ten derde, bestaat de Belgische vakbondenwereld uit drie koepelorganisatie met name, ACV, ABVV en ACLVB met ieder zijn eigen visie. Deze drie ideologieën vertegenwoordigen ieder een deel van de Belgische bevolking. De vakbonden houden zich sterk aan het syndicaal pluralisme, omdat het ten voordelen in voor de leden vanwege de onderlinge concurrentie. Indien de leden ten voordelen zijn, zijn de vakbonden bereid om tot frontvorming over te gaan. Echter willen de vakbonden geen structurele eenheidsvakbond vormen want dat zou de dienst niet verbeteren (Rivers, M. J., 2014).

Ten vierde, kent de vakbondslidmaatschap in België een zeer hoge participatie ten opzichte van andere West - Europese landen. Het zijn voornamelijk persoonlijke motieven die de werknemers er toe aanzetten om te participeren bij een vakbond (Schamp, T. 2012). De vakbonden zijn bewust dat de rol als vertegenwoordiger krachtiger vervuld kan worden door meer in contact te komen met hun vakbondsleden om hun noden of klachten zo optimaal mogelijk op te volgen en de tevredenheid te bevorderen (Rivers, M. J., 2014).

4.1.7. Syndicatiegraad

Binnen de OESO landen kent België, op de Scandinavische landen na, één van de hoogste syndicalisatiegraden. Sinds de jaren 80 is de Belgische syndicalisatiegraad al jaren constant, het cijfer schommelt rond de 55 procent. De hoge syndicalisatiegraad kan het gevolg zijn van de sociale bescherming dat de vakbonden aanbieden in geval van werkloosheid want de mensen willen zich dekking tegen dergelijke situaties (Kloosterman, R., & Coumans, M. 2014). De globale daling in vakbondenparticipatie in de afgelopen jaren in West Europa, kan volgens professor Perry Heidecjer, gespecialiseerd in arbeidsrecht, verklaard worden door de volgende zaken; de ingeburgerde CAO en mensenrechten, een slecht imago (corruptie, inefficiëntie) en de politieke standpunten (Rivers, M. J. 2014). Een ander opmerkelijke reden achter de daling in lidmaatschap wordt verklaard door opkomst van vrouwelijke werknemers in de arbeidsmarkt, want uit eerder onderzoek is gebleken dat mannen vaker geneigd zijn om lid te worden van een vakbond dan vrouwen (Schnabel, 2002). Verder sluiten hoogopgeleide bediende zich minder vaak aan dan lager opgeleiden, omdat zij een betere individuele onderhandelingspositie zouden bezitten. Ook deeltijdwerkers en jongeren zouden minder vaak lid zijn van een vakbond (Kloosterman, R., & Coumans, M., 2014). De daling in syndicatiegraad wordt deels ook verklaard wegens de te grote afstand tussen de vakbond en haar basis (Schamp, T., 2012).



(Data bron: OECD – trade unions, 2018)

4.1.8. Vakbonden en de relatie tot innovatie

Ondanks de technologische evolutie van de voorbije jaren, staat de ziekenhuizen tegenover verschillende uitdagingen onder andere de toenemende zorgvraag wegens demografische evolutie en de corona pandemie. Dit heeft enerzijds de noodzaak aan innovatie in de zorg doen stijgen. Uit bestaande onderzoeken blijkt dat over het algemeen de relatie tussen vakbonden en innovatie tweeslachtig kan zijn (Menezes-Filho, N., & Van Reenen, J., 2003). De rechtstreekse link tussen innovatie en vakbonden resulteert vaak tot de conclusie dat vakbonden terughoudend zijn wegens *principal agency problems*, matige betrokkenheid en miscommunicatie. Indien een indirecte link wordt bestudeerd tussen bijscholing, werkzekerheid en autonomie, dan ondervindt men dat de vakbonden een positieve houding hebben op de innovatie in de organisatie (Hermans et al., 2020). Een recent Duits onderzoek heeft een empirisch bewijs gevonden voor het positief verband tussen innovatie en de vakbonden. Vertrekkend vanuit een Angelsaksische context kan voorspeld worden dat dit ook geldt voor de Belgische vakbonden (Hermans et al., 2020). Wereldwijd wordt tevens de positieve relatie tussen innovatie en betrokkenheid van het personeel sterk bevestigd. Om innovatie te verwezenlijken, is actieve participatie vereist in de organisatie. Door een versterkte coördinatie, decentralisatie en gedreven betrokkenheid wordt de kwaliteit van de kennisstromen in een onderneming verhoogt. Uiteraard moet zulke kennisstromen worden ondersteund door een aangepaste organisatiecultuur en een HRM-beleid. (De Leede, J., & Looise, J. K., 2005; Zhou, Y., Fan, X., & Son, J. 2019).

De Luddieten versus de Collectieve stem

Wegens de syndicaal historiek hebben de vakbonden een terughoudende reputatie tegenover innovatie. Hieromtrent worden de vakbonden geassocieerd als de opvolgers van het luddisme, een sociale beweging uit de 19^{de} eeuw waarbij men zich verzette tegen de industriële en technologische ontwikkelingen. Het verzet van de vakbonden doet de implementatiekosten stijgen, waardoor bedrijven steeds rekening houden met de syndicale aanwezigheid bij het nemen van investeringsbeslissingen (Menezes-Filho et al., 1998a). Anno 2021 vormen de vakbonden de collectieve stem van de werknemers voor hun welzijn. De Belgische drie koepelvakbonden (ACV, ABVV en ACLVB) geven in hun beleidsrapporten uitdrukkelijk weer dat zij de betrokkenheid van de werknemers zeer op prijs stellen. Ze zijn ervan overtuigd zijn dat de kennis en praktijkervaring van werknemers van onschatbare waarde zijn voor werkgevers want actieve participatie en communicatie is vereist om goede resultaten te verkrijgen van innovatie (ACV., 2021 & voor People, G., & en Profit, P., 2012; Cabaleiro, G., & Gutiérrez, F., 2019).

HOOFDSTUK 4.2: De ziekenhuizen

In dit onderdeel zal de hedendaagse Belgische gezondheidszorgsector kort toelichten met name, de financiële situatie, uitbestedingen en hervormingen. Aaneensluiten zal ook overgeschakeld worden naar de werkomstandigheden van de Belgische ziekenhuizen en na te gaan welke thema's raakvlakken zijn voor de vakbonden. Voort zullen enkele duurzame zorgmodellen toegelicht worden met name het model van Donebadian, en het model van Lachman om vervolgens de prestatie maatstaven te omschrijven.

4.2.1. Algemene schets gezondheidszorg

A) Uitbestedingen aan zorgsector en – ziekenhuizen

Binnen de Belgische economie omvatten de uitbestedingen aan de gezondheidszorg circa 10 procent van het nationaal BBP. Het nationaal zorgsysteem leunt op de Bismarck ideologie met name de solidariteitsbeginsel waarbij iedere burger vrij toegang heeft tot een gelijkwaardige zorg ongeacht zijn of haar inkomen. De sector wordt de afgelopen jaren geconfronteerd met stijgende uitgaven voor de geneeskundige verzorging wegens de demografische vergrijzing. De demografische evolutie is een consequentie van de verbeterde woon - en werkomstandigheden doorheen de jaren. De ingeburgerde collectieve arbeidsovereenkomsten en mensenrechten hebben ervoor gezorgd dat de burgers in een menswaardig situatie leven en kunnen werken. Dit resulteert tot langere levensverwachtingen, waardoor de ouderen nu langer leven. Het langer leven levert echter de kans op meer chronische aandoeningen waardoor men steeds meer beroep zal doen op de zorg. Gebaseerd op een gezondheidsenquête, uitgevoerd in 2018 te Vlaanderen, verklaarde Sciensano dat het percentage ziekenhuisopnames toe neemt met de leeftijd (Statistiek Vlaanderen, 2021). Volgens de cijfers uit 2019 van Statbel zijn de levensverwachtingen voor mannen en vrouwen met circa 4-5 jaar gestegen ten opzichte van het referentiejaar 2000. Het langer leven wilt zeggen dat de burger zich langer zal beroepen op de medische zorg. Hiermee gepaard werd in het rapport van Statistiek Vlaanderen vermeld dat het vruchtbaarheidscijfer daalde met 15 procent dit wil zeggen dat de werkende klassen verkleind ten opzichte van de niet werkende klassen. Wetend dat een deel van de sociale lasten van de werkende klassen wordt uitbesteed aan de zorg, brengt deze demografische evolutie de financiële draagvlakte van de zorg in gedrang (Statistiek Vlaanderen, 2021; Verstraete, A., et al. 2014).

B) Financiële situatie ziekenhuizen

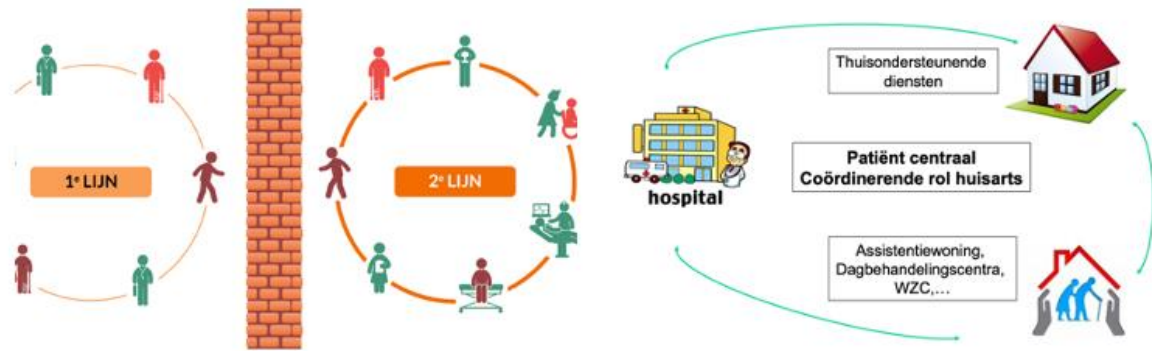
In verschillende MAHA – studies van Belfius werd de financiële situatie van de ziekenhuizen geanalyseerd. Voor de uitbraak van COVID – 19 werd bevestigd uit een onderzoek dat de algemene ziekenhuizen weinig tot geen financiële ademruimte meer heeft, en dat terwijl er fikse uitdagingen voor de deur staan (Belfius, 2018). De recente MAHA – studie 2020 bevestigde dat een financiële steun vereist is om de Belgische ziekenhuizen overeind te houden, want omwille van de losbarsting van de COVID-19-crisis is de financiële toestand verergerd. De huidige financiële toestand maakt het onmogelijk om de tijdens deze pandemie crisis de economische gevolgen op te vangen. Experts en beleidsmakers eisen structurele hervormingen zowel op financieel als organisatorisch vlak zodoende

om binnen een welvarende economie het duurzaam karakter voor de Belgische ziekenhuizen te garanderen (Belfius, 2020).

C) Evolutie van zorglandschap

Omwille van de toenemende zorgvraag evolueert het zorglandschap steeds meer naar kortere verblijfsduren dat er bijgevolg voor zorgt dat het personeel in een korte tijdsduur meer moet presteren. De zorgsector is niet te vergelijken met eender welke sector, omdat het ongeacht de technologische evolutie nog steeds zeer sterk afhankelijk is van *human capital*. Het menselijk kapitaal is een zeer belangrijke inbreng in de zorg en het vereist een volledige concentratie van het personeel (Denier, 2021). In KCE rapport werd verklaard dat de werkomstandigheden van het zorgpersoneel zeer ongezond zijn omwille van een ziekteverzuim van circa 15%. De toenemende werkdruk brengt zowel voor het personeel als voor de patiënt nadelige gevolgen. Het personeel loopt een grote kans op burn – outs en/of het maken van medische fouten op de werkvloer waardoor ook de patiëntveiligheid in gevaar komt. (KCE report., 2019). Om de werkdruk binnen de ziekenhuismuren te reduceren worden al een aantal initiatieven genomen, waarbij de patiënt ook buiten het ziekenhuis een gecoördineerde zorgondersteuning verkrijgt onder andere ziekenhuisnetwerken. De zorgsector evolueert van een ketenzorg naar netwerenzorg. Hierin onderscheiden we twee soorten namelijk de verticale en horizontale netwerken. De verticale netwerenzorg omvat het samenwerkingsverband met de zorg-, welzijnsprofessionals en mantelzorgers. Hierbij staan de patiënten centraal en verkrijgen ze zorg op maat door middel van een multidisciplinaire ondersteuning. Deze multidisciplinaire ondersteuning bestaat uit een huisdokter, een apotheker, een specialisten en een verpleegkundigen, maar ook de maatschappelijk assistenten, de mantelzorgers. Wegens de patiënt centered aanpak kan elke betrokkene zorgverlener zijn expertise op maat verlenen. Om die manier tracht men de residentiële ligdagen te verlagen binnen de ziekenhuismuren (Vlerick., 2013; Zorgnet Icuuro, 2019).

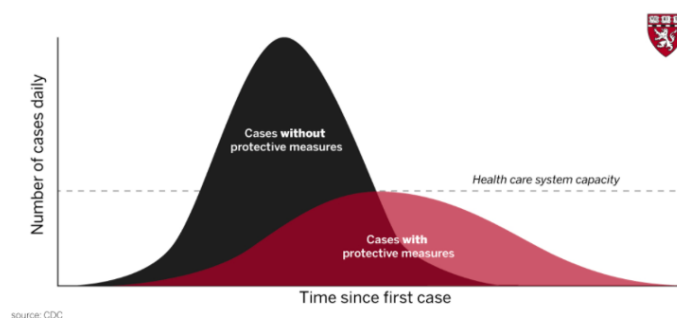
De verticale netwerken, weergegeven in figuur 1, worden beschreven als een geïntegreerde zorg waarbij de patiënt centraal staat en kunnen beroepen op verschillende zorgprofessionals die op maat een zorgdienst verlenen. De dienstverlening van de betrokken zorgvertrekkers bestaat uit een samenwerking waardoor men beoogt om duplicatie van consultaties te vermijden. Met de verticale netwerken verkrijgen de patiënt naast de gehospitaliseerde zorgdienst een ambulante zorgondersteuning in hun nabije omgeving. Hierdoor tracht men dusdanig de residentiële ligdagen en opnames te verlagen in de ziekenhuizen en worden enkel zware profielen opgenomen. Hoe lager het aantal residentiële ligdagen in het ziekenhuis is, hoe kleiner de financiële draagvlakte naar de maatschappij wordt. Bovendien heeft het verlagen van residentiële ligdagen ook organisatorische voordelen, want de zorgondersteuning buiten het ziekenhuis zorgt voor een continue opvolging van de patiënt. Dit is in het voordeel van de patiënt en het personeel, omdat het patiëntdossier beter kan worden opgevolgd (Kips, J., 2015).



Figuur 2: Transitie van ketenzorg naar netwerkzorg

De horizontale netwerkzorg omvat de samenwerking tussen de algemene ziekenhuizen tevens behouden ze hun eigen karakter. De ziekenhuizen bundelen hun krachten en middelen in regionale ziekenhuisnetwerken, en creëren meerwaarde op vlak van zorgaanbod. Wegens een samenwerking tussen de ziekenhuizen binnen een zorgzone is het mogelijk om een uitgebreid zorgaanbod met hoge expertise. Ieder ziekenhuis behoudt zijn eigen identiteit, maar gaan een partnerschap aan waarbij ze financiële en organisatorisch voordeel uit halen door middel van taakdifferentiatie en afstand van concurrentiegedrag (Kips, J., 2015; FlandersCare, 2021).

De werklust in de ziekenhuizen kwam in het najaar van 2019 extra zwaar onder druk te staan wegens het COVID-19. Deze virus werd voor het eerst ontdekt in de Chinese stad genaamd Wuhan. Het virus verspreidde zich al snel over heel de wereld. De Wereld gezondheidsorganisatie (WHO) verklaarde in het voorjaar van 2020 deze uitbraak als een pandemie. Deze onvoorziene pandemie zorgde voor veel druk op de ziekenhuizen, maandenlang hebben politica's en epidemiologen het gehad over *flattening the curve for covid-19*. Dit wil zeggen dat er maatregelen moeten genomen worden om de overbelasting op het systeem te verminderen en vervolgens de capaciteit van het zorgsysteem niet te overschrijden (Saez, M., et al., 2020).



Figuur 3: Flatten the curve

In het pre-corona tijdperk werd vermeld dat een op de drie ziekenhuizen in het rood zijn. Wegens corona hebben de ziekenhuizen een hoop extra kosten gecreëerd, waardoor de ziekenhuizen nu ruim 2 miljard euro in het rood worden geraamd volgens het rapport van Belfius (Belfius, 2020).

C) Vakbonden in de private en openbare ziekenhuizen

In België zijn er in totaal 103 algemene ziekenhuizen waarvan 79 klassieke ziekenhuizen, 7 universitaire ziekenhuizen en 17 ziekenhuizen met een universitair karakter zijn. De ziekenhuizen worden als een social profit omschreven dat voor 28 procent publiekelijk door een overheidsinstantie en 72 procent privé door een vzw worden georganiseerd. Echter worden alle ziekenhuizen door de overheid gereguleerd en gefinancierd (Health Belgium, 2019). Daarentegen maken de vakbonden wel een onderscheid tussen private en publieke sector, wat reeds werd besproken in onderdeel 4.1.5. De drie koepelvakbonden die zich concreet richten tot de publieke zorgsectoren zijn ACV – Openbare Diensten, ACOD (ABVV) en VSOA (ACLVB). Bij de private zorgsectoren zijn de vakbonden ACV – Puls, BBTK (ABVV) en ACLVB. De vakbonden in de publieke zorginstellingen zijn aanwezig in de HocBoc om het welzijn van de werknemers te bewaken. De vakbonden in de private zorginstellingen zijn aanwezig in de ondernemingsraden (OR) en in het comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW) (FED., 2021 & ACV - Openbare Diensten, 2012 & OVSG., 2021 & Lavaert, F., 2019).

Het verschil tussen private en publieke sectoren betreft de verkiezingen en binding van akkoorden werd reeds in onderdeel 4.1.5 toegelicht. De aanwerving van vakbondsafgevaardigden in de publieke sector verlopen door syndicale verkiezingen, waarbij de vakbonden zelf een werknemer verkiezen om het personeel te vertegenwoordigen in het sociaal overleg. Organisaties in de private sector worden sociale verkiezingen georganiseerd, waarbij het personeel onderling een werknemer mag verkiezen als vertegenwoordiger in het sociaal overleg. De collectieve arbeidsovereenkomsten (cao's) die binnen de private sector worden afgesloten zijn bindend voor alle werknemers. Echter wordt in de publieke sector gesproken over sectorale akkoorden (ook wel politieke akkoorden genoemd), deze zijn niet bindend voor alle werknemers. In geval van verwaarlozing kunnen de vakbonden voor deze politieke akkoorden geen juridische stappen uitvoeren, in tegenstelling tot de cao's (Humblet, P., 2015).

D) Werkomstandigheden in de ziekenhuizen

De laatste jaren is de aandacht voor kwaliteit van dienstverlening en gebruikerstevredenheid in de welzijnssector sterk gestegen. De toenemende zorgvraag wegens vergrijzing en het coronapandemie kan op een duurzame wijze vervuld worden zolang het beperkt zorgbudget ook efficiënter en effectiever wordt uitbesteed (Belfius., 2018). De vakbonden hebben zich doorgaans altijd ingezet voor betere werk – en levensomstandigheden ten gunste van de samenleving. Insgelijks tot op heden wordt de collectieve stem van de vakbonden ingezet om onder andere een dergelijk loonsverhoging te lobbyen. De vakbonden in het sociaal overlegsysteem gelobbyd met de federale regering om extra budget te investeren aan de zorg als loonsverhoging voor het zorgpersoneel. Dat is vastgelegd in het ontwerp van een nieuw sociaal akkoord, dat is besproken met vakbonden en werkgevers. Voor de meerderheid van het zorgpersoneel betekent de investering een loonsopslag (Santens, T., 2020). Echter worden door vele experts aangehaald dat meer loon de werkomstandigheden in de ziekenhuizen niet zal verbeteren. In tal van wetenschappelijke onderzoeken wordt verklaard dat de voornaamste verbeteringspunten in de ziekenhuizen de communicatie, organisatiecultuur, leiderschap en transparantie blijkt te zijn (MacKay et. al. 1991; Amudha et. al., 2018; Nagpal et. al., 2012; Dingley et. al., 2008; Delbanco et. al., 2018).

De belangrijkste kenmerk van de zorgsector is bij uitstek de directe relatie tussen het personeel en de patiënt want de werkomstandigheden van de personeel is alsook de zorgomgeving van de patiënt. Vele wetenschappelijke studies tonen aan het gedrag van zorgmedewerker de geleverde zorg prestatie kan beïnvloeden (Houser et. al. 2012). Met gedrag wordt voornamelijk verwezen naar de betrokkenheid van het personeel met de organisatie, dit omvat niet alleen jobtevredenheid in, maar ook loyaliteit en identificatie met het bedrijf. De loyaliteit aan de organisatie, een eenheidsgevoel in de organisatie en het niet willen verlaten van de organisatie voor loonsverhoging, stijging van status, professionele vrijheid (Buchanan, 1974). Porter et al. (1974) omschrijft het begrip 'betrokkenheid' als volgt; "*Organizational commitment is defined in the present context in terms of the strength of an individual's identification with and involvement in a particular organization.*" (Schein, 2010), waaruit drie eigenschappen kunnen afgeleid worden voor met name;

- een sterk geloof in de visie, missie, doelstellingen en waarden van de organisatie;
- de wil om een aanzienlijke inspanning te leveren ten voordele van de organisatie;
- een sterke wens om lid te blijven in de organisatie.

Binnen een organisatie is het van cruciaal belang want zolang het personeel bereid is om inspanningen te leveren ten voordele van de organisatie, dan pas zal de organisatie succesvol zijn. Bereidheid alsook de betrokkenheid van het personeel wordt grotendeels beïnvloed door de organisatiecultuur (Houser et. al. 2012). Het begrip organisatiecultuur wordt door psychologe De Maat als volgt omschreven: "*de weerslag van belangrijke gedeelde ervaringen die tot uitdrukking komt in bepaalde waarden die richting geven aan het gedrag van de leden van de organisatie*" (Gnoli, C., 2019). Uit deze definitie kan afgeleid worden dat er een organisatiecultuur wordt gevormd op basis van normen en waarden, dat wederom het gedrag binnen de organisatie kan beïnvloeden. Volgens Edgar Schein zijn de bestuurders de architecten in het bedrijf en geven ze vorm aan de organisatiecultuur, en wederom bepalen zij welke leiderschapstijlen, communicatiestijlen kan toegepast worden in de organisatie (Schein, 2010). In het boek van Kurt Verweire genaamd Six Batteries of Change worden zwakke organisatieculturen omschreven als werkomstandigheden waarbij het personeel beschikt over een laag jobtevredenheid en/of hoge werkstress. De organisatiecultuur is een zeer belangrijk component omdat het bij uitstek de performantie van het personeel beïnvloed, maar tevens de weerkracht, jobtevredenheid, de veranderbereidheid en de betrokkenheid van het personeel tot de organisatie. Dit wilt zeggen dat de werkomstandigheden grotendeels worden gevormd door de organisatiecultuur dat heerst in de instelling (De Prins, P., Letens, G., & Verweire, K. , 2017).

In tal van studies werd het positief verband tussen betrokkenheid en de patiënt - en jobtevredenheid bevestigd. Zo wordt door Hong Lu et al. 2011 verklaard dat de jobtevredenheid van het personeel in het ziekenhuis sterk samenhangt met de werkomstandigheden en de organisatorische omgeving, werkstress, rolconflicten en organisatorische betrokkenheid (Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E., 2012). Ongezonde werkomstandigheden omvat een hoge werkdruk, rolconflicten en versnipperde communicatie, dit kan de jobtevredenheid van de medewerker alsook de veiligheid van patiënt in gevaar brengen (Panagioti, et. al. 2018; Tawfik et. al. 2019). Het is wetenschappelijk bewezen dat de kans op medische fouten en burn - outs toenemen in ongezonde werkomstandigheden in de ziekenhuizen (Scanlan, J. N., & Still, M., 2013). De afgelopen jaren

worden er steeds meer sociale akkoorden gemaakt om de werkomstandigheden in de ziekenhuizen te verbeteren, echter worden er geen structureel beleid uitgevoerd om het aantal patiënten per verpleegkundigen te reduceren. Daarom heeft het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg de werkomstandigheden binnen 84 ziekenhuizen onderzocht door 5000 verpleegkundigen te bevragen over hun werklast en welzijn, en over de kwaliteit van zorg, zoals zij die ervaren. Uit de resultaten blijkt dat het een op de vier medewerkers in de Belgische ziekenhuizen niet tevreden is over zijn job. Bovendien loopt circa 36 procent een risico op een burn – out terwijl circa 10 procent van het personeel overweegt om het beroep te verlaten. Deze cijfers worden volgens het KCE verklaard door de hoge werkdrukke en verspirrerde relaties tussen professionals in de organisatie. Om de werkomstandigheden in de Belgische ziekenhuizen te verbeteren en aantrekkelijker te maken, suggereert het KCE om niet enkel te investeren in voldoende en goede bestaffing die continu wordt opgevolgd, maar ook in leiderschapsvaardigheden, communicatievaardigheden tussen professionals en opvolging van zorgkwaliteit (KCE report, 2020). In de ziekenhuizen nemen de artsen meestal de beslissingen voor de patiënt, echter verkrijgt de patiënt het meest een zorgdienst van een verpleegkundige. Hierdoor is nauwe samenwerking en communicatie tussen artsen en verpleegkundig personeel sterk van belang, echter ook met niet – zorg gerelateerde personeelsleden in de ziekenhuizen. De samenwerking verhoogt de morele geest in de organisatie want het is wetenschappelijk bewezen dat het effectief communiceren in de zorgsector de jobtevredenheid verhoogt en de werkstress, rolconflicten en kans op burn – out daadwerkelijk reduceert. Uit onderzoek blijkt ook dat dit wederom de patiënttevredenheid verhoogt en de kans op medische fouten reduceert, alsook de kwaliteit van de geleverde zorg verbeterd, want goede communicatie verhoogt de transparantie en creëert de opportuniteit voor *continuous improvement* (MacKay et. al. 1991; Amudha et. al., 2018; Nagpal et. al., 2012; Dingley et. al., 2008; Delbanco et. al., 2018).

De bereidheid om continue te leren (*continuous improvement*) in een organisatie wordt grotendeels door de organisatiecultuur beïnvloed. De afgelopen jaren zijn er steeds meer onderzoeken gepubliceerd waarbij het verband tussen organisatiecultuur en innovatie wordt onderzocht. Robert Solow toonde aan dat innovatie naast kapitaal en *human resources* een belangrijke determinant is in de verklaring van een groei, zowel voor de profit als non – profit sector (Van Wezemaal, L., & Rayp, G, 2007). Ook in België wordt er door de Vlaamse overheid gewerkt aan een type organisatiecultuur genaamd de Innovatieve arbeidsorganisatie (IAO), waarbij de taakverdeling op een innovatieve manier wordt georganiseerd door bijvoorbeeld lean cultuur, zelfroostering of zelfsturende teams. Een Lean cultuur vloeit voort uit de *continuous improvement* theorie, dat internationaal geïmplementeerd wordt met oog op het optimaliseren van zorgprocessen. Een succesvolle en duurzame implementatie van deze continuous improvement methode, Lean management, vereist een institutionele cultuurverandering in combinatie met innovatief leiderschap en gemotiveerde zorgprofessionals (Kimsey, D., 2010). In de literatuur wordt de meerwaarde van lean management bevestigd door meerdere bedrijven (D’Andreamatteo et. al., 2015). De zelfroostering omvat een systeem waarbij elk personeelslid zijn of haar eigen rooster kan opstellen. En de zelfsturende teams betreft een organisatiecultuur waarbij er geen leidersrollen zijn, iedereen is een *team member*. Het achterliggende idee is om de interne samenwerking te bevorderen in de organisatie. In 2015 werd het IAO concept kritisch bestudeerd door de drie koepelvakbonden samen met Universiteit van Antwerpen omdat de vakbonden vaak geen goed antwoord krijgen als er in een

bedrijf innovatieve filosofieën worden toegepast. Vele vakbondsleden vatten dit concept als een kans voor de werkgever om met minder volk de boel sneller te laten gaan zonder dat er extra voor betaald worden. Hiermee verwijzen de vakbonden naar het *principal agent probleem* dat zich voordoet wanneer de bestuursleden andere belangen hebben dan het personeel (Nguyen, H., 2011). De uiteindelijke doelstelling van de IAO omvat het herschikken van taken en verantwoordelijkheden waarbij de kwaliteit van de arbeid verandert en de performantie van de organisatie verbetert. In de praktijk kan dit niet altijd toegepast worden maar ondanks de verschillen tussen de theorie en praktijk kan innovatieve arbeidsorganisatie weldegelijk een meerwaarde voor werknemers betekenen. Studies tonen positieve effecten aan op het vlak van welzijn en gezondheid, meer inspraak en betrokkenheid van werknemers, een betere balans tussen werk en privé, actieve jobs, verhoogde opleidings- en door groei mogelijkheden, behoud van tewerkstelling (Cabaleiro, G., & Gutiérrez, F., 2019; Weston, M. J., 2009). De vakbonden geven in hun beleidsrapport aan dat de slechte implementatie van dergelijke innovatieve projecten ongewenste neveneffecten kunnen aanwakken en de werksfeer kunnen verstoren wegens gebrek aan communicatie, stugge houding, gebrek aan transparantie, en veerkracht van personeel (Chung, H. J., & Ahn, S. H., 2019). De ziekenhuizen verkiezen vandaag de dag steeds meer *lean* cultuur waarbij de organisatie een soort innovatief gedrag aanneemt door het dienstproces efficiënter te managen en verspillingen te elimineren. Lean is een zeer bekend methode binnen de continuous improvement filosofie. Het concept Lean gaat over het schetsen van het totale bedrijfsproces, business case en de werkmethode (Melton, T., 2005) om vervolgens de (deel)processen te elimineren van het systeem die geen meerwaarde leveren aan de uitgevoerde dienst (D'Andreamatteo, et. al., 2015). Om deze uitdaging succesvol te kunnen aangaan, is een continuous improvement mindset vereist (Young et. al. 2008). De continuous improvement strategieën, Lean management inbegrepen, zijn toepasbaar op alle deelsectoren en bedrijfsprocessen (Kimsey, D., 2010).

4.2.2. Duurzame zorgmodellen

Door de toenemende zorgvraag komen de werkomstandigheden in de ziekenhuizen in gevaar en verkrijgen duurzame modellen steeds meer aandacht om de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen te waarborgen ondanks alle uitdagingen. In dit deel zal het model van Donabedian en het model van Lachman et al. toegelicht worden betreffende de basisvereiste voor een goede zorg in de ziekenhuizen.

A) Het model van Lachman et al. 2021

De Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) introduceerde twintig jaar geleden de zes dimensies voor kwaliteit in de zorg met name, persoonsgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie, effectiviteit, veiligheid en rechtvaardigheid. Het begrip 'kwaliteit' is een zeer ruim begrip dat deze zes dimensies omvat. Aan de hand van deze zes dimensies tracht men het begrip 'kwaliteit' te omkaderen (Copnell et. al., 2009). Wereldwijd kampen de zorginstellingen met uitdagingen waardoor de sector ook hierop moet kunnen inspelen. Recentelijk heeft Lachman et al. de theorie van IOM herzien en een geupdate multidimensioneel kwaliteitsmodel geïntroduceerd waarbij het belang van leiderschap, veerkracht van personeel en transparantie wordt beoogd. Het model is vooral gebaseerd op continuous learning

en omvat nieuwe domeinen met name, leiderschap, ecologisch, transparantie en veerkracht van het personeel. Het nieuw model weerspiegelt het wereldbeeld en uitdagingen van de gezondheidszorg (Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K., 2021).

Figuur 4: multidimensioneel kwaliteitsmodel van Lachman et. al. 2021



In het origineel model van IOM staat patient - centered als een van de zes dimensies maar Lachman et al. adviseert om een breder perspectief aan te nemen. Met andere woorden, wordt in het model van Lachman een de zorgverlener (kin centered) en de -ontvanger (person centered) opgenomen maar ook de sociale omgeving van de patiënt. Aangezien de zorgverlening geen eenzijdige relatie is, gaat de zorgsector niet enkel en alleen om de patient maar ook de zorgverlener en de sociale kring van de patiënt. Alle activiteiten worden in hun werk – of zorgomgeving uitgevoerd. Hierdoor is person en kin centered geen dimensie maar een overkoepeld gegeven, het omringd elk domein en maakt deel uit van alle zorgactiviteiten. Met de corona pandemie is de noodzaak van deze aanpak sterk aangetoond (Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K., 2021), dit blijkt ook uit de hoge ziekteverzuim cijfers in de Belgische zorgsector. Een organisatie met een hoog ziekteverzuim cijfer, kan de kans op interne veroorzaken alsook de kwaliteit van zorgverlening verstoren (KCE report., 2019). John Ballat verwees in zijn onderzoek dat de vriendelijkheid in de organisatie niet mag geobserveerd worden als een bijzaak maar een essentieel kerneigenschap want de vriendelijkheid en betrokkenheid binnen organisatie levert de beste en kwalitatieve zorg resultaten voor alle belanghebbende in de instelling (Ballatt, J., & Campling, P., 2011). Dit komt overeen met de kernconcepten voor kwaliteit van zorg in het model van Lachman met name, vriendelijkheid met mededogen; partnerschap en coproductie; waardigheid en respect voor mensen en voor elkaar en een holistische benadering voor de patiënt. Het centraal verstrekpunt is vriendelijkheid naar iedereen in de organisatie want elke kwaliteitsdimensie wordt omkringd door person – en kin centered. Deze aanpak zal partnerschap en coproductie van kwaliteit en veiligheid vergemakkelijken (Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K., 2021).

Verschillend van het origineel model van IOM, is er een nieuw dimensie in de plaatsgekomen voor person – centered namelijk, milieuvriendelijk. Deze dimensie wordt toegevoegd aan het model als

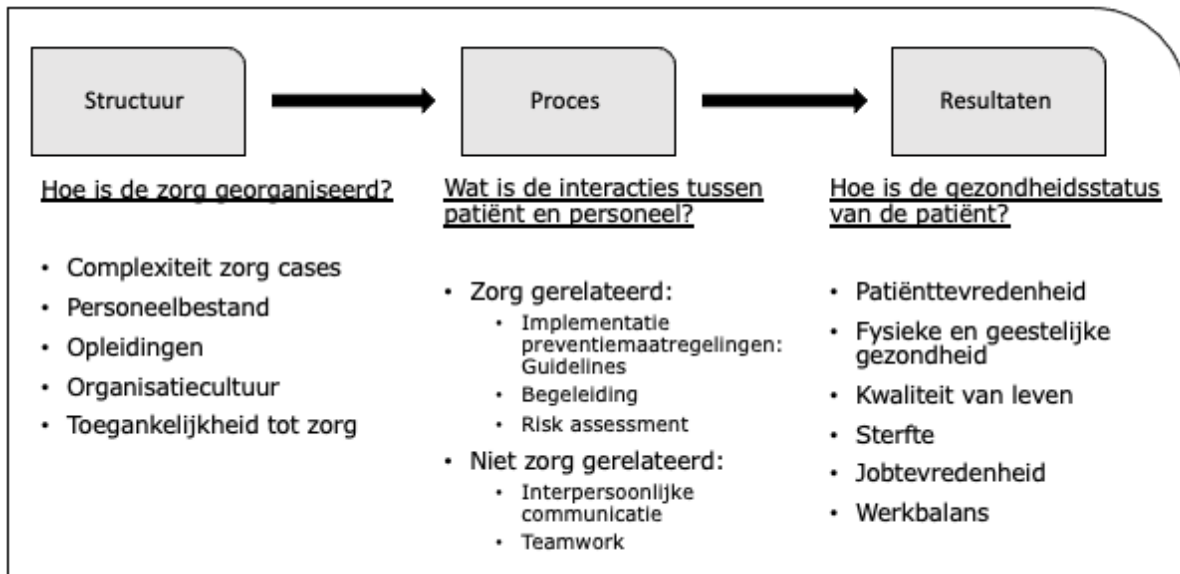
een weerspiegeling voor de uitdagingen omtrent duurzaamheid. Transparantie en leiderschap is opgenomen in het model en omringt alle domeinen omdat het recht van de persoon op privacy wordt gerespecteerd, maar ook het recht om de gegevens te kennen die specifiek op hemzelf betrekking hebben. Lachman et. al. vermeldt dat transparantie niet enkel nodig is voor zorgverleners maar ook voor patiënten waarvoor aldus de aanwezigheid van open communicatie sterk vereist is in de organisatie. Transparantie en veerkracht van personeel, d.w.z. het vermogen om met psychologische veiligheid te werken, vormen de basis voor het streven naar waarheidsgetrouwe gegevensverzameling, analyse en interpretatie. Transparantie tussen person en kin begint met het transparant zijn van professionals naar elkaar. Daarbij zijn ook leiderschapsstijlen vereist in de organisatie dat zorgt voor een smelting van de kernwaardes bij alle betrokkenen in de organisatie (patiënt, sociale kring, personeel). In het multidimensionale kwaliteitsmodel gaat het niet enkel en alleen om een samenwerking tussen zorgverleners, maar ook om een open en vertrouwde samenwerking tussen zorgverleners en patiënten & verwanten. Dit houdt in dat er een verandering in de zorgcultuur vereist is dat het nieuwe model kan omarmen (Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K., 2021).

B) Het model van Donabedian

Het model van Lachman et. al. (2021) omvat de kernbeginselen voor een kwalitatief zorgklimaat in een organisatie. Het model van Donabedian is een conceptueel model om de zorgprocessen te onderzoeken en de kwaliteit van zorg te evalueren. Over het laatste moet volgens het model van Donabedian de informatie van kwaliteit afgeleid worden uit drie categorieën met name, structuur; proces; en resultaten. De structuur omvat alle kenmerken in de organisatie om de zorg te leveren zoals het personeelsbestand en de opleidingen. Het proces omvat de gehele handelingen tijdens het zorgproces. Het meten van het proces is grotendeels gelijk aan het meten van de kwaliteit van zorg omdat het proces alle handelingen betreft van het zorgverlening. De resultaten omvat de effecten van de verkregen zorg bij de patiënten, zowel fysiek als gevoelsmatig. Met het laatste wordt verwezen naar de patiënttevredenheid, wat even belangrijk wordt geacht als de gezondheidsstatus van de patiënt. De resultaten worden veelal gezien als de belangrijkste prestatie maatstaven om de verleende dienst te evalueren. Hieromtrent suggereert Donabedian om ook aandacht te hebben voor structuur en proces – indicatoren want de drie categorieën zijn aan elkaar verbonden, zoals weergegeven in figuur 5. De structuur en/of het proces indicatoren kunnen wederom het verworven resultaat verklaren (Ibn El Haj et al. 2013).

Echter alvorens een kwaliteitstoetsing gebeurt, zal er volgens Donabedian drie zaken uitgevoerd moeten worden, namelijk: 1) Het begrip 'kwaliteit' zal concreet gedefinieerd moet worden want deze kan per discipline verschillen in de zorg. 2) De verantwoordelijkheid van het zorgsysteem moet in vraag gesteld worden want de patiëntkarakteristieken kunnen het resultaat beïnvloeden. Om een betrouwbaar overzicht te verkrijgen omtrent de kwaliteit van de zorg, is *risk adjustment* vereist. 3) Alsook is een concrete beschrijving van de outcome vereist, bijvoorbeeld "Streven we naar een maximale effectieve of optimale effectieve zorg?" (Ibn El Haj, H., et al. 2013; Moore, L., et al. 2015).

Figuur 5: Voorbeeld van het model van Donabedian



Zoals het voorbeeld in het bovenstaand figuur wordt het model van Donabedian toegepast waarbij de structuur de organisatorische kenmerken omvat. De proces indicatoren worden opgesplitst in zorg en niet zorg gerelateerde aspecten om zowel de professionele deskundigheid alsook de verdraagzaamheid en samenwerking in de organisatie op te volgen. Tevens bij de resultaten is de toestand van de patiënt en het personeel van belang want zoals er reeds werd aangehaald is de directe relatie tussen patiënt en personeel een zeer belangrijk kenmerk van de zorgsector. De tevredenheid van het personeel en betrokkenheid kan de zorgomgeving van de patiënt positief beïnvloeden (Dingley, C., et al. 2008; Houser, J., et al. 2012). Volgens de theorie van Donabedian moet er geen keuze gemaakt worden tussen de drie type prestatie maatstaven. Om een valide evaluatie te verrichten, is het vereist om alle drie type maatstaven te meten (Voyce et al., 2015). In de literatuur kan er tevens verder onderverdeeld worden in financiële en niet – financiële indicatoren, dat zal in 4.2.3 uitgebreid aangehaald worden.

4.2.3. Prestatiemaatstaven

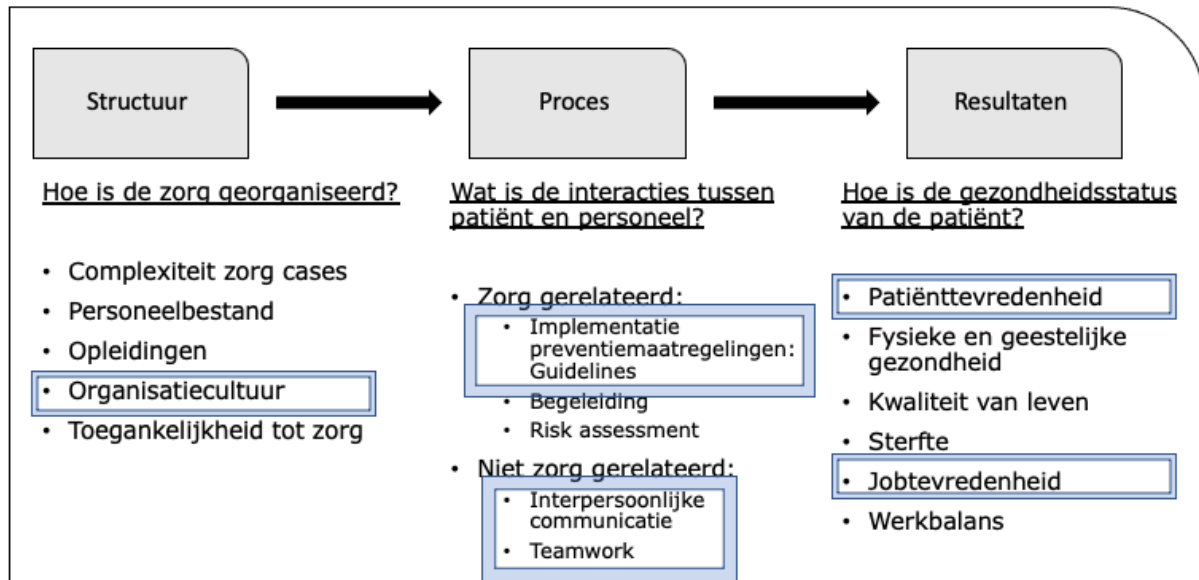
Om een doeltreffend strategisch management uit te voeren, is het essentieel om de voortgang van een organisatie te meten. KPI's oftewel *key performance indicatoren* zijn prestatimaatstaven die als maatstaf worden gebruikt om de voortgang van de organisatie te meten ten aanzien van de vooropgestelde doelstelling. Hierdoor kunnen organisaties de valkuilen opsporen en hun bedrijfsproces optimaliseren om zodoende de beperkte middelen efficiënter in te zetten. Het gebruik van KPI's zorgt voor een cultuur van continu leren en verbetering. De gemeten prestatimaatstaven moeten zorgvuldig gekozen worden door het management want onnodige metingen kunnen leiden tot onduidelijkheden. In de literatuur wordt een maximum aantal van 5 à 10 KPI's gesuggereerd als een vuistregel (Kanji, G. K., 2002). Voortbouwend op het model van Lachman et al. worden de prestatimaatstaven onderverdeeld in financiële en niet – financiële prestatimaatstaven. Er is geen utopie over de keuze van prestatimaatstaven omdat deze verschillen van sector tot sector (De Prijcker, S., & Bruggeman, W., 2004). De financiële KPI's zijn maatstaven die organisaties gebruiken om de financiële gezondheid van het bedrijf bij te houden, te meten en te analyseren. Deze financiële prestatimaatstaven vallen onder verschillende categorieën, waaronder winstgevendheid, liquiditeit, solvabiliteit, efficiëntie en waardering (Fullerton, R. R., & Wempe, W. F., 2009). In het hedendaagse organisatieklimaat worden deze maatstaven als onwerkzaam beschouwd, omdat het zorgt voor kortzichtigheid. Wat naderhand kan zorgen voor bedreigingen voor de organisatie onder andere op vlak van kwaliteit, flexibiliteit en human resources. Bovendien wordt beargumenteerd dat deze financiële maatstaven niet aanzetten tot innovatief handelen waardoor opportuniteiten tot verbetering worden kwijtgespeeld. De financiële prestatimaatstaven worden de afgelopen jaren vaker als dysfunctioneel bekritiseerd waardoor er meer wordt geconcentreerd op de niet – financiële prestatimaatstaven. Hierbij worden de niet – financiële prestatimaatstaven vaak getypeerd als organisatorische kenmerken zoals de tevredenheid, een organisatiecultuur, teamwork en communicatie. (De Prijcker, S., & Bruggeman, W., 2004).

4.2.2. Prestatiemaatstaven van een ziekenhuis

Wegens de globalisering, technologische vooruitgang en verbeterde levensomstandigheden is de evaluatie van een zorgdienst complexer geworden. In tegenstelling tot de privé sector wordt binnen de zorgsector de nadruk meer gelegd op niet financiële prestatimaatstaven (Siregar, S., et al., 2012). De primaire doelstelling van een ziekenhuis is om de klinische toestand of de kwaliteit van leven van een patiënt te verbeteren. De kwaliteit van de geleverde zorg wordt daarom gemeten door de klinische uitkomsten van de patiënt. Echter kunnen deze uitkomstenindicatoren geen betrouwbaar beeld weerspiegelen van de geleverde dienst, omdat de klinische toestand ook beïnvloed kan worden door de patiëntkarakteristieken. Deswege worden naast de uitkomst van de geleverde zorg ook het proces en de structuur van de zorg opgemeten om de kwaliteit van de zorg te evalueren. Deze trias van uitkomsten, structuur en proces weerspiegelt zou een beter beeld moeten weerspiegelen omtrent de kwaliteit van zorg (De Prijcker, S., & Bruggeman, W., 2004). In figuur 5 werd een voorbeeld van de indicatoren (prestatimaatstaven) geschematiseerd. In tal van onderzoeken worden de gemarkeerde indicatoren, weergegeven in figuur 6, omschreven als bij uitstek de belangrijkste indicatoren voor een ziekenhuis. Bijvoorbeeld, de link tussen de organisatiecultuur en de

prestatie maatstaven in een ziekenhuizen zijn meermaals significant bewezen, waarbij de strenge leiderschapsstijlen en culturen als negatieve factoren verklaard. In de literatuur wordt er voornamelijk verwezen naar de interne relaties in de organisatie, communicatie en (multidisciplinaire) coöporatie, deze elementen hebben een positief effect op de prestaties in de ziekenhuizen (Davies, et. al., 2000; Scott, T. et. al. 2003).

Figuur 6: Model van Donabedian voorbeeld



Zowel in het onderdeel 4.2.1. 'werkomstandigheden in het ziekenhuis' als in het model van Lachman werd het belang van een organisatiecultuur toegespitst. De organisatiecultuur geeft richting aan het gedrag van het personeel onder andere om de guideline opvolging, communicatievaardigheden, samenhangigheid en samenwerkingen. Wederom kan dit zich ook vertalen in patiënt – en jobtevredenheid want de werkomstandigheden in het ziekenhuis worden grotendeels beïnvloed door de organisatiecultuur (Davies, et. al., 2000; Scott, T. et. al. 2003). Toegepast op het model van Donabedian vallen deze prestatie maatstaven in het algemeen voornamelijk onder niet – financiële prestatie maatstaven. Ook al worden de ziekenhuizen omschreven als social profit, de financiële prestatie maatstaf zoals winst is uiteraard even belangrijk want een gezonde financiële ademruimte brengt zekerheid, vertrouwen en R&D opportuniteiten voor de organisatie en de overheid (Belfius: MAHA - Studie , 2018).

4.2.3. Meetbaarheid van prestatie maatstaven

De validiteit van de prestatie maatstaven wordt vandaag de dag nog steeds in vraag gesteld door experts. Er is geen eenduidig en transparante omschrijving welke prestatie maatstaven moeten opgevolgd worden en hoe deze getoetst moeten worden, omdat deze kunnen verschillen van sector tot sector. De transparantie omtrent ziekenhuis activiteiten zijn zeer laag in België. In de literatuur worden de prestatie maatstaven voor patiëntveiligheid en – tevredenheid voornamelijk gewaardeerd met de verworven gegevens via PREMs (Patient Reported Experience Measures) en PROMs (Patient Reported Outcomes Measures). PROMs zijn herhaaldelijke metingen voor de gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten om zodoende een evolutie van de patiënt te bezichtigen, zoals pijnreductie.

PREMs zijn vragenlijsten die vooral over het zorgproces gaan en hoe patiënten dat ervaren, zoals tevredenheid (Benson, T., 2020). De gegevens van PREMS en PROMS kunnen gekoppeld worden om de evaluatie van activiteiten te vergemakkelijken. Echter wordt door Tyser et al. (2016) gewaarschuwd voor vertekeningen, want bij een steekproef van jonge patiënten is de kans vrij hoog op non-response en lage patiënttevredenheid. De indicator organisatiecultuur is bovendien ook meetbaar aan de hand van een Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) - vragenlijst, een betrouwbare en frequent gebruikte meetinstrument voor het meten van de onderliggende cultuur van organisatie in diverse sectoren (Moussa, et. al., 2007). De Cronbach alpha van deze vragenlijst bedraagt 0,80 (Wudarzewski et. al., (2018). De opmeting van een organisatiecultuur kan de communicatievaardigheden, leiderschapstijl en de samenhang in de organisatie weerspiegelen. Een zeer belangrijk maatstaf aangezien dit wederom het verloop van het zorgproces en het uiteindelijk resultaat kan beïnvloeden (MacKay et. al. 1991; Amudha et. al., 2018; Nagpal et. al., 2012; Dingley et. al., 2008; Delbanco et. al., 2018).

5. RESULTATEN

In dit onderdeel worden de verworven resultaten uit de semi – gestructureerde interviews omschreven. Onderzoekers stippelen in de literatuur verscheidenen innovatieve concepten uit om de prestatie maatstaven te bevorderen in de ziekenhuizen. Tijdens de interviews werden de vakbonden bevraagd over hoe zij zich situeren tegenover innovatie in de zorg. De key concepten afgeleid uit de interviews worden onderverdeeld in interne en externe hindernissen, zoals weergegeven in tabel 3 en 4. De interne hindernissen verwijzen naar valkuilen binnen de ziekenhuisinstellingen terwijl de externe hindernissen de valkuilen buiten de ziekenhuismuren betreft.

5.1. Interne hindernissen

De meest voorkomende interne hindernissen uit de interviews zijn als volgt: 1) personeelsnormen, 2) betrokkenheid personeel, 3) gebrek aan communicatie, 4) gebrek aan transparantie, 5) complexiteit organisatiecultuur 6) perceptie op innovatie en 7) *principal agent probleem*. Deze aspecten komen ook deels ter sprake in de literatuurstudie, waarover later meer in hoofdstuk 6.

Zowel de vakbonden als het Kamerlid van Volksgezondheid beschrijven de marktwerking in de zorgsector als een vraaggericht en persoonsgericht zorgmodel. Omwille van de demografische evoluties is de vraag naar zorg echter sterk toegenomen alhoewel men tekort schiet aan het aanbod in de zorg. Het zorglandschap evolueert steeds meer naar kortere ligdagen in de ziekenhuizen. Dat terwijl de vakbonden een sterk **personeelstekort** observeren in de ziekenhuizen. Dit wil zeggen dat het personeel op een kortere tijdsduur meer taken moet verrichten. De vakbonden delen mee dat op lang termijn deze onderbezetting gezondheidsproblemen alsook ziekteverzuim kan veroorzaken. Dit zal de veiligheid van de patiënt ook negatief beïnvloeden. De vakbonden melden dat de maatregelen tegen onderbezetting o.a. loonsverhoging enkel korte termijn strategieën zijn. Om onderbezetting tegen te gaan, opteren de vakbonden op lang termijn om sterk te investeren in opleidingen.

De **betrokkenheid** van het personeel betreft de mate van interactie tussen het bestuur en het personeel. De vakbonden observeren dat het personeel in beperkte mate zich betrokken voelt. De vakbonden wijzen erop dat de verbeterpunten afkomstig van het bestuursorgaan, ook deels gebaseerd moet worden op de pijnpunten van het personeel. Hierbij wordt er op prijs gesteld om het personeel te betrekken bij het verbeteringsproces via feedbackmomenten of moodboards om actief te participeren en ideeën te wisselen. Innovatie in de zorg zou snellere en positievere resultaten kunnen opleveren indien er *bottom – up* strategie wordt uitgevoerd, in tegen stelling tot een top – down strategie. Een actieve participatie van het personeel is vereist om innovatie in de zorg op te voeren.

Om de participatie binnen een organisatie actief te bevorderen, suggereren de vakbonden om zo openlijk mogelijk te **communiceren** en te betrekken bij het ontwikkelingsproces van innovatieve projecten. Het personeel staat dagdagelijks in het werkveld en verkennen de praktische sterke – en verbeterpunten in de organisatie, deze kennis is niet te onderschatten volgens de vakbonden.

Hieromtrent zou er sterk gecommuniceerd moeten worden door middel van feedbackmomenten of *moodboarden* om ideeën en meningen te verwisselen onderling. Indien er sprake is van gebrek aan communicatie, kan de innovatie in de zorg zelf belemmerd worden of interne onrust creëren. Zowel de vakbonden als de Kamerlid van Volksgezondheid hechten een groot belang aan de goede communicatie in de organisatie. Om zodoende alle inputs van alle stakeholders mee te nemen in het ontwikkelingsproces. De samenwerking tussen bestuur en personeel kunnen heel wat belemmeringen wegwerken en de implementatie van innovatie in de zorg vergemakkelijken.

Als vierde valkuil wordt tijdens de interviews meermaals aangehaald dat er geen publiekelijke cijfers zijn over de kwaliteit van zorgdiensten binnen de ziekenhuizen. De vakbonden geven aan dat de afwezigheid van **transparantie** ervoor zorgt dat vele verbeteringsmogelijkheden verloren gaan. Hieromtrent gaf de Kamerlid van Volksgezondheid tijdens het interview aan dat de algemene ziekenhuizen recentelijk hebben toegestemd op een publieke rapportering van gegevens.

Bijkomend wordt aan de hand van de resultaten afgeleid de vakbonden van mening verschillen omtrent de combinatie tussen innovatie en de complexiteit van de **organisatiecultuur** binnen de ziekenhuizen. De vakbonden en het Kamerlid van Volksgezondheid zijn zich bewust over de complexiteit van de ziekenhuizen. ACV lid, Jan Mortier geeft aan dat het ziekenhuisstelsel te complex is om zelfsturende teams toe te passen omwille van drie redenen. Ten eerste, wordt het concept in de realiteit niet uitgevoerd zoals de beschrijving want vele leidinggevende vermommen zich als coach alhoewel zij toch blijven beslissen. Ten tweede, moet de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen gegarandeerd blijven, wat vaak enkel kan aangeboden worden door personeelsleden met een specifieke kwalificatie. Ten derde, zijn vele personeelsleden nog niet opgeleid om te kunnen sturen en hebben nood aan een begeleiding. Hiertegenover argumenteren de ABVV leden o.a. Alex Nijs en Frank Gabriels dat mogelijke innovatieve organisatiestructuren positieve resultaten kan opleveren binnen een ziekenhuis mits de nodige inspanning voor concrete gedragsregels, communicatie en eindverantwoordelijkheid. Ondanks de complexiteit staat de Kamerlid van Volksgezondheid alsnog positief tegenover de zelfsturende teams binnen de ziekenhuismuren met de nodige afspraken, want in tegendeel kunnen zulke werkmethodes organisatorische conflicten veroorzaken.

Een ander belangrijk concept afgeleid uit de resultaten zijn de percepties van de vakbonden omtrent **innovatie** en lean filosofieën. Over het algemeen staan de vakbonden zeer positief tegenover innovatie en lean filosofieën in de zorg. De vakbonden hebben in de afgelopen jaren al ervaring gehad met lean projecten in de ziekenhuizen. Hieromtrent gaf Kamerlid van Volksgezondheid aan dat de overtuiging voor innovatie in de zorg sterk aanwezig is bij de vakbonden, omdat lean-projecten op kortere en/of langere termijn effecten (kunnen) hebben op de arbeidsinhoud, -voorwaarden, -omstandigheden en -verhoudingen. Dit thema raakt aan zowat alle klassieke thema's die van belang zijn voor de vakbonden. Echter voegen de vakbonden hieraan toe dat deze positieve houding gebonden is aan de volgende voorwaarde: 1) de vrijgekomen middelen moeten geherinvesteerd worden in het personeel, 2) een *bottom - up* strategie tijdens het ontwikkelingsproces, 3) innovatie/lean mag de werkdrukke niet verhogen en 4) innovatie/lean is geen besparingsoefening. In de werkelijkheid ervaren de vakbonden dat er tijdens innovatieve en/of lean projecten een belangenconflict ontstaat tussen het bestuur en het personeel. Lean en innovatie

in de zorg kunnen positieve resultaten opleveren echter wordt het ook vaak als een besparingsoefening uitgevoerd door het bestuur, terwijl het personeel dit eerder het als een vermindering van de werkdruk ervaart. Dit verwijst naar het welbekend **principal agent probleem** waarbij niet het gezamenlijk belang maar eerder het eigen belang wordt nagestreefd. In organisaties waarbij belangenconflicten worden opgespoord, zal de kwaliteit van zorg niet beoogd worden maar eerder de eigen nutsmaximalisatie.

5.2. Externe hindernissen

De meest voorkomende externe hindernissen uit de interviews zijn: 1) een inhoudelijke kadering omtrent kwaliteit opvolging in de ziekenhuizen, 2) informatieoverdracht en 3) nationaal accrediteringsorganisatie.

De vakbonden geven aan dat het wetgevend kader betreft de kwaliteit opvolging in de ziekenhuizen³ zich enkel focust op medische activiteiten van de artsen. Hieromtrent suggereren de vakbonden om ook de kwaliteit van de niet medische activiteiten op te volgen. Bovendien wordt in het wetgevend kader geen criteria vooropgesteld waartoe de kwaliteit toetsing moet gebeuren. De vakbonden opteren hiervoor een uitgebreid inhoudelijke omkadering, zodat er meer transparantie is over de werking van kwaliteitstoetsingen binnen de ziekenhuizen. Volgens de vakbonden zou dit enigszins ook de benchmarking tussen de ziekenhuizen vergemakkelijken en de transparantie te bevorderen. Hieromtrent is het Kamerlid van Volksgezondheid van echter van mening dat een uitgebreide omkadering meer registraties en meer werklust zal creëren voor het personeel. Vervolgens om de prestatie maatstaven te verbeteren, is het belangrijk dat de gegevens niet intern worden bewaard maar publiekelijk worden gerapporteerd naar alle stakeholders. De vakbonden geven aan dat ze niet worden geïnformeerd omtrent de kwaliteit inspecties in de ziekenhuizen. Zowel de vakbonden als het Kamerlid van Volksgezondheid geeft aan dat openheid naar stakeholders toe is sterk vereist om verbeterpunten, feedback en bemerkingen te kunnen ontvangen. Aaneensluitend pleiten de vakbonden voor een nationaal accrediteringsinstelling om betrouwbaardere inspecties te verkrijgen op basis van de inhoudelijke criteriums. De vakbonden verklaren dat de inspecties door buitenlandse instellingen mogelijk vertekend kunnen zijn omwille van vorstelijk onthaal. Kamerlid van Volksgezondheid getuigt echter dat de JCI adviezen door de ziekenhuizen goed worden opgevolgd en positieve vooruitgangen boekt alhoewel deze adviezen niet bindend zijn. Evenwel voegt Kamerlid erbij toe dat een nationaal accrediteringsinstelling wel een interessante denkpiste kan zijn in de toekomst.

³ 10 JULI 2008. – Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen - Hoofdstuk III

Tabel 3: Interne hindernissen

Interne hindernissen	Algemene visie	Citaten
<p><i>Betrokkenheid personeel</i></p>	<p>De vakbonden observeren dat het personeel in beperkte mate zich betrokken voelt.</p> <p>De politicus verwacht een participatie van de vakbonden en ervaart een overtuigende <i>mindset</i> over de noodzaak aan innovatie in de zorg bij de vakbonden.</p>	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke - ACV Openbare diensten: <i>"Waar de vakbonden vroeger vaak zeer kritisch stonden tegenover nieuwe concepten en innovatie durf ik nu wel te stellen dat ook de vakbonden graag bereid zijn om aan dergelijke projecten mee te werken, al is de argwaan bij het personeel allesbehalve verdwenen. Voorwaarde daarbij is wel dat de vakbonden van bij de aanvang van dergelijk project worden betrokken. Je kan geen structurele hervormingen doorvoeren zonder dat die ook zijn gedragen door het personeel."</i></p> <p><i>"Bovendien mag er niet alleen gefocust worden op het zorgpersoneel. Al het personeel, ook het administratief, technisch en ondersteunend personeel maakt deel uit van wat wij noemen de zorgketen. Allemaal zijn zij belangrijk schakels in het realiseren van kwalitatieve zorg."</i></p> <p>Alex Nijs, Propagandist - BBTK (ABVV – private sector): <i>"De bestuurders maken meestal de beslissingen en laten het doorvoeren binnen de instelling. En dat zorg ervoor dat het personeel niet kan meedenken over problemen, een grote fout."</i></p> <p>Anoniem, politicus Kamercommissie Volksgezondheid: <i>"Gedurende de bijzondere commissie Covid-19 zijn er heel wat vakbonden op bezoek geweest. Tijdens de hoorzitting ging het in de eerste plaats over de aanpak van de coronacrisis en de problemen die er op het terrein waren. Toch ging het ook telkens kort over innovatie in de zorg,</i></p>

		meer bepaald over de toekomst van de gezondheidszorg waar innovatie een belangrijke rol zal spelen.”
<i>Communicatie</i>	<p>De vakbonden opteren ten eerste voor een duidelijke communicatie om de zorg te kunnen verbeteren. Met de juiste communicatie en coördinatie kunnen innovatieve initiatieven in de zorg goed geïmplementeerd worden.</p> <p>De bevroagde politicus ervaart een goede communicatie met alle medewerkers en hecht belang aan de input van alle stakeholders.</p>	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke - ACV Openbare diensten: <i>"Het moet alvast van bij het begin duidelijk zijn dat de gebeurlijk vrijgekomen middelen zullen ingezet worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en moeten resulteren in een verlaging van de werkdruk van het personeel."</i></p> <p>Alex Nijs, Propagandist - BBTK (ABVV – private sector): <i>"De communicatie naar het personeel toe kan veel beter. Onlangs heb ik ervaren dat er bij een nieuw bouw van een ziekenhuis, de X afdeling op tweede verdiep wordt geplaatst terwijl daar vaak mensen met een gebroken been moeten terecht komen. Dat is zowel voor de patient als voor het personeel heel lastig."</i></p> <p>Anoniem, politicus Kamercommissie Volksgezondheid: <i>"Goede communicatie met alle medewerkers waarbij ze voldoende geïnformeerd worden over de doelstelling van het project en de meerwaarde voor zichzelf en voor de patiënt – belangrijk hierbij ook hun input te vragen en te waarderen. De ervaringen, knowhow en feedback van werknemers hebben zowel een kwalitatief als een versnellend effect op het succes van innovatieprojecten en het helpt om mogelijke problemen bij de implementatie te vermijden."</i></p>
<i>Personeelsnormen</i>	De vakbonden verwijzen naar het personeelstekort in de zorgsector. Loonsverhoging zijn korte termijn doelstellingen en lossen de problemen niet op.	<p>Alex Nijs, Propagandist - BBTK (ABVV – private sector): <i>"Personeelsnormen zijn vandaag de dag nog steeds een probleem. Er is een onderbezetting voor het werk gepaard met de kortere opnames wordt er verloren aan zorg kwaliteit." "In de zorg wordt vanuit de leidinggevende heel vaak gevraagd om flexibel op te treden maar daar moeten grenzen voor zijn."</i></p>

	<p>Er is een sterke noodzaak aan lange termijnstrategieën zoals opleidingen.</p>	<p>Yves Derycke, voorzitter ACOD (ABVV – publieke sector): <i>"De kortere opnames zorgen ervoor dat er steeds meer op een kortere duur moet gedaan worden. Dit verhoogt de werkdrukke. Op lang termijn leidt het tot ziekteverzuim. Bovendien ontvangen we van de verpleegkundigen vaak de kritiek dat ze meer dan de helft van hun tijd zich bezig houden met registratie dan met de patiënt zelf."</i></p> <p>Frank Gabiëls, stafmedewerker - ACOD (ABVV – publieke sector): <i>"Bijscholing is een prioriteit voor ons om in de zorg beter te functioneren. Administratie en zorgtaken mogen niet van elkaar onderscheid worden want er moet een work balance zijn voor iedereen. Bovendien hebben we nood aan personeel daarom werd project 600 opgestart."</i></p> <p>Jan Piet Bauwens, Federaal secretaris - BBTK (ABVV – private sector): <i>"Als we spreken over personeel moeten we ook de niet zorg verlenende diensten binnen de ziekenhuizen mee in rekening houden want deze zijn even belangrijk. De kleine diensten zijn nog steeds belangrijke diensten. Zij zijn evenveel verantwoordelijk voor patiëntveiligheid. Een ziekenhuis kan niet functioneren als de operatiekamer niet wordt gepoetst."</i></p>
<p><i>Organisatiecultuur Ziekenhuis</i></p>	<p>De vakbonden en de politicus zijn bewust over de complexiteit van de ziekenhuizen. Binnen deze complexiteit kan met duidelijke afspraken en betrokkenheid innovatieve organisatiestructuren toegepast worden zoals zelfsturende teams en/of zelfroosting.</p>	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke - ACV Openbare diensten: <i>"Eenvoudige organisatieculturen in een ziekenhuis is allesbehalve evident. Een ziekenhuis heeft een veel complexere organisatiestructuur dan een woonzorgcentrum." "Over de zelfsturende teams in de ziekenhuizen ben ik niet helemaal zeker."</i> <i>"Alleszins zouden zelfsturende teams moeten resulteren in meer autonomie maar dat blijkt toch niet altijd het geval te zijn, althans wordt het niet zo ervaren. Leidinggevend vermommen zich vaak als coach maar blijven beslissen ... Bovendien moet de kwaliteit van de zorg (die vaak enkel kan ingevuld worden door personeelsleden met een specifieke kwalificatie) gegarandeerd blijven en moet iemand hiervoor de eindverantwoordelijk dragen. Heel veel personeelsleden zijn ook (nog) niet opgeleid om "te sturen" en hebben juist wel nood aan leiding."</i></p>

		<p><i>Frank Gabiëls, stafmedewerker - ACOD (ABVV – publieke sector):</i></p> <p>“De organisatiecultuur binnen de woonzorgscentra kunnen toegepast worden in de ziekenhuizen ondanks de complexiteit. Eenvoudige organisatiemethodes zoals zelfroostering kunnen heel evident zijn. Voor de functionering van de zelfsturende teams in de ziekenhuizen wordt daarentegen wel duidelijke afspraken en een eindverantwoordelijke vereist.”</p> <p>Alex Nijs, Propagandist - BBTK (ABVV – private sector):</p> <p>“Met een volledige openheid en duidelijkheid kunnen initiatieven zoals zelfsturende teams perfect toepasbaar zijn in een ziekenhuis desondanks de organisatorische complexiteit. Er moeten wel transparant duidelijke afspraken openlijk met elkaar gecommuniceerd worden.”</p> <p>Anoniem, politicus Kamercommissie Volksgezondheid:</p> <p>“De nieuwe innovatieve organisatiestructuren zouden toepasbaar zijn voor de gehele zorgsector want we merken duidelijk dat de zorgsector evolueert van een aanbodgerichte naar een vraaggericht en persoonsgericht zorgmodel. Het doel is om de vooruitgang in wetenschap en technologie in te zetten in de zorgsector en tegelijk een economische meerwaarde te creëren voor Vlaamse bedrijven.”</p> <p>“De zelfsturende teams kunnen voordelig zijn voor het ziekenhuis maar er kunnen ook organisatorische conflicten ontstaan. Verder onderzoek is vereist voor de implementatie van zulke werkmethode”</p>
<p><i>Transparantie</i></p>	<p>De transparantie over de zorgkwaliteit in de ziekenhuizen is ondermaats, maar er wordt gewerkt aan een publieke rapportering. De transparantie</p>	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke - ACV Openbare diensten:</p> <p><i>“Daar de ziekenhuizen zelf bepalen welke indicatoren ze meten, is er nog wel wat werk aan de winkel. Er is een feitelijke vereniging opgericht voor de algemene ziekenhuizen die bestaat uit vertegenwoordigers van de artsen, Vlaams patiëntenplatform, vertegenwoordigers van de werkgeverskoepel Zorgnet-Icuro en vertegenwoordigers van het Agentschap Zorg en</i></p>

	<p>van gegevens is een belangrijk onderdeel tijdens het verbeteringsproces.</p>	<p><i>Gezondheid, de Zorginspectie en van het Vlaams Instituut voor kwaliteitszorg. Als vakbond zijn we hierbij niet betrokken. "</i></p> <p>"Als vakbond is het onze taak om ervoor te zorgen dat niemand uit de boot valt, onze sterkte ligt in samenhang. Maar die samenhang verdwijnt hoe langer hoe meer doordat zelfsturende teams hun eigen beslissingen nemen en niet erg transparant zijn in hun communicatie."</p> <p>Jan Piet Bauwens, Federaal secretaris - BBTK (ABVV – private sector): "geen gegevens over besmettingen van personeel, geen transparantie van gegevens, veiligheidscijfers op de werkvloer."</p> <p>Anoniem, politicus Kamercommissie Volksgezondheid: "De Vlaamse Zorginspectie concludeert dat de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen goed scoren wat betreft kwaliteitsvolle zorg (2020). Algemene ziekenhuizen in Vlaanderen kozen voor publieke rapportering, wat zeker te bewonderen is. Dit draagt bij tot transparantie om de kwaliteit van de zorg te verbeteren."</p>
<p><i>Principal agent problem</i></p>	<p>De vakbonden ervaren een belangenconflict tussen het bestuur en het personeel bij innovatieve projecten.</p> <p>De innovatieve projecten en/of lean projecten worden door bestuurders als een besparingsoefening uitgevoerd</p>	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke – ACV Openbare diensten: "<i>Lean wordt gezien als een besparingsoefening terwijl het personeel wil streven naar verbetering. Lean kan goede resultaten opleveren zolang de vrijgekomen middelen worden herinvesteed in het personeel.</i>"</p> <p>Yves Derycke, voorzitter ACOD (ABVV – publieke sector): "Tijdens een lean/innovatie project belangen van het personeel en het bestuur in een ziekenhuis stemmen niet overeen waardoor het concept lean zijn doeleinden niet doeltreffend kan behalen of kan doordringen bij het personeel."</p>

	<p>terwijl het personeel minder werkdruk beogen.</p>	<p>Jan Piet Bauwens, Federaal 42ecretaries – BBTK (ABVV – private sector): “De kwaliteit is de eerste prioriteit in de zorg maar de bestuursleden kunnen ook deels blind worden op kosten en opbrengsten. De ziekenhuizen kunnen diensten outsourcen dat de kwaliteit kan reduceren. Terwijl wij als vakbond sterk investeren op kennis en kwaliteit van het personeel door middel van opleidingen.”</p> <p>Alex Nijs, Propagandist – BBTK (ABVV – private sector): “De bestuurders in de ziekenhuizen hebben een kortetermijn visie en maken niet de juiste strategieën voor innovatie maar eerder snellere opbrengsten creëren.” “<i>In ziekenhuizen waarbij de bestuurders zelf ook ooit in het werkveld hebben gestaan, merk je een groot verschil. Zulke bestuurders kennen de plus en minpunten van het werkveld.</i>”</p> <p>Anoniem, politicus Kamercommissie Volksgezondheid: “Overleg en afstemming tussen alle belanghebbenden, inclusief werknemers en vakbonden, is een cruciale factor voor de gedragenheid en verankering van innovatieve projecten. De bedoeling van Lean is om efficiënter te werken en minder verspilling te verkrijgen. Bedoeling is ook om vanuit het gegeven dat er een personeelstekort is zo een overbelasting te vermijden en de werkdruk op het zorgpersoneel niet te verhogen. Dit kan een voordeel betekenen voor de werknemers.”</p>
<p><i>Lean opvatting en strategie</i></p>	<p>De vakbonden staan positief tegenover Lean en innovatie in de zorg. Om lean doeltreffend en functioneel te implementeren is actieve participatie vereist van het personeel.</p>	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke - ACV Openbare diensten: “Vaak wordt Lean gezien als een besparingsoefening en wordt het dan nog ook eens meestal top-down toegepast waarbij de artsen buiten schot blijven ... Het is van het allergrootste belang dat als dergelijke projecten van start gaan de vertegenwoordigers van het personeel kunnen meedenken en mee beslissen over de procedures die zullen worden gehanteerd. “ “Als vakbond willen we constructief meewerken aan innovatieve arbeidsorganisatie maar wel vanaf de aanvang van het project zodat we kunnen meedenken.”</p>

Jan Piet Bauwens, Federaal secretaris - **BBTK (ABVV – private sector)**:

“Ik heb al ervaring gehad met lean echter moet er gewerkt worden op de manier van implementatie. In het begin merken we veel weerstand vanuit het personeel en dat terwijl een aantal jaren na de implementatie positieve resultaat worden verkregen.”

“Lean lijkt ook wel een soort aanpak om zoveel mogelijk diensten uit te besteden. Het uitbesteden kan de kost voor het ziekenhuis reduceren maar we moeten niet blind worden op kosten. De kwaliteit van de diensten is het belangrijkste. ”

Yves Derycke, voorzitter **ACOD (ABVV – publieke sector)**:

“Lean kan zorgen voor goede resultaten maar de incentives van bestuursleden zijn voornamelijk centen. Waardoor de geloofwaardigheid en doeltreffendheid van lean en innovatie in de zorg niet doordringd bij het personeel. We krijgen eerder het idee dat men wil besparen.”

Frank Gabiëls, stafmedewerker - **ACOD (ABVV – publieke sector)**:

“Innovatie en Lean kan zeer goede resultaten opleveren voor personeel als patient. In de woonzorgscentrum ervaren we dat zelfroostering zowel de werkdrukke van het personeel reduceert alsook de patienten tevreden stelt door middel van een bepaalde autonomie te bieden. Respect voor de patient en personeel is belangrijk.”

Alex Nijs, Propagandist - **BBTK (ABVV – private sector)**:

“Ik ken het Lean concept en gedachtegang. Als je iets implementeert, moet het iets opbrengen. Maar als ik naar de Belgische ziekenhuizen kijk, merk ik weinig Lean initiatieven. Eerlijk gezegd worden er niet zwaar geïnnoveerd in de zorg.”

Anoniem, politicus **Kamercommissie Volksgezondheid**:

		<p>“De toepassing van Lean als onderdeel van kwaliteitsprojecten lijkt in opmars te zijn in Vlaamse en Nederlandse ziekenhuizen. Belangrijk daarbij is de betrokkenheid en inbreng van alle medewerkers om permanent verbeteringen te kunnen aanbrengen.”</p> <p>“We merken een positieve houding vanuit de vakbonden omtrent lean omdat lean-projecten op kortere of langere termijn effecten (kunnen) hebben op de arbeidsinhoud, -voorwaarden, -omstandigheden en -verhoudingen raakt dit thema aan zowat alle klassieke thema’s die van belang zijn voor de vakbonden.”</p>
--	--	---

Tabel 4: Externe hindernissen

Externe hindernissen	Algemene visie	Citaten
Wetgeving kwaliteitstoetsing ziekenhuizen	De vakbonden opteren voor een uitgebreider juridische omkadering omtrent kwaliteit opvolging. Echter opteert de bevroagde politicus dat een uitgebreidere omkadering zal zorgen voor extra registraties aldus werklast.	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke - ACV Openbare diensten: <i>“De wetgeving op de ziekenhuizen gaat voornamelijk over de structurering van de medische toetsing en de toetsing van de medische activiteit en. Beperkt zich tot de artsen. Het verpleegkundig en verzorgend personeel valt buiten de scope.”</i></p> <p>Alex Nijs, Propagandist - BBTK (ABVV – private sector): <i>“Naast de versnipperde wetgeving van de ziekenhuizen zorgt de complexiteit in de ziekenhuizen ook ervoor dat er af en toe fraudeleus kan opgetreden worden om het financieel kadertje overeind te houden.”</i></p> <p>Anoniem, Politicus Kamercommissie Volksgezondheid: <i>“Het is een moeilijke balans - een meer dwingend juridisch kader met het oog kwaliteitstoezicht zou mijns inziens demotiverend kunnen werken. Het zorgpersoneel wil zeker op een kwaliteitsvolle wijze werken (maar misschien zijn hier niet altijd de financiële middelen of de</i></p>

		nodige tijd voor), door met een meer dwingend kader te werken, kan de verkeerde indruk gegeven worden dat eventuele gebreken van deze kwaliteitscontrole aan hen te wijten zijn.”
Nationaal accrediteringsinstelling	<p>Een nationaal accrediteringsorganisatie kan leiden tot betere resultaten want de adviezen van externe organisaties zijn vertekend, volgens de vakbonden.</p> <p>De bevroagde politici merkt daarentegen positieve resultaten van externe accrediteringsorganisaties maar sluit een nationale organisatie niet uit.</p>	<p>Alex Nijs, Propagandist - BBTK (ABVV – private sector): “De voorafgekondigde externe accreditaties beogen geen doeltreffende adviezen omdat het ziekenhuis al op voorhand alles uit de kast haalt om hun goed te ontvangen. Maar eens ze weg zijn, schakelen ze terug naar het oud systeem. De externe accreditoren worden ook in sterrenhotels ontvangen. De afwezigheid van een nationaal accrediteringsorganisatie zorgt ervoor dat veel verbeteringsmogelijkheden verloren gaan.”</p> <p>Anoniem, politicus Kamercommissie Volksgezondheid: “Accrediteringsorganisatie JCI stelt de patiënt centraal en evalueert hoe de zorgprocessen in de praktijk verlopen. Ook de ervaringen van patiënten worden meegenomen in de beoordeling. Bovendien is het ook positief dat de accreditatie slechts drie jaar geldig is en steeds herhaald wordt. Als ziekenhuis blijf je zo voortdurend werken aan de kwaliteit van zorg, onderzoek en onderwijs. In de praktijk merken we dat ziekenhuizen de JCI adviezen positief opvolgen. Het kan echter zeker interessant zijn als denkpiste om aanvullend ook een nationaal accreditatieorgaan te ontwikkelen.”</p>
Gebrek aan informatie	De openlijke communicatie en informatieoverdracht naar stakeholders zijn belangrijke componenten tijdens het verbeteringsproces.	<p>Jan Mortier, nationaal verantwoordelijke - ACV Openbare diensten: “We worden niet automatisch op de hoogte gesteld van bijvoorbeeld uitgevoerde inspecties over kwaliteit van zorg. Het is duidelijk dat hiervoor nog bijkomende inspanningen noodzakelijk zijn.”</p> <p>Jan Piet Bauwens, Federaal secretaris - BBTK (ABVV – private sector): “Zowel naar de vakbonden als naar het personeel toe worden ondermaats gecommuniceerd en dit zorgt voor wantrouw. En zeker tijdens het begin van de corona pandemie hebben we</p>

geobserveerd dat de mensen angst hadden om te werken wegens onzekerheden op de werkvloer.”

Alex Nijs, Propagandist - **BBTK (ABVV – private sector)**:

“Het personeel beschikt over een beperkt van informatie omdat het personeel niet wordt betrokken om mee te denken over eventuele verbeteringen. Er is inderdaad een andere denkwijze nodig maar deze moet niet enkel en alleen vanuit een top down manier geïmplementeerd worden.”

Anoniem, politicus **Kamercommissie Volksgezondheid**:

“Openheid naar het personeel toe is sterk vereist om verbeterpunten, feedback en bemerkingen te kunnen ontvangen. Lean kan waardevol zijn zolang het bottom – up functioneert. Bovendien verkiezen de ziekenhuizen de publieke rapportering zowel naar interne als externe stakeholders.”

6. DISCUSSIE

In dit onderdeel zullen de verworven resultaten gereflecteerd worden met de literatuurstudie. In het onderdeel 'Resultaten' werd een overzicht geschets over de valkuilen voor de vakbonden om bij te dragen aan de verbetering van de prestatie maatstaven in de ziekenhuizen. In **tabel 5** worden de citaten, voortvloeiend uit de semi - gestructureerde interviews, vergeleken met voorgaand literatuuronderzoek. Enkel de citaten die gelijkenissen en/of verschillen vertonen met voorgaand onderzoek zijn opgenomen in de onderstaande tabel. Zodoende kan in het slotstuk gesynthetiseerd worden over hoe de vakbonden kunnen bijdragen tot de verbetering van de de prestatie maatstaven in de ziekenhuizen.

Zoals weergegeven in hoofdstuk 5 'Resultaten' worden de discussiepunten onderverdeeld in twee categorieën met name interne en externe hindernissen.

Tabel 5: Interne en externe hindernissen: Gelijkenissen en/of verschillen met literatuurstudie

Interne hindernissen	Gelijkenissen en/of verschillen
Betrokkenheid personeel	In de literatuur werd aangehaald dat de vakbonden ten opzichte van de syndicale historiek vandaag een erkende collectieve stem hebben dan voordien. Een representatieve gesprekspartner voor bestuursleden en beleidsmakers als het ware. Om dusdanig de kwaliteit in de zorg te verbeteren, is de betrokkenheid van het personeel sterk vereist (Luyten, D., 2009). Deze komen deels overeen met de bevindingen van de respondenten. Uit de resultaten blijkt dat de relatie tussen het bestuur en vakbonden niet parallel verloopt zoals beschreven. Dit wil zeggen dat de vakbonden pas na de ontwikkelingsfase van innovatieve projecten worden betrokken tot het proces. Een latere participatie kan een negatief effect hebben op zowel de relatie tussen het bestuur en de vakbonden alsook het verbeteringsproces.
Communicatie	In de literatuur wordt vermeld dat miscommunicatie in de organisatie zorgt voor interne conflicten, ongezond werksfeer en belemmeringen tijdens het verbeteringsproces (Chung, H. J., & Ahn, S. H., 2019). Deze komen totaal overeen met de bevindingen van de respondenten. Uit de resultaten blijkt dat de vakbonden valkuilen ervaren rond communicatie naar het personeel toe. Deze valkuilen creëren organisatorische alsook fysieke nadelen voor het ziekenhuis want de miscommunicatie in een innovatieproces kan de kans op weerstand en werkstress verhogen. Op land termijn kunnen deze organisatorische problemen ook fysieke en/of mentale gezondheidsproblemen opleveren bij het personeel. Zowel de

	<p>betrokkenheid en de communicatie naar het personeel zal bevorderd moeten worden om de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen te bevorderen.</p>
Personeelsnormen	<p>Recentelijk beleidsrapport verklaarde dat het personeel in de Belgische ziekenhuizen werken in ongezond werkomstandigheden wegens te hoge werknormen. Door de toenemende zorgvraag opeteren vele beleidsmakers op met kortere zorgopnames te werken, wat concreet ervoor zorgt dat het personeel sneller de patiënt moet behandelen. Dit verklaart volgens experts het cijfer aan ziekteverzuim in de sector. In de literatuur wordt gesuggereert om onderbezetting te bestrijden door middel van herschooling en begeleiding (KCE Report, 2019). Deze komen totaal overeen met de bevindingen van de vakbonden. De vakbonden ervaren dat het personeel werkt aan een zeer hoge tempo. Hieromtrent adviseren ze om lange termijn strategieën uit te stippen zoals schooling en een vangnet in de organisatie tegen werktress, in plaats van enkel loonsverhogingen te implementeren.</p>
Organisatiecultuur	<p>De ziekenhuizen worden in de literatuur vaak omschreven als complexe instellingen. De complexiteit zorgt ervoor dat bepaalde innovatieve projecten en/of werkmethodes minder snel geïmplementeerd kunnen worden. Hiervoor zijn concrete afspraken, rolverdeling en transparantie vereist (Kennis Bank Sociale Innovatie, 2020). Deze komen totaal overeen met de bevindingen van de respondenten. De vakbonden bevestigen dat een complexe organisatiecultuur de implementatie van innovatie kan vermoeilijken echter met de nodige afspraken, transparantie en verantwoordelijkheid overweegt men om werkmethodes zoals zelfsturende teams uit te voeren in de ziekenhuizen. De zelfsturende teams en zelfroostering heeft in de woonzorgcentra's al meermaals positieve resultaten opgeleverd, bevestigde Frank Gabriëls. Hieromtrent stelt Kamerlid van Volksgezondheid verder onderzoek voor naar de implementatie van zulke werkmethodes. In tegendeel kunnen deze initiatieven volgens de respondenten voor interne onrust zorgen.</p>
Transparantie	<p>In beleidsrapporten worden de transparantie van gegevens al te vaak in vraag gesteld binnen de gezondheidszorg. Ernest Codman is de grondlegger van transparantie in de medische wereld. Voor een kwaliteitsvolle zorg is er nood aan opvolging en rapportering (Siregar, S., et al., 2012; Voyce, et al., 2015). Deze gedachtegang komt totaal overeen met de bevindingen van de respondenten. Zowel de vakbonden als Kamerlid van Volksgezondheid delen mee dat de prestaties binnen de</p>

	ziekenhuizen enkel en alleen kunnen verbeterd worden zolang de transparantie van gegevens worden bevorderd voor al dan niet medisch gerelateerde diensten.
Belangenconflict	Het is een algemeen bekend fenomeen dat de werknemers en werkgevers over andere belangen beschikken. In de syndicalisme historiek werd aangekaart dat de werkgevers eerder waren op centen en de werknemers op een eerbieding loon en werkomgeving. Om te kunnen verenigen en samenwerken, is er nood aan vertrouwen en tollerantie. (Kloosterman, R., & Coumans, M., 2014). Alsook anno 2021 blijkt dat de belangen van de vakbonden en het bestuur niet overeenstemmen in de ziekenhuizen. Hieromtrent geven de vakbonden aan dat innovatieve en/of lean projecten eerder worden uitgevoerd als besparingsoefeningen. De vakbonden pleiten ervoor om de vrijgekomen middelen te herinvesteren in de kwalificering/bijtscholing van personeel.
Innovatie (Lean) perspectief	In de literatuur werd aangehaald dat de vakbonden een dubbelzijdige houding hebben tegenover innovatie en/of lean in de zorg (Van Wezemaal, L., & Rayp, G., 2007). Dit komt totaal overeen met de resultaten uit de interviews. Innovatie in de zorg wordt gestimuleerd door de vakbonden zolang het ook positieve resultaten opleverd aan het personeel. Dit werd door het Kamerlid ook bevestigd. Ze gaf aan dat de innovatie in zorg op kortere of langere termijn effecten (kunnen) hebben op de arbeidsinhoud, -voorwaarden, -omstandigheden en -verhoudingen raakt het concept aan zowat alle klassieke thema's die van belang zijn voor de vakbonden. In de praktijk ervaren de vakbonden echter dat de innovatieve en/of lean projecten niet worden uitgevoerd zoals beschreven. Dit wil zeggen dat in de werkelijkheid de projecten niet het algemeen belang van het personeel dienen, maar eerder kostgerelateerde en besparingsstrategieën zijn. De belangenconflicten kunnen een belemmering zijn om innovatie in de zorg in goede banen te leiden.

Externe

hindernissen

Gelijkenissen en/of verschillen

Wetgevend kader	In de Belgische wetgeving wordt de kwaliteit opvolging in de ziekenhuizen opgenomen door de wet van 10 Juni 2008 – Hoofdstuk 3. Het wetgevend kader omvat voornamelijk een structurele beschrijving en geen uiteenwerking van proces – en uitkomsten indicatoren. (Voyce, J., et al., 2015). De vakbonden zijn het met elkaar eens dat er een inhoudelijke omkadering vereist is om de kwaliteit van zorg op te volgen onder andere omtrent kwaliteitscriteria, transparantie en evaluatiemethodes.
-----------------	---

	<p>Hieromtrent geeft Kamerlid van Volksgezondheid aan dat volgens haar mening een uitgebreidere omkadering demotiverend kan werken op het personeel.</p> <p>Alsook maken de vakbonden een bemerking dat niet enkel de medische activiteiten maar ook de kwaliteit van niet medisch relateerde activiteiten moet opgevolgd worden zoals poetsdienst, logistiek.</p>
Nationaal accreditingsinstelling	<p>De accreditatie van ziekenhuizen worden om de drie jaar door externe organisaties zoals JCI uitgevoerd. Een internationaal erkend en gepezen instelling. Een kwaliteitslabel van JCI is van meerwaarde voor een ziekenhuis (Parthoens, D. L., 2011). De vakbonden staan kritisch tegenover de betrouwbaarheid van externe controleurs, omdat er een bepaald vertekend beeld kan gegenereerd worden. Wetend dat het bezoek van JCI al op voorhand wordt gepland, worden alle middelen ingezet om de label te verkrijgen. Na accreditatie ervaren de vakbonden dat het oud – systeem wordt behouden. Daarom stellen de vakbonden voor om te werken aan een nationale accreditingsorganisatie. Terwijl Kamerlid van Volksgezondheid aangeeft dat de ziekenhuizen positieve resultaten genereerd uit JCI adviezen.</p>
Gebrek aan informatie	<p>In een instelling met een gebrekkig communicatie en informatieoverdracht kunnen veel belemmeringen ontstaan tijdens het verbeteringsproces. Zowel intern als extern is open communicatie en informatieoverdracht naar stakeholders essentieel om kwaliteit van zorg te kunnen bevorderen (McHugh, M. D., et al., 2011). Uit de resultaten blijkt dat de informatieoverdracht naar vakbonden in praktijk niet automatisch gebeurt. De vakbonden willen betrokkenheid en transparantie van gegevens om samen te kunnen meedenken over mogelijke verbeteringspunten. Aaneensluitend geeft Kamerlid van Volksgezondheid ook aan dat binnen een ziekenhuis openheid sterk vereist is om verbeterpunten, feedback en bemerkingen te kunnen ontvangen. Innovatie kan waardevol zijn zolang het bottom – up functioneert.</p>

7. CONCLUSIE

7.1 Conclusie

Het doel van deze masterproef was om een antwoord te formuleren op de volgende centrale onderzoeksvraag: **Hoe kunnen de vakbonden bijdragen tot de verbetering van de prestatie maatstaven binnen de ziekenhuizen?”**

De bovenstaande onderzoeksvraag werd opgesplitst in drie deelvragen. In dit hoofdstuk zal een antwoord geformuleerd worden op de deelvragen om zo ook een antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag.

In de eerste deelvraag werd de vraag gesteld welke rol de vakbonden innemen in de ziekenhuizen en wat hun relevantie is anno 2021. Om deze deelvraag te beantwoorden, werd ten eerste een literatuurstudie uitgevoerd om een historisch overzicht te genereren omtrent het onderwerp. De vakbonden hebben zich na de industriële revolutie sterk ingezet op eerbiedige leef - en werkomstandigheden. Met de gegronde collectieve arbeidsovereenkomsten en mensenrechten lijkt de rol van de vakbonden irrelevant te zijn, echter worden vandaag de dag nog steeds te veel ongezonde arbeidsomstandigheden gedetecteerd in de samenleving. In de zorgsector spreekt men over een ziekteverzuim van circa 15 procent. De vakbonden zijn de collectieve stem van het personeel. De arbeidsinhoud, -voorwaarden, -omstandigheden en -verhoudingen zijn de belangrijkste thematieken voor de vakbonden. Met de losbarsting van de corona pandemie wordt in het sociaal overlegstelsel meer gewerkt aan het verbeteren van werkomstandigheden van het personeel in de ziekenhuizen. Tijdens de semi - gestructureerde interviews werden de vakbonden bevraagd naar hun rol in de ziekenhuizen. Uit de resultaten blijkt dat de vakbonden zich uitsplitsen in private en publieke zorgsector, waarbij de verkiezingen en bindendheid van afspraken van elkaar verschillen. Overkoepelend ervaren de vakbonden echter geen verschil in noden bij beide sectoren. De vakbonden werken met vakbondsafgevaardigden die (intern/extern) worden verkozen die de noden, feedback en bemerkingen van het personeel opvangen. Op die manier proberen de vakbonden in contact te staan met het personeel in de ziekenhuizen en wederom hun bemiddelaarstol te vervullen in het sociaal overlegstelsel.

In de tweede deelvraag werd de vraag gesteld wat de prestatie maatstaven zijn van een ziekenhuis en de meetbaarheid ervan. Om deze deelvraag te beantwoorden, werd ten eerste een literatuurstudie uitgevoerd. In theorie worden de prestatie maatstaven onderverdeeld in drie categorieën namelijk structuur, proces en uitkomst. Voor een kwaliteitstoetsing en continue verbetering van dienst suggereren geleerden om alle drie type prestatie maatstaven op te volgen en te rapporteren. De keuze van indicatoren verschilt van sector tot sector. Zo zullen winstgerichte bedrijven meer financieel gerelateerde indicatoren verkiezen, maar gaat de prioriteit in een ziekenhuis naar niet - financieel gerelateerde indicatoren. Opmerkelijk is dat er geen uniform beschrijving bestaat omtrent de juiste prestatie maatstaven voor een ziekenhuis omdat deze binnen een ziekenhuiscontext verschillen per pathologie. In het algemeen wordt er vandaag de dag de volgende indicatoren in een ziekenhuis opgevolgd: patiëntveiligheid, - tevredenheid en hygiëne. Dit zijn indicatoren gerelateerd

aan de werkomstandigheden van het personeel in het ziekenhuis want uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de patient tevredenheid en – veiligheid beïnvloedt wordt door de ingesteldheid en job tevredenheid van het personeel. Uit de interviews werd afgeleid dat de vakbonden weinig overzicht hebben en over beperkte kennis beschikken over de prestatie maatstaven. Er blijkt geen transparantie te zijn over de kwaliteitstoetsing van ziekenhuis activiteiten. Kamerlid van Volksgezondheid vermeldde dat de algemene ziekenhuizen opteren om in de nabije toekomst publieke rapportering te doen. Dit zou zeer positief kunnen zijn omdat de vakbonden tijdens de interviews alsook aanhaalden dat het gebrek aan transparantie en informatieoverdracht een van de grootste belemmeringen zijn in het verbeteringsproces van ziekenhuis activiteiten. Bovendien vermelden de vakbonden dat ze kritisch staan tegenover de externe accreditering van ziekenhuis activiteiten omdat ze geloven dat de adviezen vertekend worden door interpersoonlijke relaties en extra inzet. Omdat de ziekenhuizen op voorhand worden geïnformeerd omtrent het accrediteringsproces, worden extra middelen ingezet om de label te behalen. De vakbonden geven aan dat de ziekenhuizen na het proces weer naar het oud systeem terugschakelen. Daarom stellen de vakbonden voor om te werken aan een nationale accrediteringsorganisatie gepaard met een uitgebreid inhoudelijke omkadering omtrent kwaliteitstoetsing in ziekenhuizen. Vanuit de politiek geeft Kamerlid van Volksgezondheid aan dat ze niet positief staat tegenover een uitgebreide omkadering, omdat het een extra werklast zou creëren voor het personeel maar wel overtuigd is over de doeltreffendheid van de externe accrediteringsadviezen. Al bij al, wordt geconcludeerd dat de vakbonden opteren om de keuze en toetsing van prestatie maatstaven in een ziekenhuiscontext juridisch veel uitgebreider te omschrijven. De vakbonden zijn van mening dat een goede juridische omkadering zal leiden tot meer transparantie en benchmarking. Met de assumptie dat in de komende jaren publieke rapportering zal uitgevoerd worden, staan de vakbonden positief tegenover een nationale accrediteringsinstellingen die de kwaliteit van ziekenhuis activiteiten doeltreffender zouden kunnen toetsen met behulp van een inhoudelijke omkadering over de kwaliteitscriteriums.

De derde deelvraag betreft de relatie tussen de vakbonden en de innovatie. Innovatie is een zeer belangrijke indicator binnen de zorg. Wegens de alsmaar stijgende vraag naar zorg, wordt de noodzaak aan innovatie in de zorg een actueel thema. Om de derde deelvraag te beantwoorden, werd ten eerste een literatuurstudie uitgevoerd over hoe de vakbonden in het verleden innovatie hebben ervaren. Hieruit bleek dat de vakbonden enkel positief ingesteld zijn voor innovatie zolang het personeel wordt gerespecteerd en niet extra wordt belast. Uit de resultaten blijkt dat de vakbonden vandaag de dag overtuigd zijn over het belang van innovatie in de ziekenhuizen. Echter wordt erbij toegevoegd dat ze onder bepaalde voorwaarden overtuigd zijn dat innovatie positieve resultaten zal opbrengen voor zowel het personeel als de patiënt. Deze voorwaarden omvatten onder andere het actief betrekken en communiceren met het personeel voor feedback en bemerkingen. Volgens de vakbonden kan innovatie enkel en alleen doeltreffend zijn met een bottom – up strategie waarbij de belangen van personeel als bestuur met elkaar overeenstemmen.

Als antwoord op de centrale onderzoeksvraag, kan geformuleerd worden dat de vakbonden in de Belgische ziekenhuizen overtuigd zijn over de positieve resultaten van innovatie voor zowel het personeel als de patiënt. De vakbonden zijn ervan overtuigd dat de ziekenhuis activiteiten kunnen bevorderd worden indien de interne en externe valkuilen worden behandeld door middel van

gekwalficeerd personeel, actieve participatie, open communicatie, transparantie, multidisciplinaire coöporatie en publieke rapportering. Hierbij geven de vakbonden aan dat dit kan verwezelijkt worden door sterk te investeren in bijscholing, continuous imporvement cultuur in de organisatie en multidisciplinaire samenwerkingen.

7.2 Aanbevelingen naar academici en overheid

De toenemende druk op het zorgstelsel laat het belang van een duurzaam zorgomgeving inzien. De ziekenhuizen evolueren naar meer duurzaamheid en kwaliteit door innovatie in de zorg te bevorderen zodoende om de prestaties efficiënt, effectief en doelmatig te verrichten. Deze transitie verloopt niet altijd succesvol omdat het fenomeen luidt dat het personeel weerstand vertoont tegen innovatie. Dit onderzoek biedt een opportuniteit om de relatie tussen vakbonden en innovatie te bestuderen en na te gaan in welke mate zij kunnen bijdragen tot de verbetering van de prestatie maatstaven in de ziekenhuizen. De ongezonde werkomstandigheden in de ziekenhuizen is een maatschappelijk probleem dat de duurzaamheid van het Belgische zorgsysteem kan benadelen. Verder onderzoek naar de rol van de vakbonden in de zorgsector wordt gesuggereerd. In dit onderzoek werd de klemtoon gelegd op kwaliteitstoetsing en de innovatie binnen de ziekenhuizen. De noodzaak aan innovatie in de zorg neemt enorm toe wegens verscheidenen uitdagingen. Wetend dat de zorgomgeving van de patiënt alsook de werkomgeving van het personeel is, valt dit thema binnen het algemeen belang van de vakbonden. Tijdens het onderzoek valt op dat er weinig onderzoeken zijn naar het effect van vakbonden op organisatieniveau in de Belgische context. Volgens de vakbonden heeft dit deels te maken door het feit dat er binnen het Belgisch sociaal overleg meer de nadruk wordt gelegd op het sectoraal en interprofessioneel niveau. Hieromtrent kan een bijkomende studie interresant zijn om de vakbondseffecten op innovatie in de ziekenhuizen te bestuderen. Insgelijks zou een dergelijke steekproef vergroting de generaliseerbaarheid van het onderzoek versterken. Bijvoorbeeld, 1) de vakbonden uit Wallonië en/of Nederland, 2) de politici uit (centrum) rechts en/of links en 3) meerdere ziekenhuis bestuursleden.

Op basis van de genereerde onderzoeksresultaten wordt ook een aantal beleidsaanbevelingen gedaan. Ten eerste, wordt aanbevolen om voor alle ziekenhuizen de publieke rapportering door te voeren om de tranparantie van gegevens te kunnen bevorderen. Hierbij is het wel belangrijk om een goed evenwicht te organiseren, zodoende om het paradox van vertrouwen te vermijden want te veel controle en transparantie kan wantrouwen creëren in de organisatie. Sinds 2010 wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van een meetinstrument om de performantie van het Belgische zorgsector te meten. Hierbij gaven de stakeholders uitdrukkelijk aan dat er nood is aan verantwoording en transparantie, wat wederom wilt zeggen dat de mentaliteit van organisaties moet veranderen. Ten tweede, wordt aanbevolen om binnen de ziekenhuis wetgeving een onderverdeling te maken rond structuur -, proces - en resultaten indicatoren. Op die manier gaan er geen gegevens verloren en kunnen oorzaken van foutieve resultaten opgespoord worden. In 2011 werd het protocol van kwaliteitsindicatoren voor de Vlaamse ziekenhuizen ondertekend, dat omvat een lijst met indicatoren die zullen dienen om gegevens te verzamelen op een uniforme wijze voor alle Vlaamse ziekenhuizen. Dit zal de onderlinge vergelijking ook vergemakkelijken tussen de ziekenhuizen. Voortbouwend hierop kan als derde aspect aangeraden worden om een nationaal accrediteringsinstelling te

organiseren zodoende om nationaal zelfevaluatie te doen naar de kwaliteit van zorg. De zelfevaluatie door nationale instanties geeft een betrouwbaar beeld over de huidige zorgtoestand. Bovendien kan zou een nationale opvolging en evaluatie beter verlopen aangezien zij een beter overzicht hebben over het Belgische zorglandschap. Ten vierde wordt vanuit hieruit gesuggereerd naar de overheid om voor de opleidingen en/of bijscholingen van bestuursleden en personeelsleden extra onderwijsprogramma's uit te werken over multidisciplinaire coöporatie en preventieprogramm's voor beheer van werkstress en burn-outs. Met de laatste ziekteverzuim cijfers kan overduidelijk afgeleid worden dat de personeelsleden in de ziekenhuizen sterk leiden onder burn - out en werkstress. Hierbij wordt bij uitstek zowel naar de overheid als naar de ziekenhuizen gesuggereerd om collaboratie te bevorderen door workshops en preventiemaatregelen te nemen door een vangnet te organiseren binnen hun organisatiecultuur.

8. REFERENTIELIJST

- "4 AUGUSTUS 1996. - Wet betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk."
- "5 DECEMBER 1968. - Wet betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités."
- ACLVB. (2021). "PC 330 : loon- en arbeidsvoorwaarden". Retrieved from <https://www.aclvb.be/nl/pc-330-loon-en-arbeidsvoorwaarden>
- ACV - Openbare Diensten. (2012). "Vakbondsstatuut in de openbare sector". Retrieved from https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6440-acv-openbare-diensten-csc-services-publics/6530-publicaties-publications/vakbondsstatuut-ok.pdf?sfvrsn=7fa070a_2
- ACV. (2021). "Innovatie en organisatieverandering". Retrieved from <https://www.hetacv.be/het-acv/wat-doen-we/innovatie>
- Addison, J. T., & Hirsch, B. T. (1989). Union effects on productivity, profits, and growth: has the long run arrived? *Journal of Labor Economics*, 7(1), 72-105.
- Ballatt, J., & Campling, P. (2011). *Intelligent kindness: Reforming the culture of healthcare*: RCPsych publications.
- Belfius. (2018). "Sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen: MAHA-studie 2018". Retrieved from https://www.belfius.be/publicsocial/NL/Media/Persbericht%20Belfius_MAHA_10%2010%202018_tcm_31-162659.pdf
- Belfius. (2020). "Maha analyse 2020 en impact van COVID-19 26e editie sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen in België ". Retrieved from <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2020/Persbericht%20Studie%20MAHA%2018%2011%202020.pdf>
- Benson, T. (2020). Measure what we want: a taxonomy of short generic person-reported outcome and experience measures (PROMs and PREMs). *BMJ open quality*, 9(1), e000789.
- Betcherman, G. (1991). Does technological change affect union wage bargaining power? *British Journal of Industrial Relations*, 29(3), 447-462.
- Blanchflower, D. G., & Bryson, A. (2004). What effect do unions have on wages now and would Freeman and Medoff be surprised? *Journal of Labor Research*, 25(3), 383-414.
- Buchanan, B. (1974). Government managers, business executives, and organizational commitment. *Public Administration Review*, 339-347.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Denken en doen.
- Boeije, H., & Staa, A. v. (2020). Dertig jaar kwalitatief onderzoek naar gezondheid en zorg: een insiders perspectief.
- Braster, J. F. (2000). *De kern van casestudy's*: Uitgeverij Van Gorcum.
- Cabaleiro, G., & Gutiérrez, F. (2019). The relationship between Unions and Innovation in Chile. *Journal of technology management & innovation*, 14(4), 17-30.
- Caestecker, F. (1997). Vakbonden en etnische minderheid, een ambigue verhouding. Immigratie in de Belgische mijnbekkens, 1900-1940. *Brood & Rozen*, 2(1).
- Chung, H. J., & Ahn, S. H. (2019). Relationship between organizational culture and job satisfaction among Korean nurses: a meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 25(3), 157-166.
- Copnell, B., Hagger, V., Wilson, S., Evans, S. M., Sprivulis, P. C., & Cameron, P. (2009). Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators. *Internal medicine journal*, 39(6), 352-360.
- Craft, J. A. (1991). Unions, bureaucracy, and change: Old dogs learn new tricks very slowly. *Journal of Labor Research*, 12(4), 393-405.
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health policy*, 119(9), 1197-1209.
- Davies, H. T., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *BMJ quality & safety*, 9(2), 111-119.
- De Leede, J., & Looise, J. K. (2005). Innovation and HRM: Towards an integrated framework. *Creativity and innovation management*, 14(2), 108-117.
- De Prijcker, S., & Bruggeman, W. (2004). Niet-financiële prestatie maatstaven als leading indicators voor toekomstig financieel succes.
- De Prins, P., Letens, G., & Verweire, K. (2017). Six Batteries of Change-Energize your company.
- Debeuckelaere, H. (2021). "Puzzelen om kankerpatiënten de broodnodige zorg te geven". DeStandaard. Retrieved from https://www.standaard.be/cnt/dmf20210401_97627493
- Delbanco, S., & Delbanco, T. (2018). Technology and transparency: empowering patients and clinicians to improve health care value. In: American College of Physicians.

- Denier, Y. (2021). Het Pluis Bloemeffect – “Hoe ethiek in de zorg aanstekelijk werkt”
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K., & Persing, R. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches* (Vol. 3: Performance and tools).
- FED. (2021). “Comités voor preventie en bescherming op het werk”. Retrieved from <https://werk.belgie.be/nl/themas/sociaal-overleg/overlegorganen-en-procedures-binnen-de-onderneming-or-cpbw-va-ea/comites>
- FED. (2021). “Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk”. Retrieved from <https://werk.belgie.be/nl/themas/sociaal-overleg/interprofessioneel-niveau/hoge-raad-voor-preventie-en-bescherming-op-het>
- FlandersCare. (2021). “Zorgnetwerken”. Retrieved from <https://flanderscare.be/project/zorgnetwerken>
- Fullerton, R. R., & Wempe, W. F. (2009). Lean manufacturing, non-financial performance measures, and financial performance. *International Journal of Operations & Production Management*.
- Goertz, G., & Mahoney, J. (2013). Methodological Rorschach tests: Contrasting interpretations in qualitative and quantitative research. *Comparative Political Studies*, 46(2), 236-251.
- Goossens, V. (2020). “MAHA-ANALYSE 2020 en impact van de Covid-19-crisis”. Retrieved from <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2020/MAHA%20presentatie%20persconferentie%20NL.pdf>
- Gnoli, C. (2019). Jaap Maat 2004. *Philosophical languages in the Seventeenth Century: Dalgarno, Wilkins, Leibniz*. Dordrecht: Kluwer, 2004. (The New Synthese Historical Library: Texts and Studies in the History of Philosophy, vol. 54). ISBN 1-4020-1758-8. KO KNOWLEDGE ORGANIZATION, 45(8), 709-711.
- HealthBelgium. (2019). “Algemene Ziekenhuizen”. Retrieved from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/blikvanger_gezondheidszorg_az_v10.pdf
- Hermans et al. (2020). “MAAKT DE VAKBOND HET VERSCHIL? - EFFECTEN VAN WERKNEMERS-VERTEGENWOORDIGING OP ORGANISATIENIVEAU”.
- Humblet, P. (2015). Collectieve arbeidsovereenkomsten in de publieke sector? Een tweeluik. Deel 1 Morceau de fantaisie. *Tijdschrift voor Sociaal Recht*(1-2), 317-337.
- Houser, J., ErkenBrack, L., Handberry, L., Ricker, F., & Stroup, L. (2012). Involving nurses in decisions: Improving both nurse and patient outcomes. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(7/8), 375-382.
- Ibn El Haj, H., Lamrini, M., & Rais, N. (2013). Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008. *International Journal for Quality Research*, 7(1).
- Jones, S. R., & McKenna, C. J. (1994). A dynamic model of union membership and employment. *Economica*, 179-189.
- Kanji, G. K. (2002). Performance measurement system. *Total Quality Management*, 13(5), 715-728.
- KCE report. (2019). “VERPLEEGKUNDIGE BESTAFFING VOOR EEN VEILIGE(RE) ZORG IN ACUTE ZIEKENHUIZEN”. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325A_Verpleegkundige_bestaffing_synthese_2nd_edition.pdf
- KCE report. (2020). “Meer verpleegkundigen nodig in het internationale Jaar van de Verpleegkundige”. Retrieved from <https://kce.fgov.be/nl/meer-verpleegkundigen-nodig-in-het-internationale-jaar-van-de-verpleegkundige>
- KennisBankSocialeInnovatie. (2020). “Werken in een innovatieve arbeidsorganisatie basis voor een syndicale strategie”. Retrieved from <https://wp.kennisbanksocialeinnovatie.nl/wp-content/uploads/2020/08/Werkenineeninnovatievearbeidsorganisatie.pdf>
- Kimsey, D. B. (2010). Lean methodology in health care. *AORN journal*, 92(1), 53-60.
- Kips, J. (2015). “Regionale ziekenhuisnetwerken”. *Zorgnet Icuuro*. Retrieved from <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015%20Cahier%20Ziekenhuisnetwerken%20def.pdf>
- Kloosterman, R., & Coumans, M. (2014). Lidmaatschap en deelname verenigingen. *Statistics Netherlands (CBS)*, 4.
- Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K. (2021). A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health.
- Lavaert, F. (2019). “HET SYNDICAAL OVERLEG VOOR HET PERSONEEL VAN LOKALE BESTUREN”. Retrieved from <https://kortrijkwatcher.be/2019/04/18/het-syndicaal-overleg-voor-het-personeel-van-lokale-besturen-1/>
- Luyten, D. (2009). De vakbonden. Bronnen voor de Studie van het Hedendaagse België, 925-943.

- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49(8), 1017-1038.
- MacKay, R. C., Matsuno, K., & Mulligan, J. (1991). Communication problems between doctors and nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 3(1), 11-19.
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210.
- Melton, T. (2005). The benefits of lean manufacturing: what lean thinking has to offer the process industries. *Chemical engineering research and design*, 83(6), 662-673.
- Menezes-Filho, N., Ulph, D., & Van Reenen, J. (1998). The determination of R&D: empirical evidence on the role of unions. *European Economic Review*, 42(3-5), 919-930.
- Menezes-Filho, N., & Van Reenen, J. (2003). Unions and innovation: a survey of the theory and empirical evidence. Available at SSRN 394607.
- Moore, L., Lavoie, A., Bourgeois, G., & Lapointe, J. (2015). Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: validation in an integrated trauma system. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78(6), 1168-1175.
- Moussa, K. (2007). 'Meten van organisatiecultuur'kwantitatief en of kwalitatief? Rotterdam, EUR.
- Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 191-202.
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ quality & safety*, 21(10), 843-849.
- Nguyen, H. (2011). The principal-agent problems in health care: evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam. *Health policy and planning*, 26(suppl_1), i53-i62.
- OECD. (2018). "Trade Union numbers". Retrieved from <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=TUD&lang=en>
- OVSG. (2021). "Syndicaal overleg". Retrieved from https://apps.ovsg.be/vademecum/protectedFiles/dkovadv/syndicaal_overleg.htm
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., . . . Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317-1331.
- Parthoens, D. L. (2011). METING VAN KWALITEITSINDICATOREN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN VIA ZELFEVALUATIE DOOR ZORGVERLENERS.
- Patton, C., Sawicki, D., & Clark, J. (2015). *Basic Methods of Policy Analysis and Planning--Pearson eText*: Routledge.
- Rivers, M. J. (2014). *Declining union membership and the reduction of union representation in the workplace*. Walden University,
- Saez, M., Tobias, A., Varga, D., & Barceló, M. A. (2020). Effectiveness of the measures to flatten the epidemic curve of COVID-19. The case of Spain. *Science of the Total Environment*, 727, 138761.
- Santens, T. (2020). "Loonsverhoging van gemiddeld 6 procent voor zorgpersoneel: regering pakt uit met sociaal akkoord van 600 miljoen". VRT. Retrieved from <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/07/07/voorontwerp-sociaal-akkoord/#:~:text=Close%20Related%20Content-,Loonsverhoging%20van%20gemiddeld%206%20procent%20voor%20zorgpersoneel%3A%20regering%20pakt%20uit,in%20een%20loonsverhoging%20voor%20zorgpersoneel>.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*: Pearson education.
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Australian occupational therapy journal*, 60(5), 310-318.
- Schamp, T. (2012). De logica's van de vakbeweging: de maatschappelijke, economische en politieke positie, rol en relevantie van de vakbond in België. *Burger, bestuur en beleid*, 8(1), 30-60.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership (Vol. 2)*: John Wiley & Sons.
- Scott, T., Mannion, R., Marshall, M., & Davies, H. (2003). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of health services research & policy*, 8(2), 105-117.
- Sewell, R. (2014). "De Eertse Internationale". Retrieved from <https://www.vonk.org/Geschiedenis/de-eerste-internationale.html>

- Siregar, S., et al. (2012). "Prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen METHODOLOGIE VAN ONDERZOEK 9: METEN VAN DE KWALITEIT VAN ZORG". Retrieved from <https://www.ntvg.nl/artikelen/prestatie-indicatoren-voor-ziekenhuizen-0/volledig>
- StatistiekVlaanderen. (2021). "Klassieke ziekenhuisopname". Retrieved from <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/klassieke-ziekenhuisopname>
- Steers, R. M., & Porter, L. W. (1974). The role of task-goal attributes in employee performance. *Psychological Bulletin*, 81(7), 434.
- Tawfik, D. S., Scheid, A., Profit, J., Shanafelt, T., Trockel, M., Adair, K. C., . . . Ioannidis, J. P. (2019). Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 171(8), 555-567.
- Tlapa, D., Zepeda-Lugo, C. A., Tortorella, G. L., Baez-Lopez, Y. A., Limon-Romero, J., Alvarado-Iniesta, A., & Rodriguez-Borbon, M. I. (2020). Effects of lean healthcare on patient flow: a systematic review. *Value in Health*, 23(2), 260-273.
- Tyser, A., Abtahi, A., McFadden, M., & Presson, A. (2016). Evidence of non-response bias in the Press-Ganey patient satisfaction survey. *BMC health services research*, 16(1), 1-6.
- van Bergen, L. (2007). Kwalitatief en kwantitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 50(11), 802-806.
- van der Meer, M., De Beer, P., & van Gestel, N. (2009). *Het hervormingsmoeras van de verzorgingsstaat: veranderingen in de organisatie van de sociale zekerheid*: Amsterdam University Press.
- van Male, J. (2016). Methoden en technieken in kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift Kwalon*, 16(2).
- Van Wezemaal, L., & Rayp, G. (2007). VAKBONDEN EN INNOVATIE VAN ONDERNEMINGEN.
- van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47(13), 38-43.
- Verhoeven, P. S. (2016). *Wat is onderzoek?: praktijkboek voor methoden en technieken*: Boom uitgeverij.
- Versluijs, Y., Lemmers, M., Brown, L. E., Gonzalez, A. I., Kortlever, J. T., & Ring, D. (2021). The Correlation of Communication Effectiveness and Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*, 8, 2374373521998839.
- Verstraete, A., et al. (2014). "Vlaamse vrouwen beginnen steeds later aan kinderen". *VRT*. Retrieved from https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2014/06/20/vlaamse_vrouwen_beginnensteedslateraankinderen-1-2004909/
- Vivo. (2021). "SOCIAL-PROFITSECTOREN". Retrieved from <https://www.waardevolwerk.be/over-deze-website/de-social-profit>
- Vlaams Parlement. (2003). "Vraag om uitleg van de heer Dirk Holemans tot de heer Paul Van Grembergen, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Cultuur, Jeugd en Ambtenarenzaken, over de toepassing van het sectoraal akkoord 2002 binnen intercommunales". Retrieved from <https://docs.vlaamsparlement.be/website/htm-vrg/341303.html>
- Vlerick. (2013). "SAMENWERKING IN DE ZORGSECTOR". Retrieved from <https://www.vlerick.com/nl/research-and-faculty/knowledge-items/knowledge/collaboration>
- voor People, G., & en Profit, P. (2012). *Het Nieuwe Werken in de zorg*.
- Voyce, J., Gouveia, M. J., Medinas, M. A., Santos, A. S., & Ferreira, R. F. (2015). A Donabedian model of the quality of nursing care from nurses' perspectives in a Portuguese hospital: A pilot study. *Journal of nursing measurement*, 23(3), 474-484.
- "WET 20 september 1948, - Wet houdende organisatie van het bedrijfsleven."
- Weston, M. J. (2009). Managing and facilitating innovation and nurse satisfaction. *Nursing administration quarterly*, 33(4), 329-334.
- Wudarszewski, G. (2018). Validation of Cameron and Quinn's Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) in Polish conditions. *Journal of management and economics*, 6(1), 79-105.
- Young, T. P., & McClean, S. I. (2008). A critical look at Lean Thinking in healthcare. *BMJ quality & safety*, 17(5), 382-386.
- Zhou, Y., Fan, X., & Son, J. (2019). How and when matter: Exploring the interaction effects of high-performance work systems, employee participation, and human capital on organizational innovation. *Human Resource Management*, 58(3), 253-268.
- ZorgnetIcuro. (2019). "Actiedag in de ziekenhuizen: Zorgnet-Icuro vraagt vakbonden overleg voort te zetten". Retrieved from <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/actiedag-de-ziekenhuizen-zorgnet-icuro-vraagt-vakbonden-overleg-voort-te-zetten>
- ZorgnetIcuro. (2019). "Financiële situatie Belgische ziekenhuizen baart grote zorgen". Retrieved from <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/financiële-situatie-belgische-ziekenhuizen-baart-grote-zorgen>

9. APPENDIX

9.1 Interviewleidraden voor vakbonden en beleidsmakers

Leidraad 1 - voor de vakbonden:

1. Is er een groot verschil in werking van vakbonden bij private en publieke ziekenhuizen?
2. Hebben jullie een bepaald systeem om kritiek of feedback van verpleegkundig personeel op te vangen? Wat zijn de pijnpunten dat jullie horen van het zorgpersoneel?
3. KCE 2019 vermeld een uitval risico van 15%. Recentelijk hebben de vakbonden gezorgd voor een loonsverhoging van 6-8%. Zeer positief. Zijn er volgens jullie ook bijkomende zaken om de werkomstandigheden te verbeteren of het personeel te stimuleren?
4. Wat verstaat u onder verbetering van werkomstandigheden?

Achtergrond informatie:

Lean draait enerzijds om het creëren van een meerwaarde voor de patiënt/cliënt en anderzijds om het elimineren van handelingen die daar niet aan toe bijdragen. Dat soort handelingen worden ook wel 'verlies' of 'verspilling' genoemd. Lean is geen eenmalig radicale verandering maar een organisatiecultuur. Het gaat over het continue leren om altijd te streven naar een incrementele verbetering o.a. door feedbacksessies, begeleiding XX etc. Volgens de grondleggers zijn twee zaken essentieel voor een succesvolle Lean implementatie nl. 1) optimale inzet van mensen en middelen, én 2) respect voor personeel en de patiënt.

5. Wetend dat de ontplooiing van het personeel = belang van de vakbonden. Hoe wordt over het algemeen gereageerd binnen uw vakbond op innovatie en lean concepten? Kunt u mij wat meer vertellen over uw ervaringen met dergelijke Lean concepten?
 - a. Onder welke assumpties staan de vakbonden positief tegenover innovatie?
 - b. Bent u tevreden over de samenwerking met de ziekenhuizen? (Vb. omtrent de onderlinge betrokkenheid, erkenning etc)
6. Flanders Care opteert op eenvoudige organisatieculturen binnen de woonzorgcentra's eenvoudige organisatieculturen met het idee Innovatieve arbeidsorganisaties waarbij de beslissingsbevoegdheden zo laag mogelijk in de organisatie ligt.
 - a. Zou dit ook volgens u toepasbaar zijn in het ziekenhuis context?
 - b. Zijn zelfsturende teams binnen de zorg geschikt volgens u?
7. Vakbonden komen vaak in de media voor beter loon en werkomstandigheden. Aan welke projecten heeft u als vakbond recentelijk gewerkt voor een verbetering van de werkomstandigheden van het zorgpersoneel?

Bent u als vakbond al eerder in contact geweest met innovatieve projecten/Lean projecten (binnen de ziekenhuizen)? Zo ja, kunt u mij daarover wat meer vertellen?

Achtergrond informatie:

Al decennia's lang stellen de vakbonden de welzijn en ontplooiing van de werknemer als een legitiem doel. De verwezenlijking van duurzame opleidingen en een dynamisch personeelsbeleid moeten er voor zorgen dat talenten maximaal worden benut. Alsook om burn-out te vermijden en de kwaliteit van de zorg te vrijwaren. Een duurzaam zorgbeleid binnen de ziekenhuizen leunt op het EFQM model waarbij de filosofie van continue leren wordt geopteerd. Het continue leren vereist een planning, uitvoering, controle en evaluatie. De gepresteerde dienst wordt opgevolgd en geëvalueerd om uiteindelijk na te gaan in welke mate het proces al dan niet het legitiem doel bereikt. De procesevaluatie kent zijn juridische omkadering in de "Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg".

8. Heeft u een idee hoe de kwaliteit van de zorg binnen de ziekenhuizen precies worden opgevolgd? Hoe gebeurt deze kwaliteitstoetsing precies gebeurt?
9. Denkt u dat het huidig ziekenhuisbeleid leert uit zijn 'fouten'? Bent u tevreden over de opvolging van zorgkwaliteit? Waarom wel/niet?
10. Gebaseerd op ART 20 – 21 ZH WET; Denk u dat een meer dwingend juridische omkadering het zorgpersoneel zou motiveren of demotiveren? En Waarom?
11. Op welke zaken zou u als vakbond een verandering willen aanbrengen om de werkomstandigheden te verbeteren? Wat zijn volgens u de grootste pijnpunten in de zorg?

Leidraad 2 - voor de beleidsmakers:

Achtergrond informatie: Binnen het Flanders Care programma wordt gestreefd naar een verbetering van de zorgkwaliteit en – gezondheidseconomie. Om tegemoet te komen de nieuwe zorgvraag wegens vergrijzing (+ covid), wil Vlaanderen in alle vormen van zorg meer streven naar innovatie. Hiervoor is elke stakeholder een onmisbare partner om in co-creatie tot de juiste aanpak te komen. Enkel door een gezamenlijk engagement kan Vlaanderen werken en aan een aantoonbare verbetering van de zorgkwaliteit op maat van de gebruiker en aan het realiseren van een economische meerwaarde.

- 1) Hoe verloopt uw communicatie met vakbonden? Al enkele ervaringen gehad met weerstanden?
- 2) Zijn er al uitgebreide gesprekken geweest omtrent innovatie in de zorg? Hoe verliep het? Heeft u een positieve of negatieve houding van de vakbonden ervaren?
- 3) KCE 2019 bevestigde een uitval risico van 15% in de zorg. Recentelijk hebben de vakbonden gelobbyd voor een loonsverhoging. Hoe staat u tegenover deze beslissing? Kan een loonsverhoging deze uitvalrisico reduceren?
- 4) De vakbonden beschikken over een collectieve stem. Zou deze 'kracht' volgens u beter beoefend kunnen worden?
- 5) Flanders Care opteert op eenvoudige organisatieculturen binnen de woonzorgcentra 's met het idee Innovatieve arbeidsorganisaties waarbij de beslissingsbevoegdheden zo laag mogelijk in de organisatie ligt.

a) Zou dit ook volgens u toepasbaar zijn binnen het ziekenhuis context?

b) Wat vindt u van zelfsturende teams binnen de ziekenhuizen? Toepasbaar? Met welke voorwaarde?

Achtergrond informatie: Lean draait enerzijds om het creëren van een meerwaarde voor de patiënt/cliënt en anderzijds om het elimineren van handelingen die daar niet aan toe bijdragen. Dat soort handelingen worden ook wel 'verlies' of 'verspilling' genoemd. Lean is geen eenmalig radicale verandering maar een organisatiecultuur. Het gaat over het continue leren om altijd te streven naar een incrementele verbetering o.a. door feedbacksessies, begeleiding etc. Volgens de grondleggers zijn twee zaken essentieel voor een succesvolle Lean implementatie nl. 1) optimale inzet van mensen en middelen, én 2) respect voor personeel en de patiënt.

6) Wat verstaat u als beleidsmaker onder verbetering van werkomstandigheden?

7.1) Hoe zou u Lean omschrijven? Heeft u al ervaring gehad met lean projecten? Zo ja kunt u mij daar meer over vertellen?

7.2) De implementatie van Lean projecten omvatten meestal lange trajecten. Wat is volgens u de voornaamste benodigdheden voor een goede implementatie van Lean?

8) Hoe observeert u de relatie tussen de vakbonden en lean/innovatie? Positief/negatief?

Achtergrond informatie: Al Decennia's lang stellen de vakbonden de welzijn en ontplooiing van de werknemer als een legitiem doel. De verwezenlijking van duurzame opleidingen en een dynamisch personeelsbeleid moeten er voor zorgen dat talenten maximaal worden benut. Alsook om burn-out te vermeden en de kwaliteit van de zorg te vrijwaren. Een duurzaam zorgbeleid binnen de ziekenhuizen leunt op het EFQM model waarbij de filosofie van continue leren wordt geopteerd. Het continue leren vereist een planning, uitvoering, controle en evaluatie. De gepresteerde dienst wordt opgevolgd en geëvalueerd om uiteindelijk na te gaan in welke mate het proces al dan niet het legitiem doel bereikt. De procesevaluatie kent zijn juridische omkadering in de "Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg".

9) Heeft u een idee hoe de kwaliteit van de zorg binnen de ziekenhuizen precies worden opgevolgd? Hoe gebeurt deze kwaliteitstoetsing precies?

10) Zou een nationaal accreditatieorgaan in plaats van de externe JCI accreditatie betere resultaten opleveren? Waarom wel/niet?

11) Denkt u dat het huidig ziekenhuisbeleid leert uit zijn 'fouten'? Bent u tevreden over de opvolging van zorgkwaliteit? Waarom wel/niet?

12) Gebaseerd op ART 20 – 21 Ziekenhuiswet; Denk u dat een meer dwingend juridische omkadering het zorgpersoneel zou motiveren of demotiveren? En Waarom?

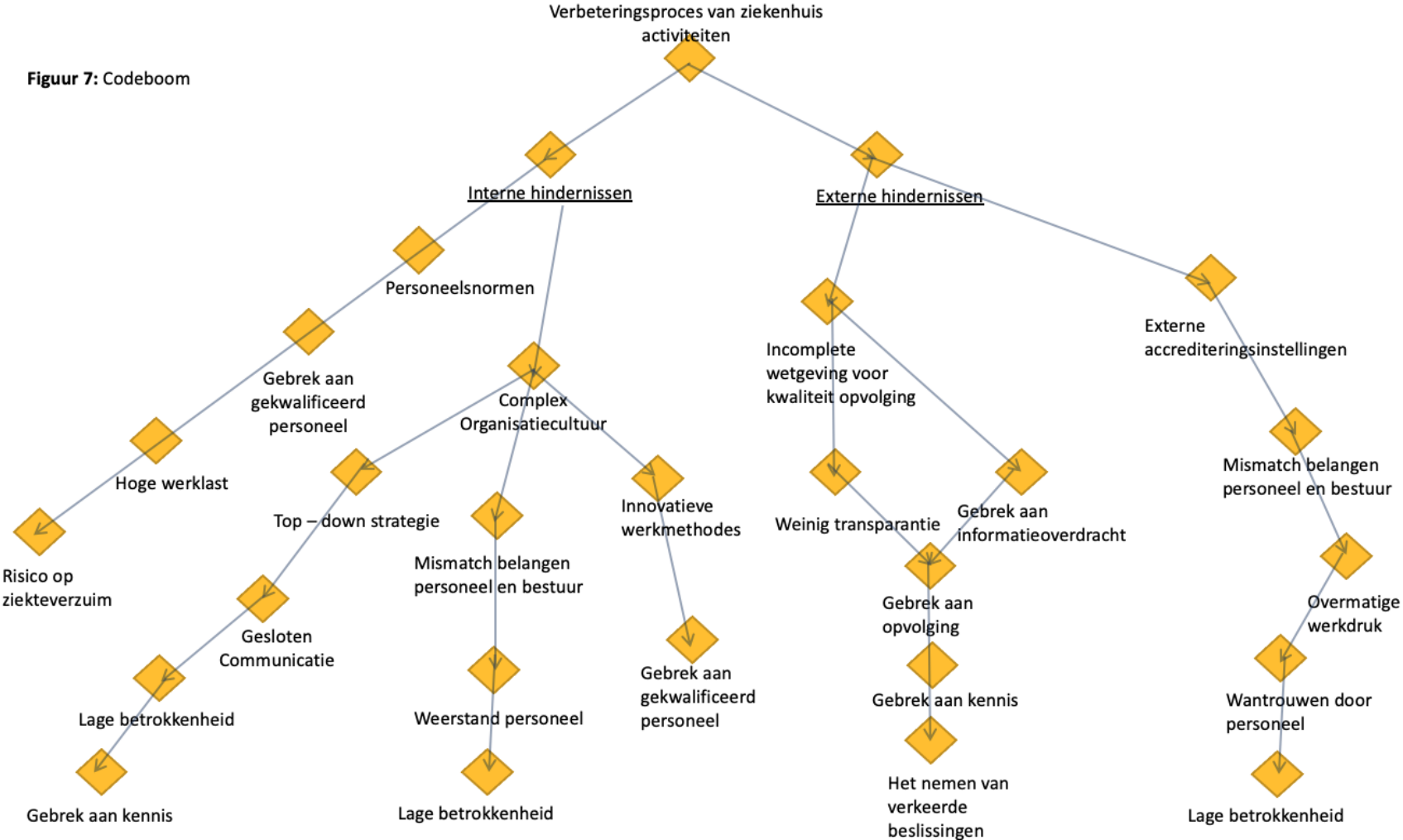
13) Op welke zaken zou u zeker en vast een verandering willen aanbrengen in de zorg?

9.2. Overzicht Paritaire Comit es van Federale en Vlaamse social profitsectoren (Vivo., 2021).

PARITAIR COMITÉ	SUBSECTOR
Vlaamse social profitsectoren	
318.02	De gezinszorg
319.01	De Vlaamse Opvoedings- en Huisvestingsinstellingen: onder meer de gehandicaptenzorg, de jeugdhulp, het algemeen welzijnswerk en de sociale verhuurkantoren.
327.01	Maatwerkbedrijven: De sociale werkplaatsen en beschutte werkplaatsen
329.01	Het sociaal-cultureel werk
/	De lokale diensteneconomie
331	De Vlaamse Welzijns- en Gezondheidssector: onder meer de kinderopvang en de ambulente geestelijke gezondheidszorg.
Federale social-profitsectoren	
330	De ziekenhuizen
330/OZ	De ouderenzorg
330/GID	De gezondheidsinstellingen en -diensten: onder meer de wijkgezondheidscentra, beschut wonen, diensten voor preventie op het werk en centra van het Rode Kruis.
330/TV	De thuisverpleging
330/REVA	De realidatiecentra
337	Het aanvullend paritair comité voor de social profit: onder meer de mutualiteiten.

9.3 Codeboom

Figuur 7: Codeboom



Na ieder interview werden de respondenten bevraagd om het onderstaand formulier in te vullen.

Toestemmingsformulier respondenten

Betreft het onderzoek naar de rol van de vakbonden in de ziekenhuizen.

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.

Ik weet dat:

ik mijn medewerking aan dit onderzoek kan stoppen op ieder moment en zonder opgave van reden.

de opname vernietigd wordt na de finalisatie van het onderzoek.

Ik verklaar dat ik :

geheel vrijwillig bereid ben aan dit onderzoek mee te doen.

de uitkomsten van het interview verwerkt mogen worden in een verslag of wetenschappelijke publicatie.

toestemming geef om het interview op te laten nemen door middel van een voice – recorder.

toestemming geef om mijn gegevens te gebruiken, voor de onderzoeksdoelen te behalen.

toestemming geef om mijn onderzoeksgegevens gedurende de looptijd van het onderzoek te bewaren.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum: - -

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker: Sema Akdag

Handtekening:

Datum: : - -