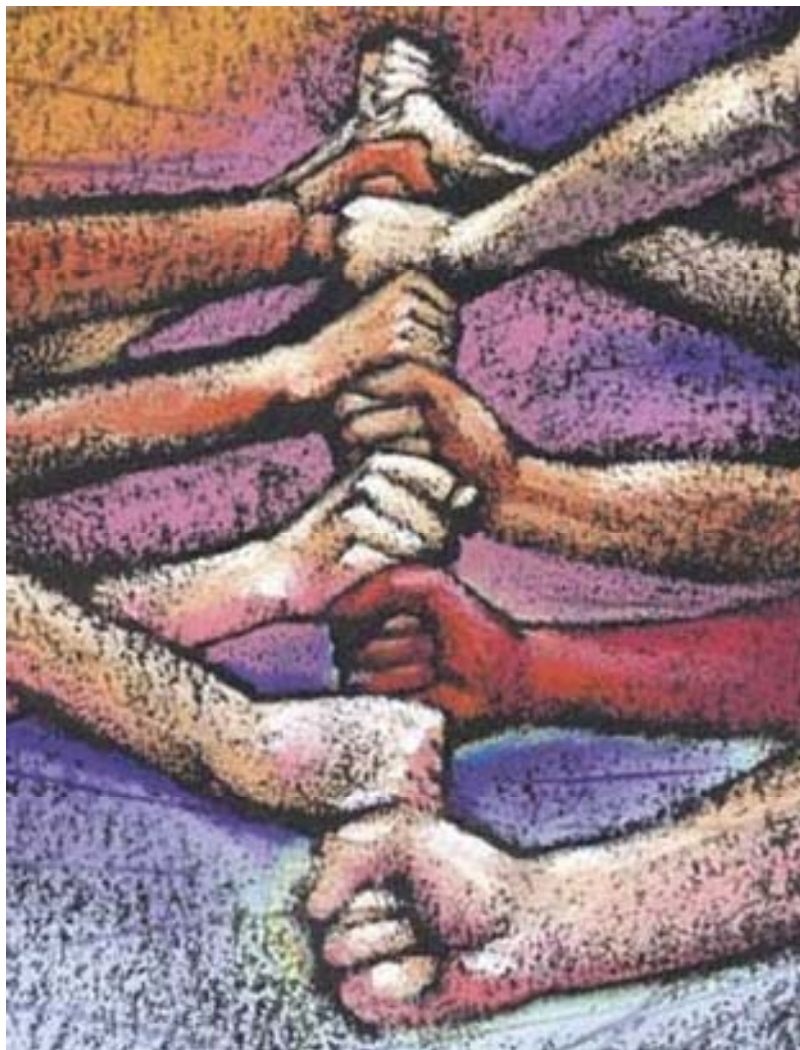


Theory of Constraints:

een kwestie van samenwerken op en tussen de verschillende niveaus in de hiërarchie

Onderzoek naar de sturingskracht van de Theory of Constraints voor professionals en de werking van deze sturing in het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda.



Naam: Jolanda Kool
Studentnr: 310779
Datum: 23 juni 2009

Begeleider: Dhr. E. (Bert) Huisman MBA/MBI
Meelezer: Prof.dr.ir. J.M.H. (Jan) Vissers

Erasmus Universiteit te Rotterdam
Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg
Afstudeerscriptie master Zorgmanagement

Theory of Constraints:

een kwestie van samenwerken op en tussen de verschillende niveaus in de hiërarchie

Onderzoek naar de sturingskracht van de Theory of Constraints voor professionals en de werking van deze sturing in het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda.

Naam: Jolanda Kool
Studentnummer: 310779
Datum: 23 juni 2009

Begeleider: Dhr. E. (Bert) Huisman MBA/MBI
Meelezer: Prof.dr.ir. J.M.H. (Jan) Vissers

Erasmus Universiteit te Rotterdam
Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg
Afstudeerscriptie master Zorgmanagement

Voorwoord

“Weet je, als je een boek klaar hebt, ben je helemaal leeg.”

Ernest Hemingway

De laatste verbetering is aangebracht en de laatste punt gezet. Wat nu over blijft een leeg gevoel. Ik heb dan weliswaar geen boek geschreven, maar voor u ligt wel een stukje schrijfwerk dat het sluitstuk van mijn studie symboliseert, namelijk mijn scriptie. Al mijn inspiratie en gedachten met betrekking tot dit onderzoek zitten in dit schrijfwerk, waardoor het lege gevoel kan ontstaan. Langzaam aan wordt deze lege plek echter gevuld door vreugde dat het allemaal af is!!

Het was een leuk en leerzaam onderwerp. Misschien juist ook wel omdat ik zelf ook een professional ben die niet zo van ‘regels van boven’ houdt. Dit leverde dan ook zeer herkenbare zaken op.

De gewoonte is om op deze plaats een aantal mensen te bedanken. Hier wil ik dan ook dankbaar gebruik van maken. Allereerst wil ik Bert Huisman noemen. ‘Bert, hartelijk bedankt voor je begeleiding, je inspiratie, je hulp bij (gevoelsmatige) ‘ontsporing’ en voor het beantwoorden van al mijn vragen. Dankzij het ‘sturen door middel van de ToC kleuren’ is het me gelukt om deze scriptie op tijd af te ronden.’ Ook Jan Vissers, als meelezer, wil ik hartelijk bedanken voor de feedback. Tot Marja Kemp wil ik mij als derde wenden. ‘Heel hartelijk bedankt voor de tijd die je erin hebt gestoken, onder andere in het regelen van mensen die geïnterviewd wilden worden.’ Uiteraard wil ik ook woordje tot mijn studie- en scriptiegenoten Janine Groot en Marijke van Dijk richten: ‘Merci, voor alles! Voor de gezelligheid, tussen het vele werk wat verzet moest worden, maar ook voor het met elkaar ‘sparren’ over onze onderzoeksprikelen!’ Naast deze ‘universiteitsgerelateerde’ mensen wil ik uiteraard ook de mensen die thuis om mij heen staan bedanken voor al hun hulp en steun, zoals het lezen van mijn stukken en het verven van mijn appartement!

Tot slot wens ik u allen veel leesplezier!!

Groet,

Jolanda Kool

Samenvatting

Anno 2009 staan de ziekenhuizen onder druk door de toenemende invloeden van buitenaf, zoals onder andere de toenemende vraag om publieke verantwoording. Dit resulteert voor veel ziekenhuizen in het inzetten van verandertrajecten, zoals het verbeteren van de logistieke zorgprocessen. Door de aanwezigheid van een grote groep professionals, met ieder zijn autonomie, is het echter geen eenvoudige taak om een ziekenhuis te sturen en zo een verandertraject te laten slagen. Een organisatie waar veel professionals werkzaam zijn kent verschillende benamingen, professionele bureaucratie, professionele organisatie en kennisintensieve organisatie.

De Theory of Constraints (hierna ToC) is een logistiek besturingsmechanisme vanuit de industrie dat zich richt op het versnellen van processen en dat ook kan worden toegepast op zorgprocessen. Op deze manier wordt de ligduur van een patiënt verkort. De toepassing van ToC leidt, mede door de betere afstemmingen tussen verschillende disciplines, tot een toename van de kwaliteit van zorg. Er zijn met deze theorie veelbelovende resultaten behaald. Het Maasstad ziekenhuis te Rotterdam heeft bijvoorbeeld een reductie van de gemiddelde ligduur van 24% in 2008 ten opzichte van 2007 en een toename van het aantal opnames van 6,3% bereikt. Dit is het resultaat geweest van slimmer werken en niet van harder werken. In Nederland blijkt dat steeds meer ziekenhuizen ToC toepassen en uit gaan breiden. Hierdoor lijkt het dat professionals zich door ToC laten sturen en dat is interessant.

De probleemstelling van dit onderzoek is:

Hoe kan de sturingskracht van Theory of Constraints voor professionals verklaard worden en hoe werkt deze sturing in de praktijk?

Om hier een antwoord op te geven is een kwalitatief onderzoek gedaan naar de sturingskracht van ToC en de manier waarop hier binnen de verschillende hiërarchische niveaus in het Groene Hart Ziekenhuis (hierna GHZ) te Gouda gestuurd wordt. Het GHZ is een algemeen ziekenhuis dat in 2007 een slechte financiële situatie kende. Dit is voor de Raad van Bestuur de aanleiding geweest om in 2008 een nieuw sturingsmechanisme te implementeren. Er is gekozen voor Theory of Constraints, omdat door de verbeterde doorstroom er meer bedden vrij komen die vervolgens gesloten of bezet kunnen worden, door bedden te sluiten is er minder personeel nodig en kan hier op bezuinigd worden.

Om ToC in de zorg toe te kunnen passen wordt er een voorlopige ontslagdatum (hierna VOD) bepaald en vervolgens wordt naar dit doel toegewerkt. Tijdens het werken naar dit doel wordt steeds gekeken welke ontslagbepalende taken er gedaan moeten worden om de VOD te kunnen behalen. Door middel van kleuren wordt bepaald of iemand nog 'op schema' ligt. Wanneer de VOD niet gehaald wordt, wordt gekeken wat het knelpunt,

constraint, in het proces is en deze wordt vervolgens aangepakt. Daarna wordt weer gezocht naar een nieuwe constraint. Zo ontstaat het proces van continue verbetering.

Voor dit onderzoek is allereerst een literatuurstudie uitgevoerd om de voorwaarden voor het sturen van de professional te formuleren. Deze voorwaarden zijn: *respecteer de autonomie van de professional; investeer in een collectieve ambitie; stimuleer het multidisciplinair werken van de professional; stuur de professional op output, laat de professional, monodisciplinair, van anderen leren en stel je als manager dienend op*. Deze sturingsvoorwaarden zijn vertaald in een matrix en afgezet tegen de principes van ToC, namelijk: *het bepalen van een doel, bijvoorbeeld de VOD; het proces van continue verbetering; elke patiënt is een 'project' op zich en de systeembenadering*. De matrix dient als conceptueel model voor dit onderzoek. Vervolgens zijn er semi-gestructureerde face-to-face interviews afgenomen met respondenten van verschillende hiërarchische niveaus en heeft er een documentenstudie plaatsgevonden.

De sturingskracht van ToC blijkt te liggen in het feit dat ToC veel ruimte geeft aan de autonomie van de professionals, het multidisciplinair werken stimuleert en professionals door middel van ToC op concrete doelen, output, gestuurd worden. Aandachtspunten voor het GHZ in de sturing door middel van ToC zijn het creëren van een collectieve ambitie, het monodisciplinair leren en de rol van de manager in de sturing van de professional.

In de hiërarchische sturing van professionals middels ToC blijkt een tweedeling te zijn. De sturing van de professionals op de werkvloer, zelfsturing en multidisciplinaire sturing, enerzijds en sturing vanaf hoger gelegen niveaus in de organisatie anderzijds. Uit dit onderzoek blijkt dat in het GHZ de zelfsturing en de multidisciplinaire aansturing op de werkvloer het beste te werken. Hoger in de organisatie wordt echter geen prioriteit aan ToC gegeven, hierdoor worden er geen concrete vragen met betrekking door ligduur aan de 'ondergeschikte' gevraagd. Dit is een oorzaak van het feit dat professionals uiteindelijk geen resultaten van hun inspanningen zien, zoals ligduurreductie. Terwijl wel hier degelijk resultaten in behaald zijn. Samen met problemen met de digitalisering resulteert dit in een lager wordende motivatie onder de professionals om gegevens vast te leggen.

Kortom, wanneer de 'theoretisch' sturingskracht van ToC voor professionals 'praktijk' wordt, dan is het behalen van de doelen van ToC, zoals kwaliteitsverbetering, ligduurverkorting en werkdrukvermindering, gewoon *een kwestie van samenwerken op en tussen de verschillende niveaus in de hiërarchie!!!*

Summary

In 2009 hospitals are under a lot of pressure due to increasing external demands including stakeholder accountability. In many hospitals this results in organisational change projects such as improving the care logistics. Due to a great number of professionals, each with their own autonomy, it is not an easy task to lead a hospital and to have organisational change projects succeed. Professional organisations are often referred to as: professional bureaucracies, professional organisations, and knowledge-intensive organisations.

The Theory of Constraints (hereafter ToC) is a logistic improvement methodology originating from the industry. It aims at accelerating processes, and can also be applied to care processes. When putting the ToC into practice, the length of stay can for instance be reduced. Applying ToC, results also in an improvement in the quality of care through a better cooperation between different disciplines. The application of the theory has shown promising results. The Maasstad hospital in Rotterdam had for example in 2008 a reduction of 24 % in the average length of stay in comparison to 2007 and an increase of 6,3 % in the admissions. This is the result of more efficiency and not the result of working harder. In the Netherlands it appears that an increasing number of hospitals is applying ToC. This shows that professionals can be motivated by a methodology like ToC, and that is an interesting note.

The problem definition of this research is as follows: *How can the effectiveness of the Theory of Constraints methodology in influencing professionals be explained, and how does it work in practice?*

A qualitative study on the effect of ToC as management tool has been done at the different hierarchal levels in the Groene Hart Hospital (hereafter GHH) in Gouda. The GHH, a general hospital, had a poor financial situation in 2007. The board of directors implemented a new control system to turn the situation around. They chose ToC, because its introduction would create the possibility of closing beds or using them for a larger patient throughput. By closing beds less staff is required and less money spent.

Applying ToC in patient care starts by setting a Planned Discharge Date (hereafter PDD) for every individual patient. The professionals work together towards this date as their goal. While working towards this aim, there will be a continuous need to ascertain which discharge tasks still need to be done in order to achieve the PDD. By using colours, hospital staff can determine if a patient is on schedule. When the PDD is not realised, the sticking point (the constraint) in the process will be closely looked at and then resolved. Subsequently other constraints in the process will surface and resolved. So there will be a process of ongoing improvement.

This research started with a literature study to formulate the best conditions to influence and control professionals. These conditions are: *respecting the autonomy of the professional; investing in formulating a collective ambition; stimulating multidisciplinary working of the professionals; guiding the professional on output; letting the professional, mono-disciplinary, learn from others; show yourself as a serving manager.* These conditions have been -in the form of a matrix- compared with the principles of ToC, namely: *stipulating an aim, for example the PDD; the process of ongoing improvement; each patient is a 'project' in itself and in the system's approach.* The matrix serves as a conceptual model for this research. As the next step, a number of semi-structured face-to-face interviews were conducted at several hierarchical levels. Also document review was carried out.

The effectiveness of ToC appears to lie in the fact that it gives a lot of autonomy to the professionals. It also stimulates multidisciplinary working and focuses professionals on concrete goals. Points of improvement for the GHH in using ToC, are: creating a collective ambition, facilitating mono-disciplinary learning and the role of the manager in managing the professional.

Using ToC in practice in GHH shows a dichotomy in managing of professionals. On the one hand there is managing of professionals by themselves and multidisciplinary. On the other hand the 'management' of the organisation. The first part is the most effective. However, in the management line there appears little priority being given to TOC. No concrete questions on the length of stay are being asked to a 'subordinate'. Professionals do not get feedback either on their results (for example the reduction in length of stay), while results actually have been achieved. This, together with problems in digitalisation, results in a diminishing motivation among the professionals to record data.

In short, if the 'theoretical' controlling power of ToC for professionals becomes reality, reaching quality improvement, reduction of length of stay and reduction of work pressure, is just *a matter of cooperating on and between the different hierarchical levels!!!*

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Voorwoord | 3 |
| Samenvatting | 4 |
| Summary | 6 |
| Inhoudsopgave | 8 |
| Hoofdstuk 1 Inleiding | 10 |
| 1.1. Aanleiding | 10 |
| 1.2. Doelstelling en probleemstelling | 12 |
| 1.3. Onderzoekssetting | 13 |
| 1.4. Afbakening | 13 |
| 1.5. Relevantie | 14 |
| 1.5.1. Maatschappelijke relevantie | 14 |
| 1.5.2. Wetenschappelijke, veranderkundige en bestuurlijke relevantie | 15 |
| 1.6. Leeswijzer | 15 |
| Hoofdstuk 2 Theoretisch kader | 16 |
| 2.1. Een huis vol professionals | 16 |
| 2.1.1. (On)bestuurbaarheid van een professionele bureaucratie | 17 |
| 2.1.2. Veranderen binnen een professionele bureaucratie | 18 |
| 2.2. Werkgebieden om de professional te kunnen sturen | 18 |
| 2.2.1. Missie en visie | 20 |
| 2.2.2. Strategie | 21 |
| 2.2.3. Structuur | 22 |
| 2.2.4. Sturingssystemen | 23 |
| 2.2.5. Professional | 24 |
| 2.2.6. Manager van de professional | 24 |
| 2.2.7. Sturingsvoorwaarden voor de professional (deelvraag 1) | 25 |
| 2.3. Theory of Constraints | 26 |
| 2.3.1. Ontwikkeling van zorglogistiek | 26 |
| 2.3.2. Verschillende zorglogistieke stromingen | 26 |
| 2.3.3. Theory of Constraints | 27 |
| 2.3.4. Principes van de Theory of Constraints (deelvraag 2) | 29 |
| 2.4. Theoretische sturingskracht van de Theory of Constraints voor de professional (deelvraag 3) | 29 |
| Hoofdstuk 3: Methodologische verantwoording | 31 |
| 3.1. Kwalitatief onderzoek | 31 |
| 3.2. Dataverzameling | 31 |
| 3.2.1. Literatuurstudie | 31 |
| 3.2.2. Interview | 32 |
| 3.2.3. Documentenstudie | 33 |
| 3.3. Data-analyse | 33 |
| 3.4. Validiteit en betrouwbaarheid | 34 |
| 3.4.1. Validiteit | 34 |
| 3.4.2. Betrouwbaarheid | 34 |

| | |
|--|-----------|
| Hoofdstuk 4: Resultaten | 35 |
| 4.1. Gebruik van de vastgelegde gegevens ten behoeve van de Theory of Constraints door de verschillende hiërarchische niveaus in de organisatie voor de sturing van professionals | 35 |
| 4.1.1. Hiërarchische niveaus met betrekking tot de sturing van professionals door middel van de Theory of Constraints | 35 |
| 4.1.2. Perceptie ten opzichte van de Theory of Constraints | 36 |
| 4.1.3. Vastleggen van gegevens ten behoeve van de Theory of Constraints | 36 |
| 4.1.4. Gebruik van de vastgelegde gegevens door de verschillende hiërarchische niveaus in de sturing van professionals door middel van de Theory of Constraints | 37 |
| 4.2. De mate van aanwezigheid van de 'theoretische' sturingsvoorwaarden in van de toepassing van de Theory of Constraints | 39 |
| 4.2.1. Autonomie | 39 |
| 4.2.2. Collectieve ambitie | 41 |
| 4.2.3. Multidisciplinair werken | 42 |
| 4.2.4. Outputsturing | 42 |
| 4.2.5. Monodisciplinair leren | 45 |
| 4.2.6. De rol van de manager | 45 |
| 4.2.7. Samenvatting | 46 |
| Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie | 48 |
| 5.1. Conclusie | 48 |
| 5.1.1. Sturingsvoorwaarden voor de professional vanuit de literatuur (deelvraag 1) | 48 |
| 5.1.2. Principes van de Theory of Constraints? (deelvraag 2) | 48 |
| 5.1.3. De 'theoretische' sturingskracht van de Theory of Constraints (deelvraag 3) | 48 |
| 5.1.4. Sturing van de professional door middel van de Theory of Constraints (deelvraag 4) | 48 |
| 5.1.5. De 'praktische' sturingskracht van de Theory of Constraints (deelvraag 5) | 49 |
| 5.1.6. Sturingskracht van de Theory of Constraints en de werking hiervan (probleemstelling) | 51 |
| 5.1.7. Sluitstuk | 53 |
| 5.2. Discussie | 53 |
| 5.2.1. Probleemstelling | 53 |
| 5.2.2. Theoretisch kader | 54 |
| 5.2.3. Onderzoeksopzet | 54 |
| 5.2.4. Dataverzameling | 54 |
| 5.2.5. Data-analyse | 55 |
| Hoofdstuk 6 Aanbevelingen | 56 |
| 6.1. Aanbevelingen voor de toepassing van ToC | 56 |
| 6.2. Aanbevelingen met betrekking tot nader onderzoek | 57 |
| Referenties | 58 |
| <i>Literatuur</i> | 58 |
| <i>Documenten</i> | 61 |
| <i>Internet</i> | 61 |
| <i>Achtergrondinformatie</i> | 61 |
| Bijlagen | 62 |
| Bijlage 1: De data voor het onderzoek | 63 |
| De respondenten | 63 |
| De documenten | 63 |

Hoofdstuk 1 Inleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is in dit hoofdstuk als eerst beschreven. Hieruit zijn de doelstelling en probleemstelling van dit onderzoek voortgevloeid en deze zijn in de tweede paragraaf beschreven. Vervolgens is een beschrijving van de onderzoekssetting gegeven welke is gevolgd door de beschrijving van de afbakening van het onderzoek. De relevantie voor het onderzoek is daarna beschreven en het hoofdstuk is afgesloten met de leeswijzer.

1.1. Aanleiding

'Ziekenhuizen onder druk' zo luidt het eerste hoofdstuk in het boek 'Ziekenhuizen veranderen' van Lodewick (2008). Waar komt deze druk vandaan? En wat is het gevolg? De veranderde financiering, de introductie van de ziekenhuisbudgettering, de toenemende mondigheid van de patiënten en de toenemende vraag om publieke verantwoording zijn enkele oorzaken van deze druk (Lodewick 2008). Dit heeft gevolgen voor de interne bedrijfsvoering van ziekenhuizen en vraagt om steeds efficiëntere en beter functionerende ziekenhuizen. Kwaliteit en doelmatigheid zijn de termen waar het nu om gaat (Borghuis 2007). Bij de vraag om kwaliteit gaat het onder andere om wachttijden, toegangstijden en de afstemming tussen verschillende zorgprocesstappen (De Vries & Hiddema 2001). Dit resulteert voor veel ziekenhuizen in het inzetten van verandertrajecten. De verandertrajecten met betrekking tot het proces dat de patiënt van opname tot ontslag doorloopt, zorglogistiek, worden met name door de toenemende vraag om publieke verantwoording veroorzaakt (Lodewick 2008). Helaas komt het veelvuldig voor dat organisaties met verandertrajecten niet de beoogde resultaten behalen (Boonstra 2000; Higgs en Rowland 2005; Werkman et al 2001; Werkman et al 2005). Volgens Boonstra (2000) wordt in 70% van deze trajecten het beoogde doel niet behaald. Van deze mislukkingen is 70% aan het gedrag van mensen toe te schrijven (Cozijnsen 2004).

Ziekenhuizen kunnen als professionele bureaucratieën worden gezien (Mintzberg 2006). Professionals, zoals artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten, zijn erg op hun autonomie gesteld en ze worden het liefst alleen door collega's of hun beroepsgroep gecontroleerd (Horn 2002; Mintzberg 2006). Ze laten zich niet door de regels van een organisatie aansturen, maar door hun eigen vakbekwaamheid en de reflectie op hun eigen werk en dat van elkaar (Horn 2002; Mintzberg 2006). Wanrooy (2001) stelt dat professionals liever zichzelf managen dan dat ze gemanaged worden. Het feit dat er in een ziekenhuis veel professionals werken, maakt het voor een ziekenhuisbestuur dan ook ingewikkeld om de organisatie te sturen. Wanneer echter een verandertraject mislukt, betekent dit dat geld, tijd en energie worden verspild (Cozijnsen 2004). Anno 2009 is dit voor ziekenhuizen geen gewenste situatie. Om deze reden is het logisch dat besturen van ziekenhuizen op zoek zijn

naar nieuwe beheers- en besturingssystemen om de professionals te sturen en zo de beoogde resultaten te behalen.

Een voorbeeld van een (logistiek) besturingssysteem vanuit de industriële wereld is de Theory of Constraints (hierna ToC). Hierbij gaat het om een *betere doorstroming* en een *voortdurende verbetering* van het productieproces door het opsporen en aanpakken van knelpunten, bottlenecks, in dit proces (Goldratt 2008). ToC is gericht op de doorstroom in ketens en is toe te passen op elke soort keten, zo ook op zorgprocessen. De toepassing van ToC vereist onder andere afstemming tussen verschillende professionals, wat mede een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg (Borghuis 2007). Voordat men in 2006 in Nederland in het Sint Antoniusziekenhuis te Nieuwegein met de toepassing van ToC begonnen, zijn in Engeland in ziekenhuizen al zeer veelbelovende effecten van ToC geconstateerd; de methode is eenvoudig, brengt rust, geeft blijvende effecten en het levert snel resultaat (Borghuis 2007). Dit snelle resultaat betekent bijvoorbeeld een vermindering van de gemiddelde ligduur, of de tijd dat een patiënt op de spoedeisende hulp verblijft, van 30% binnen zes maanden. *Deze effecten zijn geen gevolg van harder werken, maar van slimmer werken* (Borghuis 2007). De situatie waarin ziekenhuizen zich anno 2009 bevinden maakt dit tot een aantrekkelijk fenomeen, want wanneer patiënten minder lang in een ziekenhuis verblijven, zijn òf minder bedden en dus personeel nodig òf kunnen meer patiënten behandeld worden. In de Nederlandse ziekenhuizen wordt ToC nog maar op kleine schaal, in ongeveer zes ziekenhuizen, toegepast. Sinds de invoering in 2006 zijn ook in Nederland aanzienlijke resultaten met ToC behaald. Binnen een jaar is in het Sint Antoniusziekenhuis op de afdeling neurologie een reductie van de gemiddelde ligduur van 19% behaald en op de afdeling interne/reumatologie was dit zelfs 34% (Borghuis 2007). Uit het jaardocument 2008 van het Maasstad ziekenhuis te Rotterdam blijkt dat de gemiddelde ligduur in 2008, ten opzichte van 2007, met 24% is gedaald en dat het aantal opnames is gestegen met 6,3%. Ook blijkt dat is besloten om ToC verder uit te rollen op de verpleegafdelingen en spoedeisende hulp. In 2007 heeft het Sint Franciscus Ziekenhuis te Rotterdam een pilot met ToC gedaan en dit heeft tot successen geleid waardoor besloten is om in 2008 ToC verder over de organisatie uit te rollen (jaarvisie 2007 Sint Franciscus Gasthuis). Uit het jaardocument 2008 van dit ziekenhuis blijkt dat dit ook tot resultaten heeft geleid: een doorstroomverbetering van ruim 11% ten opzichte van 2007 en een toename van opnames van 8%.

Aan deze aantrekkelijke theorie en veelbelovende resultaten kleeft echter wel een *maar* de basis waarop ToC functioneert ligt bij de professionals. Zij zullen extra gegevens vast moeten leggen en deze nieuwe gegevens nu op een andere manier moeten gaan interpreteren, met andere woorden: zij zullen hun huidige werkwijze moeten veranderen. De administratieve taken van de professionals zullen hierdoor toenemen, terwijl professionals

over het algemeen juist heel praktijkgericht zijn en zich niet al te veel met administratieve zaken bezig willen houden. Weggeman (2007) stelt zelfs dat men het enthousiasme van een professional niet moet verprutsen door, onder andere, het invullen van allerlei formulieren. Uit de genoemde voorbeelden van resultaten in de Nederlandse ziekenhuizen blijkt echter dat steeds meer ziekenhuizen ToC gaan implementeren en dat ze binnen de ziekenhuizen het op steeds grotere schaal toe gaan passen. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat de professionals het schijnbaar niet zo problematisch vinden om deze administratieve taken op zich te nemen. Hier ligt een interessant punt om te onderzoeken, want het lijkt dus zo te zijn dat professionals zich, in tegenstelling tot vele andere verandertrajecten, wel door ToC willen laten sturen. Is dit daadwerkelijk zo? Hoe kan dit verklaard worden?

1.2. Doelstelling en probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de motivatie van de professionals om zich te laten sturen door ToC en hierdoor dus bereid zijn om extra gegevens vast te leggen en hun werkwijze te veranderen.

Zoals uit paragraaf 1.1. al is gebleken staat of valt de werking van ieder (nieuw) besturingsmechanisme met het vastleggen en interpreteren van gegevens. Bij ToC wordt aan de hand van bepaalde gegevens¹ naar het zorgproces gekeken. Professionals bepalen een voorlopige ontslagdatum (hierna VOD) en hebben zo een doel voor ogen. Aan de hand van dit doel gaan ze bij zichzelf te rade wat ze nog moeten doen om de betreffende patiënt 'op tijd' naar huis te laten gaan. Gegevens worden zo door middel van ToC op een andere manier geïnterpreteerd. Ofwel, op basis van deze gegevens worden professionals gestuurd in hun werkzaamheden. Deze gegevens kunnen vervolgens ook door hogere hiërarchische niveaus als hulpmiddel gebruikt worden om de professionals te sturen. Door het feit dat het gegeven 'gegevens' zo belangrijk binnen de werking van ToC is, wordt dit onderzoek aan de hand van deze 'vastgelegde gegevens' gedaan. Om de doelstelling te kunnen behalen zal, door middel van dit onderzoek, een antwoord gegeven worden op de volgende probleemstelling:

Hoe kan de sturingskracht van Theory of Constraints voor professionals verklaard worden en hoe werkt deze sturing in de praktijk?

¹ Welke gegevens dit zijn komt in paragraaf 2.3.3. aan de orde.

Deze vraag zal aan de hand van de volgende deelvragen beantwoord worden:

- 1) Wat zijn de sturingsvoorwaardenⁱⁱ, vanuit de literatuur, voor de professional?
- 2) Welke principes kent de Theory of Constraints?
- 3) In hoeverre komen de principes van de Theory of Constraints overeen met de sturingsvoorwaarden voor de professional die in de literatuur genoemd worden?
- 4) Hoe worden de door de professionals vastgelegde gegevens ten behoeve van de Theory of Constraints door de verschillende hiërarchische niveaus in de organisatie gebruikt om de professionals te sturen?
- 5) Welke sturingsvoorwaarden zijn terug te vinden in de praktijk waar de Theory of Constraints wordt toegepast?

1.3. Onderzoekssetting

Het onderzoek heeft in het Groene Hart Ziekenhuisⁱⁱⁱ (hierna GHZ) te Gouda plaatsgevonden. Het GHZ is in 1992 ontstaan door een juridische fusie van de Stichtingen Bleuland Ziekenhuizen en Sint Jozef Ziekenhuis. Het ziekenhuis kent drie vestigingen: de Bleulandlocatie en de Jozeflocatie in Gouda en een polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel.

Het GHZ is een algemeen ziekenhuis dat zich voor, vooral, de inwoners van het Groene Hart 'modern, flexibel, slagvaardig en ondernemend' noemt. Dit ziekenhuis wil goed bereikbare en kwalitatief hoogwaardige medisch-specialistische zorg bieden en streeft ernaar dat dit alles plaatsvindt in een omgeving waar de patiënten zich thuis voelen.

Het ziekenhuis telt ongeveer 450 bedden, er zijn ruim 125 medisch specialisten, 2.000 medewerkers en 80 vrijwilligers werkzaam. In de verlening van behandeling en zorg wordt een nauwe samenwerking met regionale zorgaanbieders gezocht. De leiding van het GHZ bestaat uit managers en medisch specialisten; door hen wordt een actief en zorgvernieuwend beleid gevoerd. Het GHZ verzorgt daarnaast medisch-specialistische, verpleegkundige en andere opleidingen.

1.4. Afbakening

Door middel van ToC kunnen verschillende lagen in een organisatie gestuurd worden, te denken valt aan professionals, afdelingshoofden en managers. Het gaat in dit onderzoek alleen om de gedragsverandering van professionals op de werkvloer als gevolg van deze andere sturing. De reden hiervoor is dat de basis voor de werking van ToC ligt in het vastleggen van en sturen op gegevens door professionals op de werkvloer. Het wel of niet slagen van de implementatie van ToC wordt hier dan ook, voor een belangrijk deel, bepaald.

ⁱⁱ Dit zijn de randwaarden voor het sturen van professionals.

ⁱⁱⁱ De gegeven gegevens over het Groene Hart Ziekenhuis zijn afkomstig van de website van dit ziekenhuis, www.ghz.nl.

Aan de hand van de vastgelegde gegevens worden de professionals vervolgens gestuurd om mee te werken aan het behalen van de doelen voor de organisatie.

Een casestudy is volgens Creswell (2003) een vorm van kwalitatief onderzoek om de diepte van een proces in te gaan. Dit onderzoek is gericht op het verkrijgen van inzicht in de sturingsmogelijkheden van professionals door middel van ToC. Dit is één reden waarom gekozen is om een casestudy te doen bij één instelling, namelijk het GHZ. Een andere reden is dat in Nederland nog maar weinig ziekenhuizen ToC toepassen. Het GHZ is één van de ziekenhuizen die het wel toepast. De financiële situatie van het GHZ is de aanleiding geweest om te veranderen, toen is gekozen om ToC toe te passen om op deze manier te bezuinigen.

1.5. Relevantie

In deze paragraaf is eerst de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek beschreven. Als tweede is de wetenschappelijke, veranderkundige en bestuurlijke relevantie hiervan beschreven.

1.5.1. Maatschappelijke relevantie

Ziekenhuizen moeten zich staande houden in de steeds meer-eisen-stellende maatschappij. Kwaliteit en doelmatigheid zijn termen die hierbij horen (Borghuis 2007). Als gevolg hiervan zetten ziekenhuizen verandertrajecten in, maar zoals eerder aangegeven mislukt hier 70% van (Boonstra 2000). Veel van de projecten leveren hierdoor alleen verspilling van geld, tijd en energie op (Cozijnsen 2004). ToC als sturingsmechanisme biedt hier wellicht mogelijkheden door betere besluitvorming in het proces van zorgverlening. Door het hele zorgproces van een patiënt, in een ziekenhuis, in kaart te brengen komen knelpunten, bottlenecks, naar boven. Door deze vervolgens aan te pakken wordt het zorgproces versneld. Met dezelfde hoeveelheid mensen en capaciteiten kan zo, op korte termijn, meer geld gegenereerd worden. Deze efficiëntie kan zich doorvertalen in de mogelijkheid om meer patiënten te behandelen, dit biedt mogelijkheden om wachtlijsten terug te dringen en zo patiënten eerder te kunnen behandelen. Door de multidisciplinaire manier van werken en het feit dat de patiënt, door het stellen van de VOD, weet waar hij aan toe is en niet onnodig lang in het ziekenhuis zal hoeven liggen, heeft ToC ook effect op de kwaliteit van zorg: deze zal toenemen.

Dit klinkt allemaal erg mooi en veelbelovend, maar de werking van ToC staat of valt met de medewerking van professionals, zij zijn echter vaak niet gemotiveerd om te veranderen. Dat is de reden dat dit onderwerp interessant is om te onderzoeken.

1.5.2. Wetenschappelijke, veranderkundige en bestuurlijke relevantie

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de factoren die bij professionals een rol spelen om tot ander zorglogistiek gedrag te komen. Uit de literatuur blijkt dat het niet zo gemakkelijk is om professionals te sturen. Door de toename van het aantal ziekenhuizen die ToC toepassen en uitbreiden lijkt het erop dat professionals het niet problematisch vinden om, als gevolg van de toepassing van ToC, hun gedrag te veranderen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het erop lijkt dat professionals zich onder bepaalde omstandigheden, in dit geval ToC, wel willen (laten) sturen. Om deze reden is het relevant en interessant om te kijken hoe ToC als sturingsmechanisme werkt. Dit onderzoek zal zo ook een bijdrage kunnen leveren aan de wetenschap op het gebied van veranderkunde en bestuurskunde.

1.6. Leeswijzer

In dit onderzoek is een tweedeling aangebracht. Het eerste deel is gevormd door de theoretische sturingskracht van ToC. Dit komt naar voren in het theoretische kader, hoofdstuk twee. In dit hoofdstuk is een driedeling gemaakt aan de hand van de eerste drie deelvragen. Allereerst is beschreven welke sturingsvoorwaarden voor professionals in de literatuur te vinden zijn, vervolgens is beschreven welke principes ToC kent. Hoofdstuk twee is afgesloten met de confrontatie tussen deze sturingsvoorwaarden en principes. In hoofdstuk drie is de methodologische verantwoording van dit onderzoek afgelegd.

Het tweede deel van het onderzoek is gevormd door de sturingskracht van ToC in de praktijk. De resultaten hiervan zijn te vinden in hoofdstuk vier. Hier is tevens beschreven hoe professionals door middel van ToC gestuurd kunnen worden. Deze analyse is gedaan aan de hand van de vierde en vijfde deelvraag. Aansluitend is in hoofdstuk vijf de theorie over de praktijk gelegd en is op deze manier het antwoord gegeven op de probleemstelling in de vorm van de conclusie. In ditzelfde hoofdstuk is ook de kritische reflectie op de opzet en uitvoering van dit onderzoek beschreven. Tenslotte zijn in hoofdstuk zes een aantal aanbevelingen gedaan. Hierin is een tweedeling gemaakt, één deel van de aanbevelingen heeft betrekking op de toepassing van ToC en het andere deel op het doen van nader onderzoek.

Nog een algemene opmerking bij het lezen van de scriptie: wanneer in hoofdstuk een, twee of drie de aanduiding 'hij' of 'zijn' staat mag hier ook respectievelijk 'zij' of 'haar' gelezen worden. Verder spreekt Weggeman (2007) over 'de manager' van professionals, in het kader van dit onderzoek worden met deze term echter alle mensen in de hiërarchie, die betrekking hebben op het 'managen' van professionals, bedoeld. Te denken valt aan de zorgcoördinatoren, afdelingsmanagers en de Raad van Bestuur.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In het theoretische kader is een driedeling gemaakt. Allereerst is stilgestaan bij wat een professionele organisatie is en op welke gebieden professionals gestuurd kunnen worden. Dit stuk heeft geresulteerd in het antwoord op de eerste deelvraag:

Wat zijn de sturingsvoorwaarden, vanuit de literatuur, voor de professional?

In het tweede deel is de Theory of Constraints beschreven. Hieruit is antwoord op de tweede deelvraag geformuleerd:

Welke principes kent de Theory of Constraints?

In het afsluitende derde deel is de koppeling tussen de randvoorwaarden voor de sturing van professionals en de principes van ToC gemaakt. Dit is tevens als conceptueel model voor dit onderzoek gebruikt en is het antwoord op de derde deelvraag:

In hoeverre komen de principes van de Theory of Constraints overeen met de sturingsvoorwaarden voor de professional die in de literatuur genoemd worden?

2.1. Een huis vol professionals

De professionele organisaties van nu hebben hun oorsprong in de gilden die in de middeleeuwen bestonden (Van der Krogt & Vroom 1995). In deze gilden vormden de 'vaklieden', de professionals, samen de leiding van de organisatie. Om deze reden bestonden dan ook geen belangentegenstellingen tussen de leiding en de professionals, de professionals vormden tenslotte de leiding. Alle macht lag hierdoor bij de uitvoerders, de professionals. Door het feit dat zij essentiële taken voor afzonderlijke leden van de samenleving en maatschappij verrichtten, werkten zij in het belang van de samenleving als geheel. Het belang van de cliënt was bij deze taken het richtpunt, dus niet het eigen belang van de professional (Freidson en Van der Krogt in Van der Krogt & Vroom 1995).

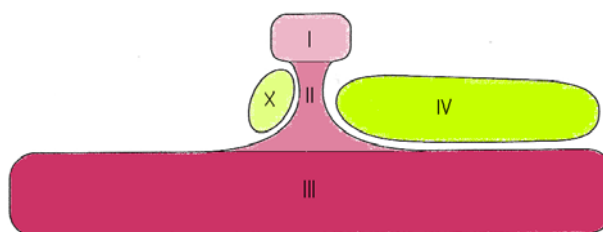
Voor deze organisatiestructuur, waarbij veel macht bij de uitvoerende kern ligt, zijn in de literatuur verschillende benamingen te vinden. Mintzberg (2006) noemt het een *professionele bureaucratie*. Van der Krogt & Vroom (1995) daarentegen vinden de configuraties van Mintzberg te zwart-wit en maken een driedeling in organisatiestructuren. Zij noemen een organisatie waar veel professionals werken een *professionele organisatie*. Deze beschrijving bevat veel kenmerken die Mintzberg aan de professionele bureaucratie geeft. Professionals bezitten veel kennis die door hen in het primaire proces gebruikt wordt, hiermee kan een professional ook als kenniswerker gezien worden (Weggeman 1997). Deze term komt in een derde benaming, die in de literatuur voor een organisatie vol professionals te vinden is, naar voren, namelijk de *kennisintensieve organisatie* (Weggeman 1997). Bij dit onderzoek wordt ingegaan op de configuratie van Mintzberg (2006). De reden hiervoor is dat

hierin de basis van een professionele organisatie met zijn coördinatie- en sturingsmechanisme goed naar voren komt.

2.1.1. (On)bestuurbaarheid van een professionele bureaucratie

In zijn boek 'Organisatiestructuren' onderscheidt Mintzberg (2006) vijf verschillende configuraties van organisaties. Het basismodel bestaat uit vijf onderdelen, de uitvoerende kern, de strategische top, het middenkader, de technostructuur en de ondersteunende diensten. Afhankelijk van welk onderdeel het hoofdbestanddeel vormt, zijn de vijf configuraties ontstaan. Elke configuratie heeft zijn eigen coördinatiemechanismen, ontwerpparameters en situationele factoren.

Mintzberg (2006) geeft verschillende redenen waarom het niet eenvoudig is om een professionele bureaucratie te sturen. Als eerste kan de macht, die onder aan de hiërarchie ligt, genoemd worden. In figuur 1 is dit weergegeven in de brede onderlaag van de configuratie. Deze macht komt voort uit de kennis en kunde van de professionals en wordt door twee feiten bepaald; meestal



Figuur 1: Professionele bureaucratie (Mintzberg 2006)
 I: De strategische top
 II: Het middenkader
 III: De uitvoerende kern
 IV: De ondersteunende dienst
 X: De technostructuur

is er veel vraag naar de diensten van de professional en deze diensten zijn te ingewikkeld, te complex, om te worden gecontroleerd door managers of te worden gestandaardiseerd door analisten. Dit geeft de professional zijn autonomie (Mintzberg 2006). Door deze complexiteit van de diensten is het ook wel noodzakelijk dat professionals een grote mate van controle en zeggenschap over hun eigen werkzaamheden hebben (Mintzberg 2006).

Het coördinatiemechanisme 'standaardisatie van vaardigheden en kennis' kan als tweede reden van de moeilijke sturing genoemd worden. Deze standaardisatie vindt veelal buiten de organisatie, in de opleidingen, plaats en organisaties 'huren' dus getrainde en geïndoctrineerde professionals in. Dit houdt in dat de professional in zijn werk nauw samenwerkt met zijn cliënten, maar tegelijkertijd in zekere mate onafhankelijk is van zijn collega's (Mintzberg 2006).

Binnen een organisatie heersen altijd bepaalde normen en waarden die door de organisatie als belangrijk gezien worden. Bij een professionele bureaucratie ontstaan deze normen en waarden grotendeels buiten de eigen structuur, veelal in de beroepsverenigingen (Mintzberg 2006). Professionals kennen hierdoor dan ook een grotere afhankelijkheid van de beroepsvereniging dan van de organisatie. Tegelijkertijd is de organisatie afhankelijk van de kennis en vaardigheden van de professional. Deze scheve verhouding laat zien dat het voor organisaties soms lastig kan zijn professionals te sturen.

Wanneer gekeken wordt naar ziekenhuizen kan gesteld worden dat er een grote groep professionals werkzaam is. Deze groep kan onderverdeeld worden in verschillende soorten professies, zoals artsen, arts-assistenten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en laboranten. Zij zorgen met hun kennis en kunde voor de productie van het ziekenhuis en vormen de uitvoerende kern van de organisatie. Om deze reden ligt op deze plaats veel macht in de organisatie. Veel professies hebben een beroepsvereniging waarvan de meeste professionals lid zijn, de een zal hier echter een sterkere binding mee hebben dan de ander. Hoe sterker deze binding is hoe lastiger het voor de professional is om zich ook echt aan de organisatie te binden. Uit deze punten kan geconcludeerd worden dat een ziekenhuis het meeste weg heeft van een professionele bureaucratie en daarmee ook veel van de deze problemen van besturing zal kennen.

2.1.2. Veranderen binnen een professionele bureaucratie

Veranderingen binnen een professionele organisatie gaan heel langzaam en zijn het gevolg van de langzame verandering van professionals (Mintzberg 2006). Deze veranderingen treden dan bijvoorbeeld op in de toelatingseisen, de leerstof van de opleidingsinstituten of de normen en waarden van de beroepsgroep. Voordat deze veranderingen in de praktijk te zien zullen zijn, zijn inmiddels al een paar jaar verstreken. Onder invloed van de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg, en daardoor de noodzaak om te veranderen, kan niet op deze ontwikkeling van de professionals gewacht worden. De besturen van ziekenhuizen zullen dan ook moeten kijken wat goede manieren zijn om de professionals in hun organisatie aan te zetten, te sturen, tot het veranderen van hun gedrag.

2.2. Werkgebieden om de professional te kunnen sturen

Wanneer in de literatuur over veranderingen geschreven wordt gaat het veelvuldig over 'succesvolle veranderaanpakken', interventies, en niet zozeer over 'succesvolle veranderprojecten', positieve resultaten (Cozijnsen 2004). Om deze reden trekt Cozijnsen (2004) het in twijfel hoe succesvol deze aanpakken zijn. In zijn boek 'Anders veranderen' stelt hij dat 70% van de mislukte veranderingen toe te schrijven is aan het gedrag van mensen. In professionele organisaties kan de groep 'mensen' gedefinieerd worden als 'professionals'. Door hun macht, zie ook paragraaf 2.1.1., drukt deze groep een grote stempel op de organisatie en is daarmee ook een belangrijke groep om te sturen. Zonder goede sturing zal deze groep niet meegaan en is de kans dat de ingezette verandering strandt reëel. Het implementeren van een nieuw besturingsmechanisme, zoals ToC, vraagt om verandering en dus om sturing.

In de literatuur zijn verschillende theorieën over het sturen van professionals te vinden. Van Amelsvoort et al (2004) en Horn (2002) stellen dat een professional het beste op resultaten, output, gestuurd kan worden. Door professionals te sturen op *hoe* zij hun taken uit moeten voeren heeft een ongunstige invloed op de mate waarin de professionals hun kennis bij de uitvoering van hun taken gebruiken (Weggeman 2002). Wanrooy (2001) heeft op basis van een aantal theoretische modellen negen sturingsgebieden beschreven welke hij vervolgens in vier categorieën indeelt. Deze categorieën zijn geordend naar prioriteit, van 'hoogste prioriteit' naar 'minder van betekenis'. De 'hoogste prioriteit' (goud) ligt volgens Wanrooy (2001) bij de professional, de normen en waarden en de faciliteiten. Producten en diensten en afstemming hebben volgens hem een 'hoge prioriteit, maar zijn minder van belang' (zilver). 'Randvoorwaarden en een permanente aandacht' (brons) worden aan de standaardisatie, markt- en klachtvraag en de financiële resultaten toegekend. De bewerking ten slotte is 'minder van betekenis' (overige).

Managers van kennisintensieve organisaties zeggen dat er leiding gegeven moet worden (Weggeman 2007). Uit de titel van zijn 'accolade' op al zijn boeken en artikelen^{IV} blijkt de reactie van Weggeman (2007) hierop, *Niet doen!!* Deze reactie komt voort uit zijn redentatie dat professionals van zichzelf al gemotiveerd zijn om hun werk te doen. Dit komt doordat ze lang hebben moeten studeren voordat ze wat ze leuk vinden om te doen in de praktijk kunnen brengen. Dit enthousiasme moet men koesteren en niet verprutsen (Weggeman 2007). Met het *niet verprutsen* bedoelt Weggeman (2007) dat men de professionals moet faciliteren in plaats van hun werk plannen en controleren (Weggeman 2007). Het 'faciliteren' komt overeen met één van de gouden prioriteiten van Wanrooy (2001). Volgens Weggeman (2007) doen professionals liever iets goed dan fout. Wanneer men hen dus niet lastig valt met allerlei regels en procedures, rapportenschrijverij en formulieren komen de productiviteit en kwaliteit vanzelf.

Weggeman (2007) beschrijft in zijn proefschrift zes aspecten die de inrichting en besturing van een organisatie of afdeling bepalen en hierdoor de werkgebieden van de leidinggevende weergeven. Dit zijn organisatiebrede punten en niet alleen gericht op de verhouding tussen manager en professional. Dat is de reden dat deze aspecten als leidraad voor dit onderzoek zijn genomen bij de analyse van sturingsvoorwaarden voor professionals die in de literatuur beschreven zijn. In de volgende paragrafen zijn de verschillende punten waarop men, volgens Weggeman (2007), professionals kan sturen beschreven.

^{IV} Deze boeken en artikelen gaan over leidinggeven aan professionals, het verzilveren van creativiteit, innovatie en kennismanagement.

2.2.1. Missie en visie

Als kennisintensieve organisatie kan men 'slecht' en 'goed' nieuws krijgen (Weggeman 2007). Het eerste houdt in dat kenniswerkers niet te managen zijn door het opleggen van regels en procedures. Dit komt omdat dit de innovatie belemmert. Het goede nieuws echter is dat het energieniveau van een kenniswerker gezien kan worden als functie van de mate waarmee een kenniswerker zichzelf met de hogere doelen van de organisatie kan identificeren (Weggeman 2007). Dit betekent dat er een balans tussen planning en control (hierna P&C) enerzijds en anarchie anderzijds gevonden moet worden (Weggeman 2007).

In een professionele organisatie worden de horizontale regelsystemen onder andere gevormd door veiligheidsprocedures, vakinhoudelijke standaarden, stappenplannen, richtlijnen en protocollen. Tijdens de uitoefening van hun vak worden deze door de professionals onderling gebruikt (Weggeman 2007). Bij medisch specialisten komt hier vaak nog de training en indoctrinatie van collega's bij (Mintzberg 2006). De regels en procedures, ook wel de P&C genoemd, vormen de verticale regelsystemen van een organisatie. Dit wordt door managers gebruikt in een poging het werk van professionals te plannen en te controleren. Mintzberg (2006) stelt echter dat in een professionele bureaucratie weinig behoefte is aan planning en regulering. Wanrooy (2001) zegt dat deze regels en procedures wel nodig zijn, omdat organisaties bepaalde doelen nastreven. Deze systemen wekken echter ergernis bij de professionals, hun autonomie wordt hierdoor beperkt (Wanrooy 2001; Weggeman 2007). Zij willen hun vrijheid behouden en niet bureaucratisch benaderd worden. Koomans (2001) stelt dat managers vaak wel beseffen dat professionals deze vrijheid nodig hebben. Als professional heeft men een inspanningsverplichting (Weggeman 2007) en door hun autonomie en enthousiasme komen de professionals tot goede resultaten (Koomans 2001; Weggeman 2007). Aan dit besef zit echter ook een andere kant, namelijk dat managers wel graag duidelijkheid en afspraken over de te behalen resultaten willen (Koomans 2001). Weggeman (2007) noemt dit de resultaatverplichting van de manager. Als manager worden zij hier op afgerekend. Het gaat er dus om wie het spel gaat bepalen: de manager of de professional (Koomans 2001). Weggeman (2007) komt met een oplossing: ontbureaucratisering. De wet van Pareto (Weggeman 1992; 2007) is één van de regels voor dit proces. Deze wet houdt in dat een groot deel (80%) van de formele systemen voor de P&C van professionals geschrapt worden (Weggeman 1992; 2007). Hierdoor zal de sturing van professionals voor 80% uit hun eigen autonomie bestaan en voor 20% uit P&C methoden (Wiese en Hokke 2008). Deze verhouding brengt het misbruik van de autonomie met zich mee (Weggeman 2007; Wiese en Hokke 2008). Het is daarom belangrijk dat de professional zichzelf in wil gaan spannen om de organisatiedoelen te realiseren. Een basis voor een goede binding kan gezocht worden in doelcongruentie, ofwel: de collectieve ambitie

(Weggeman 2007). Deze collectieve ambitie moet de toegevoegde waarde laten zien die een professional wil leveren en is gebaseerd op het volgende ideaal:

Hoe collectiever de ambitie, hoe meer shared values, hoe groter de motivatie, hoe hoger het energieniveau, hoe kleiner de kans op jantje-van-leidengedrag, hoe minder hobbyïsme en hoe minder planning & control-systemen nodig zijn (Weggeman 2007)

Hieruit volgt dat het voor een bestuur van professionals belangrijk is om te zoeken naar shared values in plaats van sturing te geven door middel van de bureaucratische P&C methoden. Daarbij is het van belang dat de ambitie door velen wordt gedragen. De aanbeveling die Weggeman (2007) doet is dat een leidinggevende van professionals de effectiviteit van P&C sterk relateert en investeert in de collectieve ambitie. Dit zal ook tot een hoger prestatieniveau leiden (Weggeman 2007).

Voor ziekenhuizen betekent dit dat het aantal P&C methoden voor een groot deel geschrapt moeten/kunnen worden en dat het beter is om op zoek te gaan naar de collectieve ambitie. Daarbij is het van belang dat verandertrajecten bijdragen aan de collectieve ambitie van de professional.

2.2.2. Strategie

De in paragraaf 2.2.1. genoemde collectieve ambitie moet de rode draad in de turbulente ontwikkelingen van de omgeving vormen (Weggeman 2007). Om dit te bewerkstelligen worden er strategieën uitgezet. Deze rode draad geldt ook als constante tijdens interne veranderingen. Binnen de strategie van professionele organisaties zijn drie dominante factoren te onderscheiden die zorgen voor deze constante factor (Weggeman 2007):

- ✓ Klantgerichtheid: dit zorgt voor een sterkere binding met de klant;
- ✓ Efficiëntie: zorgt voor een snelle terugverdientijd van investeringen;
- ✓ Innovatie: biedt een voorsprong op kennis of werkmethoden.

De concurrentiepositie van de organisatie wordt mede bepaald door de perfectie waarmee bovenstaande factoren worden uitgevoerd. Hierbij is het van belang dat professionals meer respect ontwikkelen voor disciplines die niet de hunne zijn en dat deze verschillende disciplines ook met elkaar gaan samenwerken. Dit betekent dat professionals open moeten staan voor andere behandelmethoden en niet alle problemen die ze tegen komen zo willen definiëren dat ze hier oplossingen voor kunnen bieden en zich dus niet hoeven aan te passen (Mintberg 2006; Weggeman 2007).

Door de, geregleerde, marktwerking hebben ziekenhuizen steeds meer te maken met concurrentieposities. Het is daarom van belang dat er een organisatiebrede collectieve ambitie wordt gerealiseerd waarin gezocht wordt naar zoveel mogelijk shared values. Wanneer het binnen de organisatie goed geregeld is, zal dit ook zijn uitwerking naar buiten hebben. Daarnaast is het van belang dat professionals open staan voor nieuwe inzichten en aanpakken en dat ze niet alleen op het eigen deel van de behandeling gefocust zijn, maar dat ze ook breder kijken en samen tot oplossingen proberen te komen (Mintzberg 2006; Weggeman 2007).

2.2.3. Structuur

'Structure follows strategy' (Alfred Chandler in Weggeman 1992). Daarnaast stelt Weggeman (2007) dat de structuur binnen een kennisintensieve organisatie ervoor zorgt dat taken gedefinieerd kunnen worden en dat de communicatielijnen aangegeven worden. Het is ook een onderdeel van een organisatie wat niet duurzaam is, maar aan veranderingen onderhevig (Weggeman 2007). Managers houden zich graag bezig met het veranderen van structuren. Op deze manier proberen ze vaak aanzien bij het hogere management te krijgen. Wat echter niet over het hoofd gezien mag worden is dat een nieuwe structuur niet moet botsen met de bestaande cultuur van een organisatie. De samenwerkingscultuur is hier een voorbeeld van, deze moet bij het ontwerpen van een structuur juist gefaciliteerd worden (Weggeman 2007). Wanrooy (2001) stelt dat veel professionele arbeid een verleiding, maar soms ook een noodzaak, voor een solistische werkwijze met zich mee brengt. Sommige professionals sluiten zich af om zich op deze manier goed te kunnen concentreren. Er zijn echter ook professionals die solistisch willen werken omdat ze bang zijn voor feedback en commentaar van collega's, de onderlinge afstemming (Weggeman 2007; Mintzberg 2006). Door met verschillende disciplines samen te werken is afstemming juist veel beter mogelijk en dit komt de kwaliteit van het werk ten goede. Een manager moet hier oog voor hebben (Wanrooy 2001).

De eerstelijnsmanagers hebben in een professionele organisatie een belangrijke schakelfunctie. Zij moeten waardering en vertrouwen van de mensen onder en boven hun krijgen. Via deze *schakel* kunnen de professionals met het hogere management spreken en kunnen zij, op hun beurt, de professionals in zekere zin sturen (Weggeman 2007).

Vertaald naar ziekenhuizen betekent dit dat een voorwaarde voor goede zorg gezocht kan worden in de samenwerking tussen de verschillende disciplines. De manager heeft hierin vooral een faciliterende rol en zorgt tegelijkertijd voor de contacten met de top van het ziekenhuis en met de externe omgeving van het ziekenhuis. Op deze manier kunnen de professionals zich bezig houden met hun werk.

2.2.4. Sturingssystemen

Wanneer efficiëntie gepland en beheerst wordt, zal de efficiëntie in het systeem juist afnemen (Weggeman 2007). Dit is een reden dat binnen professionele organisaties de aansturing niet op het proces gericht moet zijn, maar op de output. Dat professionals het beste op output gestuurd kunnen worden stellen ook Van Amelsvoort et al (2004) en Horn (2002), zie ook paragraaf 2.2. De output moet echter wel op een dusdanige wijze geformuleerd worden dat het ook te meten is (Weggeman 2007). Het gaat hierbij niet om (maatschappelijke) effecten bij de klant of patiënt (outcome of resultaten), maar om directe uitkomsten van uitgevoerde werkprocessen (Weggeman 2007). Weggeman (2007) noemt als voorbeeld de sturing van een arts: als basis voor de beoordeling van een arts geldt bijvoorbeeld niet het aantal genezingen, maar het feit of hij zijn werk goed doet of niet. Als output kan dan bijvoorbeeld het aantal complicaties die bij zijn behandelingen optreden genomen worden. De inspanningsverplichtingen waarmee deze output behaald kan worden staan hierbij centraal (Weggeman 2007).

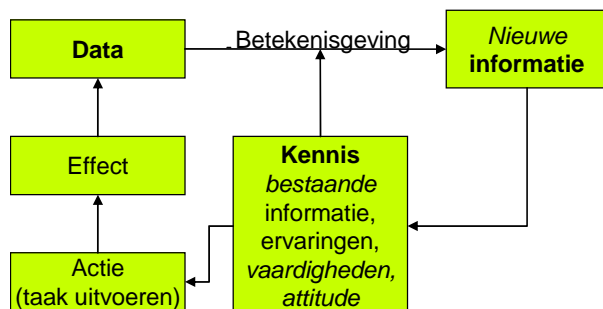
Er zijn twee manieren om doelen te formuleren, aldus Weggeman (2007). Als eerste noemt hij de persoonlijke doelen van professionals, dit wordt de Personal Commitment Statement (hierna PCS) genoemd. Het is goed om de collectieve ambitie van de organisatie als basis voor dit PCS te laten zijn: 'Wat ben jij het komende jaar van plan te gaan doen om de collectieve ambitie van onze organisatie dichterbij te brengen?' (Weggeman, 2007). Als tweede noemt Weggeman (2007) de Team Commitment Statements (hierna TCS). Hierin worden de PCS'en van de verschillende teamleden gebundeld of als team worden er doelen gesteld welke vervolgens in een TCS worden opgenomen.

Deze PCS en TCS vormen de basis voor de onderhandelingen tussen de professional en de manager om de output, productie, te bepalen. Het is hierbij een aanbeveling dat de manager een professional is en zo kennis heeft van het vak. Wanneer een manager dit niet is, bestaat de kans dat veel meer op processen gestuurd wordt. Dit komt omdat niet-professionals de bestaande grote verschillen in kennis en motivatie van professionals snel verwaarlozen. Hierdoor zullen zij sneller willen gaan plannen en controleren. Echter, op deze manier zal de bureaucratie weer terug komen. Een uitspraak welke een manager volgens Galjaard (in Weggeman 2007) goed moet onthouden is dat '*niets zo ongelijk is als de gelijke behandeling van een ongelijke*'.

Voor ziekenhuizen geldt dat het belangrijk is om hun professionals te sturen op hun output en dat deze ook meetbaar gemaakt wordt. Dit kan zowel per professional als per team gebeuren. Het is daarbij van belang dat de manager van de professional een (oud)professional is of in ieder geval veel van de werkvloer afweet. Op deze manier wordt voorkomen dat de bureaucratie terugkomt.

2.2.5. Professional

De kennis die een professional heeft wordt door Weggeman (2007) gezien als functie van de informatie, ervaring, vaardigheden en attitude waarover men op een bepaald moment over beschikt. Om van data nieuwe informatie te maken wordt kennis ingezet. De nieuwe kennis ontstaat weer doordat de nieuwe informatie met de bestaande informatie, ervaringen, vaardigheden en attitude reageert (figuur 2).



Figuur 2: Dynamische kennis (Weggeman 2007)

De halfwaardetijd van de kennis van een professional is kort (Den Hertog in Weggeman 2007). De voornaamste oorzaak hiervan is dat de factor informatie die door de hoge ontwikkelingsnelheden snel veranderd. Een gevaar hiervan is “dat veel professionals al ver voor hun zestigste aan het eind van hun professionele Latijn komen” (Weggeman 2007). Het is daarom belangrijk een professional te blijven prikkelen om te leren en zo state-of-the-art te blijven en zijn vak goed uit te kunnen blijven voeren (Weggeman 2007). Een manier om dit te bewerkstelligen is volgens Weggeman (2007) dat professionals van elkaar leren. Dit leren kan door middel van de inverse meester-gezelrelatie waarbij de meester jonger is dan de gezels, leerling, en door de klassieke meester-gezelrelatie, hierbij is de meester ouder dan de gezels.

Een kenmerk van een betrokken en deskundig professional is iemand “die verantwoordelijkheid voelt en neemt voor zijn eigen taken (PCS) en voor de collectieve ambitie van de organisatie, die dus goed kan samenwerken” (Weggeman 2007).

Organisaties als ziekenhuizen zijn onderhevig aan steeds weer nieuwe verandertrajecten. Dit vergt steeds weer inspanningen van de professionals om zich weer in *iets nieuws*, bijvoorbeeld nieuwe informatiesystemen of denkwijzen, te verdiepen. Dit steeds weer eigen maken van nieuwe kennis vergroot volgens Weggeman (2007) de kans dat de professional betrekkelijk snel aan het einde van zijn professionele Latijn is. Om verandertrajecten te laten slagen is het daarom van belang dat professionals elkaar onderling helpen om de nieuwe kennis eigen te maken en zo gestimuleerd blijven om te leren.

2.2.6. Manager van de professional

Een laatste punt van sturing is volgens Weggeman (2007) de manage van de professional. Zoals eerder vermeld is het goed wanneer een manager een professional is geweest of in ieder geval kennis heeft van het vak. Daarnaast formuleert Weggeman (2007) zes belangrijke taken van een manager. Als eerste wordt ‘*het participatief ontwikkelen van een collectieve ambitie*’ genoemd. De managers moeten de gevoelde en waargenomen shared

values en de collectieve ambitie uitdragen. Vervolgens wordt *'het inspireren van mensen'* genoemd. Professionals zijn van zichzelf al gemotiveerde mensen dus hier hoeft het management niets aan te doen. Ze moet juist oppassen dat ze niet gaan 'pushen', waardoor de professional alleen maar de hakken in het zand gaat zetten. Van de managers wordt verwacht dat ze de autonomie van de professionals beschermen (Mintzberg 2006). Het is belangrijk dat de manager de professional vertrouwen geeft (Weggeman 2007). Op deze manier zal een professional de coördinatie zelf gaan regelen. *'Er zijn, goed waarnemen en echt communiceren'* wordt als derde taak genoemd. Als vierde taak wordt *'durven differentiëren (sturen op output tenzij...)'* tussen de professionals genoemd. Professionals variëren in 'soort', ontwikkelingsfase en resultaat, ofwel: wordt de PCS wel of niet behaald. Deze variaties vereisen steeds een andere manier van sturing, daarom is het van belang dat een manager dit onderscheid durft te maken. Daarnaast kan als vijfde taak van een manager *'willen functioneren als 'hitteschild' voor de ruis van boven'*, genoemd worden. Op deze manier worden de professionals beschermd tegen de politieke spelletjes van 'boven'. Als laatste taak noemt Weggeman (2007) *'praktiseren van een gezaghebbende maar dienende attitude'*. Hierbij komt de kennis van het vak weer naar voren.

De manager van professionals in een ziekenhuis moet de professionals betrekken bij het ontwikkelen van de collectieve ambitie. Daarbij moet de manager de professional vertrouwen en vrijheid geven en vooral oppassen dat ze de professionals niet gaan 'pushen'. Het is goed wanneer de communicatielijnen tussen de manager en professional kort zijn. Daarbij komt dat de manager als het ware als een schild boven de professionals gehouden wordt, zodat de professionals beschermd worden tegen allerlei organisatorische zaken als bijvoorbeeld financieringen. Als laatste kan gesteld worden dat de manager de medische professionals moet begrijpen en zich in hun moet kunnen verplaatsen, met andere woorden hij moet verstand hebben van het vak.

2.2.7. Sturingsvoorwaarden voor de professional (deelvraag 1)

Uit het voorafgaande kunnen de volgende zes sturingsvoorwaarden voor de professional afgeleid worden. Dit is tevens de beantwoording van de eerste deelvraag:

Wat zijn de sturingsvoorwaarden, vanuit de literatuur, voor de professional?

- 1) *Respecteer de autonomie van de professional;*
- 2) *Investeer in een collectieve ambitie;*
- 3) *Stimuleer het multidisciplinair werken van de professional;*
- 4) *Stuur de professional op output;*
- 5) *Laat de professional, monodisciplinair, van anderen leren;*
- 6) *Stel je als manager dienend op.*

2.3. Theory of Constraints

In deze paragraaf is eerst de ontwikkeling op het gebied van zorglogistiek beschreven. Vervolgens zijn een aantal stromingen binnen de zorglogistiek aan bod gekomen. Deze paragraaf is afgesloten met een beschrijving van één van deze stromingen, namelijk de Theory of Constraints.

2.3.1. Ontwikkeling van zorglogistiek

In de jaren zeventig werd de gang gemaakt van de tot die tijd gebruikelijke spreekuren bij de specialisten thuis naar het ziekenhuis (De Vries & Hiddema 2001). Dit kwam door het feit dat het voor de specialisten steeds noodzakelijker werd om meer te overleggen en af te stemmen. Oorzaak hiervan was de uitbreiding van de medische technologieën, diagnostische faciliteiten en de patiëntenzorg die steeds complexer werd (De Vries & Hiddema 2001).

In de loop van de tijd zijn er verschillende aanleidingen geweest voor het effectief beheersen en sturen van zorgprocessen. De Vries en Hiddema (2001) onderscheiden hierin, door de tijd heen, verschillende accenten. Als eerste noemen zij de externe budgettering die in de jaren tachtig werd ingevoerd en leidde tot een economische noodzaak voor het doelmatig uitvoeren van zorgprocessen. In de jaren negentig was er de maatschappelijke druk die verlangde naar verantwoorde kwaliteit, dit is een volgend accent. Het ging hierbij onder andere om wachttijden, toegangstijden en de afstemming tussen verschillende zorgprocesstappen. Het ging om patiëntenlogistiek en communicatie, dit zijn volgens De Vries en Hiddema (2001) juist die aspecten waar artsen niet in opgeleid worden. Een derde accent dat door De Vries en Hiddema (2001) wordt onderscheiden is de groeiende maatschappelijke druk om de wachtlijsten terug te dringen. Deze groei is in de jaren tachtig ingezet. Een laatste accent kan gezien worden in epidemiologische veranderingen welke hun invloed op de noodzaak voor processturing hebben (De Vries & Hiddema 2001). Door de toenemende chronische ziekten en vergrijzing zijn de zorgconsumptie en complexiteit van de zorgvraag in de jaren toegenomen.

2.3.2. Verschillende zorglogistieke stromingen

Door de heftige competitie tussen bedrijven heeft de beheersing van operationele processen zich de laatste jaren in een hoog tempo ontwikkeld. De prestaties, zoals kwaliteit, efficiency en flexibiliteit, moeten verbeteren (Bertrand & De Vries 2005), zo ook in de gezondheidszorg. Veel logistieke stromingen in de zorg vinden hun oorsprong in het bedrijfsmanagement (Bertrand & De Vries 2005). Voorbeelden van deze stromingen zijn het *focused factory concept*, het *just-in-time concept* en het *supply chain concept*. Het *focused factory concept* richt zich op homogene groepen en zorgt ervoor dat processen voor deze groepen optimaal

ingericht worden. Het leereffect in deze stroming is dat de tijd die voor de uitvoering van de taak nodig is daalt naarmate het aantal keren dat de taak wordt uitgevoerd stijgt (Bertrand & De Vries 2005). Het *focused factory concept* is als basis gebruikt voor het *just-in-time concept*. Bij dit concept wordt gestreefd naar een grote productievaryatie zonder dat de kosten evenredig toenemen (Bertrand & De Vries 2005). Material Requirements Planning en Theory of Constraints zijn technieken om het *supply chain concept* toe te passen (Bertrand & De Vries 2005). Het supply chain concept is goed toepasbaar wanneer de coördinatie van opeenvolgende productiebeslissingen (capaciteitsbeslissingen) een complex probleem is wat niet vermeden kan worden (Bertrand & De Vries 2005).

2.3.3. Theory of Constraints

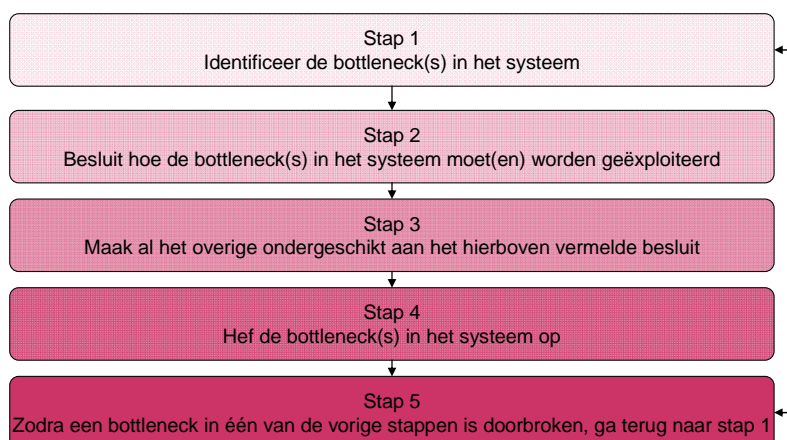
De Theory of Constraints is een holistische managementfilosofie waarbij het maximaliseren van de doorstroom (throughput) centraal staat (Havermaet 2005). Het straalt eenvoud uit en vindt zijn oorsprong in de fabriek. Sinds een aantal jaar heeft ToC ook de stap naar de gezondheidszorg gemaakt. Bij ToC gaat het om een proces van *voortdurende verbetering*. Het is hierbij van belang dat eerst het doel wordt vastgesteld (Goldratt 2008). Om dit doel te bereiken worden drie maatstaven gehanteerd (Goldratt 2008). Als eerste en belangrijkste maatstaf geldt de 'throughput'. Het gaat hierbij niet om de productie, maar om de snelheid waarmee het systeem^v geld verkrijgt uit verkopen. Om dit te bewerkstelligen zullen veelal de prioriteiten moeten worden herzien en zal de bedrijfscultuur veranderen. 'Voorraden' is de tweede maatstaf, hierbij gaat het om al het geld dat het systeem geïnvesteerd heeft in de aankoop van zaken die men wil verkopen. De laatste maatstaf is de 'operationele uitgaven'. Hiermee wordt al het geld bedoeld dat het systeem uitgeeft om voorraden in throughput te veranderen.

Binnen het systeem wordt voortdurend gezocht naar de vertragende factor, de bottleneck, in het proces (Goldratt 2008). In de literatuur worden de termen *constraint* en *bottleneck* veel door elkaar gebruikt (Havermaet 2005). Strikt genomen bestaat er echter wel een verschil; een constraint is een algemene term en een bottleneck is een specifieke constraint (Havermaet 2005).

Om de bottleneck op te sporen onderscheidt Goldratt (2008) vijf stappen (figuur 3). Dit opsporen is de eerste stap welke bij ToC gezet wordt: identificeer de bottleneck(s) in het systeem. Wanneer de bottleneck geïdentificeerd is moet deze optimaal geëxploiteerd, benut, worden. Vervolgens wordt de snelheid van het proces door de bottleneck bepaald, net zoals de grote van de opening in een fles bepaald hoe snel de inhoud eruit kan stromen. Om te voorkomen dat door de snelheid van de bottleneck op andere plaatsen in het proces wachtrijen ontstaan, moeten de werkzaamheden op deze plaatsen afgestemd worden op de

^v Een bedrijf wordt door Goldratt als systeem gezien (Corbett in Havermaet, 2005)

bottleneck. Dit resulteert in de derde stap; maak alle andere onderdelen van het proces ondergeschikt aan de bottleneck. In de vierde stap wordt de bottleneck, als gevolg van capaciteitsuitbreiding, indien mogelijk, opgeheven. Wanneer de capaciteit van de bottleneck niet uitgebreid wordt zal dit altijd de vertragende factor van het geheel blijven. Wanneer de bottleneck is opgeheven gaat men weer naar de eerste stap. Hierbij moet er wel opgelet worden dat het opheffen van een bottleneck geen vertragende gevolgen heeft voor een ander deel van het systeem.



Figuur 3: Stappenplan voor het proces van continue verbetering (Goldratt 2008)

Critical Chain Project Management is het middel om ToC toepasbaar te maken. Goldratt definieert de Critical Chain als “de langste keten van taken welke zowel de taak afhankelijkheden als de middelen afhankelijkheden omvat” (Retief 2002). Dit betekent dat ‘middelen’ ook voor vertragingen kunnen zorgen. Hierin ligt een belangrijk verschil met Critical Path. Deze is alleen op de taak afhankelijkheden is gebaseerd (Retief 2002). Goldratt brengt de menselijke kant en de algoritmische methodologie van projectmanagement samen (Retief 2002). Met deze aanpak kunnen verschillende essentiële veranderingen behaald worden. Als belangrijkste instrument voor het projectmanagement en de controle is het gebruik van het beheer van buffers (Retief 2002). Een buffer wordt opgedeeld in drie zones; de eerste is groen, de tweede geel en de derde rood. Wanneer het product in de groene zone zit is er geen reden voor actie. De gele zone zegt dat men alert moet zijn, wanneer nu iets misloopt dan moet er actie ondernomen worden. De laatste zone, rood, geeft aan dat het tijd voor actie is. De acties moeten erop gericht zijn om onvoltooide taken eerder in de keten aan te pakken en ervoor te zorgen dat in de toekomst minder producten in de rode zone komen (Retief 2002). Door middel van deze buffers wordt een voorwaarde geschept om de doorstroom zo goed mogelijk te laten verlopen.

Bij toepassing van ToC in de gezondheidszorg wordt bij aankomst op de afdeling voor elke patiënt meteen een doel, de voorlopige ontslagdatum (VOD), bepaald en in een informatiesysteem vastgelegd. Vervolgens wordt naar dit doel toegewerkt. Een vraag die de professional zichzelf hierbij steeds moet stellen is: ‘Wat moet ik vandaag doen om de VOD te halen?’, dit zijn de ontslagbepalende taken. Middels de hierboven genoemde kleuren wordt steeds vastgesteld of de patiënt nog ‘op schema’ ligt en welke acties eventueel ondernomen moeten worden. Voor de gezondheidszorg is de kleur geel echter veranderd in oranje en is

de kleur blauw toegevoegd. Blauw betekent dat de patiënt 'over tijd' is. Aan de hand van de ingevoerde gegevens kan bepaald worden wat de oorzaken in het proces zijn dat patiënten vertragen, bijvoorbeeld het wachten op laboratoriumuitslagen. Wanneer deze oorzaak, bottleneck, geïdentificeerd is kan de tweede stap in het stappenplan gezet worden, namelijk het optimaal benutten van deze bottleneck. Vervolgens moet alles hieraan ondergeschikt gemaakt worden en na uitbreiding van deze bottleneck wordt deze opgeheven. Daarna gaat men weer op zoek naar een volgende bottleneck. Op deze manier ontstaat het proces van voortdurende verbetering.

2.3.4. Principes van de Theory of Constraints (deelvraag 2)

Uit het voorafgaande zijn vier principes van ToC afgeleid. Dit is tevens de beantwoording op de tweede deelvraag:

Welke principes kent ToC?

- 1) *Het bepalen van een doel, bijvoorbeeld de VOD;*
- 2) *Het proces van continue verbetering;*
- 3) *Elke patiënt is een 'project' op zich;*
- 4) *De systeembenadering.*

2.4. Theoretische sturingskracht van de Theory of Constraints voor de professional (deelvraag 3)

In deze paragraaf is antwoord gegeven op de derde deelvraag:

In hoeverre komen de principes van ToC overeen met de sturingsvoorwaarden voor de professional die in de literatuur genoemd worden?

Dit antwoord bestaat uit de confrontatie van de sturingsvoorwaarden voor de professional vanuit de literatuur (paragraaf 2.2.7.) en de principes van ToC (paragraaf 2.3.4.). Deze *theoretische* sturingskracht is tevens als conceptueel model voor dit onderzoek gebruikt en is weergegeven in tabel 1 (zie volgende pagina).

Om tot de conclusie van de theoretische sturingskracht van ToC te komen, zijn de verschillende sturingsvoorwaarden voor professionals als 'bril' gebruikt om naar de principes van ToC te kijken. Per sturingsvoorwaarde is gekeken hoe de verschillende principes van ToC hierin naar voren konden komen. Op deze manier is in tabel 1 dan ook het ideaal beeld van de sturingskracht van ToC voor professionals zien. Volgens Weggeman (2007) is de sturingsvoorwaarde *investeer in een collectieve ambitie* van groot belang in de sturing van professionals. Om deze reden is de rij van deze voorwaarde 'opgelicht'.

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Principes van ToC Sturingsvoorwaarden voor de professional | Het bepalen van een doel (bijvoorbeeld VOD) | Het proces van continue verbetering | Elke patiënt is een 'project' op zich | De systeembenadering |
| Respecteer de autonomie van de professional. | Eigen invulling van de professional. | Eigen invloed op de continue verbetering. | Eigen verantwoordelijkheid voor elk zorgproces. | Elke schakel eigen invloed op het resultaat van het geheel. |
| Investeer in een collectieve ambitie. | Elk doel is er één in het kader van de collectieve ambitie. | Elke verbetering is een stap in de richting van het behalen van de collectieve ambitie. | Elk 'project' draagt bij aan de realisatie van de collectieve ambitie. | Het hele systeem wordt ingericht om de collectieve ambitie te kunnen behalen. |
| Stimuleer het multidisciplinair werken van de professional. | Gezamenlijk wordt een doel bepaald. | Samenwerking bevordert de verbetering van het proces. | Voor het behalen van elk 'project' hebben de verschillende disciplines elkaar nodig. | De sterkte van de ketting wordt bepaald door de zwakste schakel. |
| Stuur de professional op output. | Het doel vormt de 'target' voor de professional zelf en de manager. | Elk gesteld doel werkt als evaluatiepunt voor verbetering van het proces. | Elke patiënt geeft de professional een nieuwe 'target' in handen. | Het behalen van het doel is de verantwoordelijkheid van hele systeem. |
| Laat de professional, monodisciplinair, van anderen leren. | Laat elkaar mogelijkheden zien in het bepalen van ambitieuze doelen. | Leer van elkaar en spreek elkaar aan om het proces te kunnen verbeteren. | Overleg met elkaar wat goed is voor de specifieke patiënt. | Samen sta je sterk. |
| Stel je als manager dienend op. | Stimuleer de professional in het zo ambitieus als mogelijk bepalen van een doel. | Schep voorwaarden om steeds te kunnen verbeteren. | Schep voorwaarden om elke patiënt goed te kunnen helpen. | Zorg dat de schakels van de ketting aan elkaar zitten. |

Tabel 1: Confrontatie tussen de sturingsvoorwaarden voor de professional vanuit de literatuur en de principes van ToC

Hoofdstuk 3: Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk is de methodologische verantwoording voor dit onderzoek geschreven. Allereerst is aangegeven voor welk onderzoeksdesign is gekozen. Vervolgens zijn de verschillende methoden beschreven die gebruikt zijn om de deelvragen en de probleemstelling te kunnen beantwoorden. Welke methode van analyse er bij dit onderzoek is toegepast is daarna beschreven, gevolgd door de beschrijving van de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

3.1. *Kwalitatief onderzoek*

Zoals al eerder is vermeld wordt ToC nog maar op kleine schaal in de Nederlandse ziekenhuizen toegepast. Wanneer gekeken wordt naar de sturing van professionals door middel van ToC blijkt dat hier nog geen onderzoek naar is gedaan. Dit betekent dat er nog geen relevante variabelen en hun onderlinge relaties bekend zijn (Maso en Smaling 1998). Dit is een kenmerk van een kwalitatief onderzoek. Door deze onbekendheid krijgt dit onderzoek een explorerend karakter. Daarnaast zijn de probleemstelling en de deelvragen open gesteld. Deze kenmerken maken dat een kwalitatief design goed bij dit onderzoek aansluit.

Om een kwalitatief onderzoek op te zetten geeft Creswell (2003) verschillende mogelijkheden, waaronder een casestudy. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de sturingsmogelijkheden van professionals door middel van ToC. Met dit onderzoek wordt de diepte van een proces ingegaan. Creswell (2003) noemt dit een kenmerk van een casestudy.

3.2. *Dataverzameling*

De dataverzameling heeft in de maanden april en mei anno 2009 plaatsgevonden. Er is gebruikt gemaakt van de methode van literatuurstudie, van documentenstudie en de methode van interviews. Deze methoden zijn hieronder afzonderlijk besproken.

3.2.1. *Literatuurstudie*

Literatuur kan in een kwalitatief onderzoek op verschillende manieren gebruikt worden; als inleiding, als conclusie of als 'lens' (Creswell 2003). In dit onderzoek zijn de laatste twee manieren gebruikt. De eerste drie deelvragen waren erop gericht om een theoretisch kader te scheppen waarbinnen dit onderzoek plaats kon vinden. In dit kader is dan ook antwoord gegeven op deze drie deelvragen; op deze manier is de literatuur als conclusie gebruikt. De andere toegepaste manier is die van de 'lens'. Dit bepaalt vanuit welk perspectief naar een onderwerp wordt gekeken. In dit onderzoek is vanuit het verander- en bestuurskundige

perspectief naar sturingsmogelijkheden van ToC gekeken. Deze 'lens' komt in het theoretisch kader naar voren. Daarnaast dient dit kader ook om te motiveren waarom dit een interessant onderwerp is en waarom het waarde heeft om het te onderzoeken.

Om literatuur voor het theoretisch kader te zoeken is www.scholar.google.com als hulpmiddel gebruikt om een selectie van artikelen te kunnen maken. Deze zijn vervolgens op hun wetenschappelijkheid gecontroleerd door te kijken door wie ze geschreven zijn en wat de bron van het artikel is. Daarnaast is gebruik gemaakt van de scriptiedatabank van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. De zoektermen die zijn gebruikt zijn: 'professionele organisatie', 'verandering professionele organisatie', 'sturen professional', 'logistiek' en 'ToC'. Daarnaast is er gebruik gemaakt van het snowball-effect in literatuurlijsten. De literatuur voor de onderbouwing van het soort onderzoek is afkomstig uit de reader 'ZoMa afstudeerscriptie'. Deze reader is aangeboden in het masterjaar 2008/2009 van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg te Rotterdam.

Voor dit onderzoek is de literatuur eerst geordend naar thema, vervolgens is het gescand op relevantie. Wanneer het als relevant is gezien, is het gelezen en vervolgens bestudeerd en verwerkt.

3.2.2. Interview

Een bron van informatie vormen de interviews (Creswell 2003). Voor dit onderzoek is gekozen voor de individuele face-to-face interviews. Het voordeel van deze methode is dat de respondenten ongeremd kunnen reageren, maar wel in hun eigen gedachtegang blijven (Baarda & De Goede 2005). Baarda en De Goede (2005) stellen dat dit van belang is wanneer, zoals bij dit onderzoek, een onderwerp uitgediept wordt en er ook naar persoonlijke meningen wordt gevraagd. Tijdens dit onderzoek is gebruikgemaakt van een open vraagstelling om op deze wijze de respondenten de ruimte te geven om hun meningen en opvattingen ook daadwerkelijk naar voren te brengen. Baarda en De Goede (2005) geven een onderscheid in een mondeling en een schriftelijk interview. In dit onderzoek geniet een mondeling interview de voorkeur boven een schriftelijk interview omdat op deze wijze spontaan op de respondent gereageerd kan worden zodat het onderwerp makkelijker uitgediept kan worden. Om te waarborgen dat bepaalde informatie bekend zou worden, is gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews.

Voor dit onderzoek zijn vijf professionals (één arts-assistent en vier verpleegkundigen waarvan één ook ToC mentor is en de ToC adviseuropleiding doet), één afdelingshoofd, één manager en de voormalig directeur Zorg geïnterviewd. Er is voor deze respondenten gekozen omdat zij allemaal te maken hebben met het sturen van professionals door middel van ToC, zij het ieder op zijn eigen manier. De één functioneert als 'onderwerp' en de ander als 'lijdend voorwerp'. Op deze manier is de mogelijkheid ontstaan om van verschillende

invalshoeken informatie te genereren en zo een zo volledig mogelijk beeld te vormen. Al de respondenten waren werkzaam op een andere afdeling. Voor het onderzoek was dit van belang, omdat niet op alle afdelingen evenveel met 'sturing door middel van ToC' wordt gedaan. Op deze manier is het toch mogelijk geworden om een zo betrouwbaar en algemeen mogelijk beeld te schetsen. De interviews zijn, na toestemming van de respondenten, met een recorder opgenomen om deze gesprekken vervolgens zo volledig mogelijk te analyseren.

3.2.3. Documentenstudie

Creswell (2003) stelt dat de methode van het verzamelen van documenten een methode is om de taal van de participanten te kunnen begrijpen. Ook is het een 'niet-opdringerige' informatiebron, hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker geen tijd hoeft te claimen bij de respondenten (Creswell 2003). In dit onderzoek is deze methode gebruikt om zicht te krijgen op welke wijze de professionals door middel van ToC gestuurd worden, welke 'route' de vastgelegde gegevens lopen en om zicht te krijgen op welke wijze van de gegevens gebruikgemaakt wordt.

Voor deze methode zijn het jaardocument 2007, het projectplan 'Implementatie van ToC', de notulen van buffermeetings, het document 'Ontwikkeling ligduur per afdeling' en het escalatiemodel gebruikt. Uit het jaardocument is de structuur van het GHZ duidelijk geworden en uit het implementatieplan is gebleken wat in deze structuur is veranderd ten behoeve van ToC. De notulen van de buffermeetings hebben laten zien wat met de informatie uit informatiesysteem wordt gedaan. Het document 'Ontwikkeling ligduur per afdeling' heeft de behaalde resultaten in ligduur per afdelingen laten zien. Het escalatiemodel tot slot heeft duidelijk gemaakt welke 'weg' de informatie aflegt.

3.3. Data-analyse

Voor de analyse is gebruikgemaakt van het stappenplan van Creswell (2003). De literatuur, de uitgetikte interviews en de documenten dienden als input voor de data-analyse. Deze data is eerst in zijn totaliteit doorgelezen om zo een algemene indruk van de strekking ervan te krijgen. Vervolgens is de data gecodeerd. Naar aanleiding hiervan zijn de data gesorteerd om zo een antwoord te kunnen geven op de afzonderlijke deelvragen. Aan de hand van deze antwoorden kon een antwoord gegeven worden op de probleemstelling.

3.4. Validiteit en betrouwbaarheid

In deze paragraaf zijn achtereenvolgens de validiteit en de betrouwbaarheid van de data en het onderzoek besproken.

3.4.1. Validiteit

De validiteit zegt iets over de juistheid van de onderzoeksresultaten (Baarda & De Goede 2005). Ofwel, hoeveel zeggen de onderzoeksresultaten over de feitelijke praktijk? Om de validiteit van dit onderzoek te vergroten is gekozen voor een triangulatie. Dit komt op twee manieren naar voren, triangulatie van databronnen en van data. Dit komt tot uiting in het feit dat er gebruik is gemaakt van interviews en documenten. Daarnaast zijn mensen geïnterviewd die allemaal op een andere manier betrokken zijn bij het sturen van professionals. De professionals die zijn geïnterviewd zijn op verschillende afdelingen werkzaam. Door deze drie punten is getracht een compleet beeld te krijgen van de feitelijke praktijk. Daarnaast is tijdens het onderzoek de alledaagse praktijk zoveel mogelijk in tact gehouden. Zo is de toepasbaarheid van de gevonden onderzoeksbevindingen op andere situaties, die min of meer op de onderzochte lijken, vergroot.

3.4.2. Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek geeft een indicatie van de mate van onafhankelijkheid van toeval van de onderzoeksgegevens (Baarda & De Goede 2005). Bij kwalitatief onderzoek is het niet zozeer belangrijk dat een replica van het onderzoek precies dezelfde resultaten oplevert (Baarda & De Goede 2005). Een kwalitatief onderzoek komt namelijk niet onder toeval uit, dit komt al naar voren in de keuzes van de situatie, locatie, respondenten, maar vooral ook van de onderzoeker. Het is echter wel belangrijk dat de onderzoeksresultaten en conclusies controleerbaar en inzichtelijk zijn (Baarda & De Goede 2005). Wanneer tijdens het onderzoek keuzes gemaakt moesten worden, is dit zo goed mogelijk beargumenteerd. Deze beargumentatie draagt bij aan het vergroten van de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. De derde en vierde deelvraag staan in deze beschrijving centraal en vormen de twee paragrafen van dit hoofdstuk. De subparagrafen zijn gevormd aan de hand van de subvragen die gebruikt zijn om een antwoord op de deelvragen te kunnen geven. Dit hoofdstuk is vooral beschrijvend van aard. De cursief gedrukte woorden zijn citaten.

In de beantwoording van de deelvragen zit soms wat overlap. Om niet alles twee keer te beschrijven is met verwijzingen naar paragrafen gewerkt. Voor de leesbaarheid van dit hoofdstuk is echter de noodzaak gevoeld om bepaalde dingen wel twee keer te vermelden. Wanneer naar respondenten is verwezen is gebruikgemaakt van afkortingen; deze zijn te vinden in bijlage 1.

4.1. Gebruik van de vastgelegde gegevens ten behoeve van de Theory of Constraints door de verschillende hiërarchische niveaus in de organisatie voor de sturing van professionals

Om een antwoord op deze vraag te kunnen geven is eerst geanalyseerd welke hiërarchische niveaus een rol spelen in de sturing van professionals door middel van de vastgelegde gegevens ten behoeve van ToC. Vervolgens is gekeken wat op deze niveaus met de gegevens wordt gedaan.

4.1.1. Hiërarchische niveaus met betrekking tot de sturing van professionals door middel van de Theory of Constraints

In het GHZ zijn de volgende hiërarchische niveaus met betrekking tot de aansturing van professionals te onderscheiden: op de werkvloer zijn de professionals, waaronder de verpleegkundigen en arts-assistent werkzaam. Zij hebben als primaire taak te zorgen voor de patiënten. Boven hen staan de zorgcoördinatoren; zij zorgen voor het reilen en zeilen van de werkvloer (zoco). De zorgcoördinatoren worden op hun beurt aangestuurd door de afdelingsmanagers (zoco; afdman). De directeur patiëntenzorg staat hierboven en deze hiërarchische rij wordt gesloten door de Raad van Bestuur, hierna RvB (jaardocument).

Het projectplan Implementatie ToC beschrijft welke stappen er gezet moeten worden in de tweede fase van de implementatie van ToC die ook te maken hebben met de sturing van professionals. Er zijn ToC mentoren getraind zodat zij hun rol als ondersteuner van de medewerkers op de werkvloer kunnen spelen. Zij staan op hetzelfde hiërarchische niveau als de andere professionals (vpk 4). Daarnaast zijn buffermanagement bijeenkomsten, buffermeetings, gestart. Het doel van deze meetings, zo blijkt uit het projectplan, is dat de medewerkers in staat worden gesteld om van de drie meest vertraagde patiënten de

oorzaken van de vertraging in de doorstroom te achterhalen. Daarnaast moeten ze de belangrijkste redenen van vertraging voor alle patiënten vaststellen en aan de hand hiervan acties definiëren om deze vertragingen te bestrijden. Een andere meeting die wordt geïntroduceerd is op organisatieniveau, de cross buffer meeting. Deze meeting wordt wekelijks gehouden tijdens de managementteamvergaderingen, MT vergaderingen (ToC Escalatie Procedure, hierna escalatiemodel). In deze meetings worden resultaten, die vanuit de buffermeetings zijn geëscaleerd, besproken en aangepakt. Het gaat dan vaak om afstemming tussen verschillende afdelingen (projectplan).

4.1.2. Perceptie ten opzichte van de Theory of Constraints

De RvB ziet ToC als een onderdeel om een cultuurverandering tot stand te brengen. Alles hangt voor haar aan deze verandering. Ze wil de groep verpleegkundigen hun empowerment weer teruggeven en ziet ToC hier als een goed instrument voor. De afdelingsmanager vindt ToC *Geweldig!! De logica klinkt goed en het is behoorlijk praktisch/pragmatisch. Mooi principe, want het is het een hele eenvoudige en heldere manier om problemen op te lossen (zoco).* De arts-assistent vindt het een *goed idee om te kijken van: 'Waarom liggen mensen hier langer?' en 'Hoe krijg je mensen sneller, op een verantwoorde manier, weg?'*. Verpleegkundige 3 geeft aan dat ze het principe begrijpt en ze vindt het eigenlijk niet meer dan logisch dat *je je bedrijf soepel wilt laten lopen en dat je wilt zien waar de bottlenecks zitten.* Verpleegkundige 1 vraagt zich echter af of ToC wel in de zorg werkt.

4.1.3. Vastleggen van gegevens ten behoeve van de Theory of Constraints

De artsen hoeven en kunnen niets vastleggen in het informatiesysteem (aa). Het vastleggen van de gegevens gebeurt alleen door de verpleegkundigen.

Wanneer iemand op de afdeling komt worden de algemene gegevens ingevoerd (vpk 2; 3). Vervolgens wordt de verwachte ligduur (vpk 2) / VOD (vpk 3) en de *ontslagbepalende taken* (vpk 3) in het informatiesysteem ten behoeve van ToC (hierna informatiesysteem) vastgelegd. *Dan ga je kijken of dat ook haalbaar is* (vpk 1) en *ga je per dag kijken of dingen uitgevoerd zijn en dat voer je dan ook weer in* (vpk 2). Verpleegkundige 1 geeft aan dat je elke dag gaat kijken of je de VOD gaat halen of dat er andere dingen bij komen. Als voorbeeld geeft ze aan dat *wanneer iemand met zorg naar huis moet, moeten we dat ook invoeren en dan moet de transferverpleegkundige erbij komen en dat kost meestal ook weer een dag.* Totdat de dag van het ontslag komt, wordt alles steeds aangepast. Wanneer de VOD bereikt is wordt gekeken of de patiënt daadwerkelijk naar huis is of dat deze er nog is (vpk 2).

Een algemene opmerking van alle respondenten is dat de computers, met name aan het begin van de implementatie, erg traag werkten. Er werd toen ook niet veel met de

klachten van de verpleegkundigen wat betreft de computers gedaan (vpk 3). Het werd bijna een bottleneck op zich om gegevens vast te gaan leggen (afdman). Dit wordt door alle respondenten onderstreept. Verpleegkundige 3 ziet dit ook als medeoorzaak waardoor de motivatie voor ToC is afgenomen.

We registreren ons suf, zo zegt de Raad van Bestuur, dat is het jammere, want je moet het voordeel zien van het registreren en niet het registreren zelf eigenlijk. Iedereen blijft hangen in: 'Hm, weer wat registreren/vastleggen. En de computers zijn relatief traag en ze zijn niet vingervlug genoeg op de computers en alles wat erbij komt. Dus de digitalisering is een nadeel wat erbij komt, maar je moet het wel doen want je moet iets registreren om iets te weten te komen.

4.1.4. Gebruik van de vastgelegde gegevens door de verschillende hiërarchische niveaus in de sturing van professionals door middel van de Theory of Constraints

In het escalatiemodel is een continue interactie te zien tussen verschillende niveaus van aansturing. Om te achterhalen hoe dit in de praktijk gaat, is eerst de 'route' van de vastgelegde gegevens weergegeven en vervolgens is beschreven op welke manier hiërarchisch wordt gestuurd door middel van ToC.

De 'Route' van de gegevens

Verpleegkundige 2 geeft, zoals in 4.1.3. al naar voren kwam, aan dat ze aan de hand van de gegevens in het informatiesysteem per dag kijken of bepaalde taken zijn uitgevoerd en dat dit steeds weer aanpast wordt totdat de dag komt dat de patiënt met ontslag zou moeten. Wanneer iets nog niet geregeld is, wordt daar door de verpleegkundigen actie op ondernomen. Dit kan een gesprek met een arts zijn (vpk 1) of een multidisciplinair overleg, hierna MDO (aa; vpk 1). Wanneer ze geen oplossing voor het probleem kunnen vinden, wordt het probleem naar de zorgcoördinator geëscaleerd (afdman; vpk 1; escalatiemodel). Vaak gaat het dan om zaken die niet op het vlak van de verpleegkundigen liggen (vpk 1). De zorgcoördinatoren proberen vervolgens een oplossing voor dit probleem te vinden, bijvoorbeeld door bij problemen met de operatiekamer hier contact mee op te nemen (vpk 1). Komen de zorgcoördinatoren ook niet tot een oplossing dan wordt het probleem in de buffermeeting besproken. Op deze manier wordt het naar de afdelingsmanager geëscaleerd (afdman). *Dit gaat dan vooral om zaken die ze zelf niet kunnen of durven overleggen met een arts (afdman).* Wanneer de manager er ook niet uitkomt wordt het probleem vervolgens door middel van MT vergaderingen, cross buffermeeting (escalatiemodel), naar de RvB geëscaleerd. *Vaak zijn dit ziekenhuisbrede zaken die (...) onoplosbaar (...) gebleken zijn (afdman) op lager niveau.* Als voorbeeld noemt de afdelingsmanager het wachten op

verpleeghuizen. Na de escalatie in de cross buffermeeting neemt de RvB actie op het probleem.

Sturing vanaf verschillende hiërarchische niveaus

Af en toe komen door middel van escalatie zaken bij de RvB terecht. Als voorbeeld noemt ze een arts die een probleem veroorzaakt. Ze geeft dan aan dat ze probeert de mensen van de afdeling zelf met de arts te laten praten of dat ze de arts bij haar langs laat komen. Ze geeft ook aan dat ze in MT vergaderingen vragen zou kunnen stellen naar aanleiding van het informatiesysteem, bijvoorbeeld *'Hé, ik zie dat er een vrouw op jouw afdeling 62 dagen over tijd ligt. Hoe komt dit?'* Het gedrag van de RvB is heel bepalend voor waar de focus in de organisatie ligt (RvB). Ze geeft echter ook aan dat ze in de optelsom van de dingen die ze moet doen keuzes moet maken. Dit resulteert in de keuze om niet in het informatiesysteem te duiken. *Het zou wel helpen voor ToC als ik het wel zou doen (RvB). Als er druk van boven is gaan de hazen harder lopen (afdman)*. Hiermee geeft hij aan de ene kant aan dat hijzelf niet het initiatief neemt om consequent het informatiesysteem te checken en op deze manier de zorgcoördinatoren te sturen. Aan de andere kant bedoelt hij hier ook mee dat hij niet steeds *vervelende vragen* over ToC van de RvB krijgt.

In het begin speelden de managers hun rol niet goed in de sturing door middel van ToC, sommige deden er weinig of zelfs niets mee. Dit is nu wel beter geworden (afdman). Afhankelijk van de bottleneck die geëscaleerd wordt, gebruikt de afdelingsmanager informatie uit de buffermeeting of uit het informatiesysteem. Primair stuurt de hij op ligduurcijfers, daarnaast kijkt hij ook naar de knelpunten en resultaten en bespreekt deze dan in de buffermeetings (afdman). Daarnaast stuurt hij soms op *bepaalde patiënten die in het blauw staan* en dus vertraagd zijn, door aan de zorgcoördinator te vragen *'Waarom ligt deze patiënt er nog?'*

Uit de 'database' voor buffermeeting notulen is een groot verschil tussen de afdelingen te zien. Van sommige afdelingen zijn veel notulen te vinden, maar van andere maar één of twee. Vanuit de interviews blijkt ook dat de buffermeetings niet op alle afdelingen consequent gehouden worden. Op de afdeling van verpleegkundige 4 zijn alleen de zorgcoördinator en de arts bij deze meeting betrokken. Officieel hoort de ToC mentor hier ook bij aanwezig te zijn, maar deze heeft het nog nooit bijgewoond (vpk 4). In de notulen worden steeds de geboekte voortgang, de belangrijkste redenen van vertraging en een takenlijst vermeldt. In de takenlijst worden tussentijdse doelen geformuleerd, de taak die hierbij hoort om dit doel te behalen en wie de taak gaat uitvoeren. In de daaropvolgende notulen staat dan de voortgang van deze taken vermeld.

Afhankelijk van de afdeling vindt vervolgens een terugkoppeling naar de afdeling plaats. Verpleegkundige 4 ziet nooit iets terug van deze meetings, terwijl wel regelmatig

wordt overlegd tussen de zorgcoördinator en de arts. Een verandering die recent heeft plaatsgevonden werd door de verpleegkundigen niet als uitkomst van zo'n meeting gezien, dit is ook niet op deze manier door de zorgcoördinator gecommuniceerd. Later kwam verpleegkundige 4 echter tot de conclusie dat dit wel zo bleek te zijn. Verpleegkundige 1 en 3 zien alleen in het werkoverleg, één keer per twee maanden, soms iets terug van hun ingevulde gegevens in de vorm van dingen die niet goed gaan en die veranderd moeten worden. Op de afdeling van verpleegkundige 2 wordt wel elke dag of week een lijst opgehangen met patiënten die eigenlijk al weg hadden moeten zijn. Ze vindt het *prima* om op deze manier haar gegevens teruggekoppeld te krijgen, *want dan weet je of je het goed doet*. Alle vier geven ze aan dat de motivatie voor het vastleggen van gegevens, door dit gebrek aan presentatie van resultaten, erg verzwakt. Ook het nut van het vastleggen wordt door hen niet altijd ingezien (afdman; vpk 3; 4). *Je vult heel veel informatie in waarvan ik me weleens afvraag of de resultaten navenant zijn* (afdman).

Uit de paragrafen 4.1.3. en 4.1.4.1. blijkt dat de verpleegkundigen aan de hand van de vastgelegde gegevens in actie komen en zich zo laten sturen. De afdelingsmanager heeft geconstateerd dat, door het feit dat men op afdelingen alleen al op de ToC manier ging denken, mensen al voor het weekend naar huis gingen terwijl deze anders nog waren blijven liggen. *Dus door de manier van denken en werken kun je al resultaten behalen los van het gebruik van [het informatiesysteem]* (afdman). Dit terwijl verpleegkundige 4 aangeeft dat veel van haar collega's het informatiesysteem als ToC zien en de theorie erachter niet meer weten.

4.2. De mate van aanwezigheid van de 'theoretische' sturingsvoorwaarden in van de toepassing van de Theory of Constraints

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is de data aan de hand van de sturingsvoorwaarden, zoals die in het theoretisch kader naar voren zijn gekomen, geanalyseerd. De subparagrafen zijn dan ook door deze voorwaarden gevormd.

4.2.1. Autonomie

Deze paragraaf is onderverdeeld in hoe de leidinggevenden de invloed van ToC op de autonomie van de professionals zien en hoe de professionals dit zelf zien. Dit onderscheid is gemaakt omdat deze invloed verschillend wordt gezien.

Invloed van ToC op de autonomie van professionals (vanuit leidinggevenden)

Wanneer iemand niet autonoom is heb je een knelpunt (zoco). De zorgcoördinator bedoelt hiermee dat iemand dan afhankelijk is en soms de neiging heeft om in een slachtofferrol te gaan. Als gevolg hiervan is deze persoon niet effectief. De zorgcoördinator merkt dat door

middel van ToC mensen over hun eigen effectiviteit na gaan denken. Ook de RvB benoemt deze slachtofferrol, zij noemt het het *Calimero-effect*. Hiermee bedoelt ze dat de verpleegkundigen, die een serieus beroep hebben, zich *enorm klein [maken] in relatie tot de dokter*. Het is haar stelling *dat in dit geval de slaaf de meester maakt en niet de meester de slaaf*. Ze wil het *empowerment teruggeven aan de groep verpleegkundigen*, ze wil ook dat de verpleegkundigen weer zelf na gaan denken. ToC is volgens haar een middel om het initiatief weer op de afdeling te krijgen. De afdelingsmanager zegt dat met name de verpleging een verhoging en bepaalde versterking van de autonomie krijgt door toepassing van ToC. Hij ziet dit doordat ToC de verpleegkundigen stimuleert om, binnen bepaalde kaders, zelf *te kijken om een patiënt eerder naar huis te sturen*, de verpleging krijgt volgens hem ook een *actievare rol in de logistiek*. Ze kijken nu kritischer naar andere afdelingen kijken om dingen sneller voor elkaar te krijgen, als voorbeeld noemt de afdelingsmanager de doorstroom naar de radiologie. *Voorheen was 3 à 4 dagen normaal, dit is het eigenlijk niet, het kan veel korter. Hier kijkt men kritischer naar en als het niet korter kan dan gaat men aan de bel trekken*. De RvB merkt op dat *[de verpleegkundigen] de regie krijgen over hun eigen proces*. Een ander punt wat de afdelingsmanager opmerkt is dat er nu meer gesprekken zijn tussen de verpleegkundigen en de artsen. De verpleegkundigen zijn nu een *gelijkwaardiger gesprekspartner van de specialist, ze gingen kritischere vragen stellen*. Wat hij hierbij opmerkt is dat *het soms automatisch gaat en dan zien ze het niet meer als resultaat*. Door dingen ter discussie te stellen gaat men zelf op zoek naar oplossingen. Op deze manier wordt nu meer oplossingsgericht gewerkt (afdman; zoco).

Invloed van ToC op de autonomie van professionals (vanuit professionals)

De arts-assistent geeft aan dat hij niet het idee heeft dat zij, als artsen, iets in hun autonomie beknot worden. Als voorbeeld geeft hij dat als een arts zegt dat iemand nog een nacht moet blijven, ook al is de VOD bereikt, dat deze persoon dan ook nog een nacht. Dit wekt soms wat irritatie bij de verpleegkundigen (aa). Zij hebben tenslotte alles in het werk gesteld om de VOD te behalen.

Verpleegkundige 1 zegt dat ze nu meer duidelijkheid heeft gekregen in het 'waarom' het niet altijd lukt om iemand op tijd het ziekenhuis uit te krijgen. Dit haalt ze uit de ingevoerde gegevens in het informatiesysteem. Als ze een vertragende reden heeft gesignaleerd *probeer je er wel wat aan te doen*. Als voorbeeld geeft ze dat wanneer een arts zijn afspraak niet na is gekomen, ze dit dan met hem bespreekt tijdens de ochtendvisite. *Zeker in het begin [net na de invoering van ToC] kreeg ik meer vragen van: 'Waarom ligt deze patiënt er nog?', 'Wat kunnen we doen om deze patiënt eerder weg te krijgen?'* (aa). Verpleegkundige 2 zegt dat de communicatie met de artsen nu ook makkelijker gaat dan voorheen.

Een ander voorbeeld wat verpleegkundige 1 noemt is het wachten op de operatiekamer. Daarbij zegt ze: *‘Voorheen overkwam je dat (...) en deed je er niet zoveel mee. Ik merk dat je daar nu wel meer inzicht in krijgt en probeert er wat mee te doen, tenminste niet door ons, maar door de [zorgcoördinatoren] zeg maar.’* Dit laatste duidt op het feit dat, wanneer ze zelf geen oplossing kunnen vinden, ze het probleem bij de zorgcoördinator neerleggen, *omdat het dan op een vlak ligt dat je niet altijd kunt beïnvloeden* (vpk 1). Verpleegkundige 3 werkt op een afdeling waar ToC *niet werkt*. Wanneer het wel zou werken geeft ze aan dat gekeken kan worden naar: *‘Wat is de bottleneck?’* *‘Hoe kunnen we die aanpakken?’* Met ‘hoe’ bedoelt ze aan dat de bottleneck *misschien niet altijd bij ons ligt*, maar dat ze dan wel kunnen kijken wat ze er aan kunnen doen.

De arts-assistent merkt ook *dat het soms bijna een uitdaging voor de verpleegkundigen wordt om alles zo goed mogelijk te regelen*. Verpleegkundige 1 geeft aan dat ze kritischer is geworden van waarom sommige dingen in het proces niet sneller kunnen. Op de werkvloer heerst niet de ervaring dat men de regie in handen heeft gekregen (vpk 1). Wel ervaart verpleegkundige 2 dat ze er een grote verantwoordelijkheid bij heeft gekregen, wat ze overigens niet vervelend vindt.

4.2.2. Collectieve ambitie

Hogerhand beslist vaak wat en wij moeten het doen (vpk 3). Ze vond dat het ToC uit de lucht is komen vallen. Ook de arts-assistent vindt dat het er voor hen, als artsen, ineens was. De verpleegkundigen hebben wel informatieavonden gehad, maar de artsen niet. De RvB geeft echter aan dat er twee rondes zijn geweest om de artsen op de hoogte te stellen.

Uit het jaardocument blijkt de visie van het GHZ op zorg ... *de patiënten verzekerd zijn van goede en goed bereikbare medisch-specialistische zorg* ... De verpleegkundigen onderstrepen dit doel, ook hun gaat het om het leveren van kwaliteit.

Het doel van ToC is om de ligduur te verkorten (alle respondenten). De zorgcoördinator noemt dit doel *efficiënte patiëntenzorg*. Voor de RvB is het een manier om te bezuinigen. Verpleegkundige 2 onderstreept het doel om de ligduur te verkorten. Echter niet alle respondenten zien de noodzaak van ligduurverkortening, op hun afdeling is de ligduur namelijk al kort en valt volgens hen niet zoveel winst te behalen (zoco; vpk's 1; 3; 4).

Op de afdeling van twee respondenten, verpleegkundige 3 en de zorgcoördinator, is een overleg geweest om te kijken wat zij met ToC kunnen doen. Ligduurverkortening werkte bij hen niet omdat hun ligduur al onder het landelijk gemiddelde ligt (zoco). Nu gaan ze ToC inzetten om de werkdruk te verminderen. Door te kijken *hoe ze dingen handiger kunnen doen, zonder de kwaliteit te verliezen*, hopen ze meer resultaat te boeken (zoco). *Maar indirect, als dat beter loopt, heb je er voor het hele proces ook wel weer wat aan* (zoco).

Verpleegkundige 2 geeft ook aan dat uiteindelijk de werkdruk zal verlagen. Dit komt doordat men door de betere doorstroom minder patiënten heeft waardoor de werkdruk afneemt.

4.2.3. Multidisciplinair werken

'Het MDO wat we altijd hebben is dit in nieuwe stijl' dit is de ervaring met ToC van een neuroloog (RvB). In het overleg worden nu concrete afspraken gemaakt over wanneer iemand bij een patiënt langsgaat in plaats van dat gezegd wordt dat iemand langs moet gaan. Door ToC maakt het MDO een *professionalisatieslag* (RvB). De arts-assistent merkt dat ToC meer een gedachtegoed wordt in het overleg. Er wordt ook met alle betrokkenen van de zorg rond de specifieke patiënt overlegd, dit draagt volgens hem bij aan de ligduurverkorting van een patiënt. Verpleegkundige 1 zegt dat ze door ToC bewuster bezig is met wie allemaal voor de patiënt zorgen. Dit maakt haar *bewust dat je met z'n allen moet overleggen en niet zomaar zelf dingen beslist, maar dat je met z'n allen zo iemand verzorgt en dat je er dan ook met z'n allen naar gaat kijken. Om er dan direct samen over te praten krijg je meer zicht op de mogelijkheden van anderen en je ziet dan ook in waarom dingen niet sneller gaan en je krijgt mee begrip voor elkaar* (aa). Met direct bedoelt de arts-assistent dat ze face-to-face met elkaar in gesprek zijn en dat het niet via anderen gaat, want *dan heb je niet altijd door wat nu het probleem is*.

Doordat de verpleegkundige en de arts met elkaar in gesprek zijn over de VOD, stellen de verpleegkundigen ook andere zaken ter sprake, zoals: *'Je was gister niet zo aardig tegen mij'* of *'Wil je eens vertellen wat de kenmerken van die ziekte zijn?'*. De RvB geeft hiermee aan dat de verstandhouding tussen deze twee disciplines is verbeterd en dus ook de samenwerking en daardoor weer de kwaliteit van zorg.

Op de spoedeisende hulp, hierna SEH, merkt de arts-assistent dat bij drukte nu soms juist een *vingerwijzigere vijandige sfeer* is gecreëerd. *'Waar ligt het probleem?'* *'Ja, het probleem ligt bij jou en het ligt bij jou'*. Op de afdeling ervaart hij meer een sfeer dat ze *met z'n allen proberen een zo'n mooi mogelijk pakketje te maken*. Hiermee bedoelt hij dat ze alles zo goed mogelijk proberen te regelen.

4.2.4. Outputsturing

Voor de RvB was de wens voor ToC een cultuuraspect: *als verpleegkundige wordt je gedwongen om weer met de dokter te gaan praten*. De daadwerkelijke aanleiding voor de invoer van ToC, begin 2008, was de slechte financiële situatie van het GHZ (RvB; afdman). Door middel van ToC kunnen meer lege bedden gerealiseerd worden, die vervolgens 'gesloten' kunnen worden (RvB; afdman). *Het gaat niet om de bedden, maar om de verpleegkundigen die erbij horen, die zet je niet meer in en daar zit je bezuiniging*. Het doel van ToC is ligduurverkorting (alle respondenten). Echter blijkt een verschil in de focus

waarop men kan sturen mogelijk te zijn. Een aantal respondenten zien dat door de toepassing van ToC de kwaliteit van zorg kan verbeteren, dit wordt echter niet door alle verpleegkundigen gedeeld. De zorgcoördinator en verpleegkundige 2 geven, zoals ook is vermeld in paragraaf 4.2.2., verder aan dat als gevolg van ToC ook de werkdruk kon verminderen. *We merkten wel toen we [ToC] net kregen dat er opeens al dingen veel vlugger gingen, dat mensen ineens veel sneller met ontslag gingen* (vpk 2). De verpleegkundigen 1, 3 en 4 delen deze ervaring niet, op hun afdeling hadden ze al een korte ligduur. Ze geven aan dat ze hierdoor weinig resultaat zien, zie ook paragraaf 4.1.4.2.. Uit de berekeningen van de gemiddelde ligduur van 2008 in vergelijking met 2007 blijkt echter dat de ligduur op hun afdelingen wel degelijk is verkort. Hierbij moet opgemerkt worden dat in mei 2008 pas met ToC is gestart. De gemiddelde ligduur van alle deelnemende afdelingen, dit zijn alle afdelingen met uitzondering van CCU, Intensive Care en Short Stay, is met 7,45% verkort. Op de afdelingen van de respondenten die weinig resultaten zagen is ook een verkorting van de ligduur te zien, respectievelijk; 8%, 8% en 16%. Op de afdeling van verpleegkundige 2, die wel resultaat zag ligt dit percentage op 7. De afdeling die door de afdelingsmanager wordt aangestuurd heeft in 2008 een reductie van de ligduur van 19% behaald. De arts-assistent is op deze afdeling werkzaam.

De verpleegkundigen zeggen alle vier dat ze op hun werkoverleggen af en toe wel wat terug horen van wat ze invullen in het informatiesysteem. Verpleegkundige 2 zegt dat bij haar op de afdeling dagelijks of wekelijks een uitdraai wordt gemaakt. *Dan kun je kijken van wie er nog ligt en dan ook waarom* (vpk 2). Ze vindt het *prima* om op deze manier haar gegevens teruggekoppeld te krijgen, *want dan weet je of je het goed doet*. De afdelingsmanager maakt een onderscheid in soorten resultaten: *je hebt harde resultaten, maar met ToC ook veel softes; samenwerking tussen arts en verpleegkundige en de verpleegkundige die meer initiatief neemt in het logistieke proces*. Deze softes resultaten zijn bij de autonomie, paragraaf 4.2.1., naar voren gekomen. Hier is verder gegaan met de harde resultaten van ligduurverkorting.

VOD is het middel om een ligduurverkorting te kunnen realiseren. De ervaringen met de VOD zijn als volgt: *Je werkt gewoon naar een doel toe* (vpk 2). Verpleegkundige 3 werkt op een afdeling waar ToC *niet werkt*. Wanneer het wel zou werken dan geeft ze aan dat je kunt kijken *'Wat is de bottleneck?' 'Hoe kunnen we die aanpakken?'* Met 'hoe' geeft ze aan dat de bottleneck *misschien niet altijd bij ons ligt*, maar dat ze dan wel kunnen kijken wat ze er aan kunnen doen. Verpleegkundige 2 vindt het werken met een VOD prettig: *Het geeft ook wel een bepaalde voldoening als het lukt zeg maar*. Het geeft je *een soort stok achter de deur* (vpk 3).

De mate waarin artsen hun sturing door middel van ToC ervaren verschilt. De ervaring van een neuroloog met ToC, ook is vermeld in paragraaf 4.2.3., is de volgende

(RvB): voorheen gaf hij de fysiotherapeut de opdracht om bij een patiënt langs te gaan. Hij moet deze opdracht geven en op het moment dat hij de opdracht geeft heeft hij zijn taak dus volbracht. De fysiotherapeut gaat vervolgens bij de patiënt langs wanneer het hem uitkomt. Door de VOD wordt hij nu gedwongen om tegen de fysiotherapeut te zeggen: *‘Wanneer ga je bij die patiënt langs? Want eigenlijk, als je het vandaag doet dan kan ik vanavond een besluit nemen en dan kan ze morgen naar huis’*. Door een VOD te stellen kan, wanneer de patiënt vertraagd blijkt te zijn, bekeken waarom deze datum niet gehaald is. Verpleegkundige 1 vindt dit *wel leuk, omdat je dan wat meer duidelijkheid krijgt*. Dit ziet ze ook als voordeel van een VOD.

De RvB zegt dat het ook belangrijk is om te zien *hoe een proces loopt en snappen dat je naar het proces moet kijken en niet alleen naar het resultaat*. Daarnaast worden de verpleegkundigen zich bewuster van wat er allemaal geregeld moet worden om een patiënt op de vooraf vastgestelde datum ook daadwerkelijk naar huis te laten gaan (vpk 1). Wanneer een reden van vertraging wordt geconstateerd, wordt hier door de verpleegkundige actie op ondernomen. Als blijkt dat zij er zelf niet uitkomen wordt dit naar de zorgcoördinator geëscaleerd (vpk 1).

Om op de VOD te kunnen sturen moeten de gegevens wel eenduidig ingevuld worden (afdman; zoco; aa; vpk 3; 4). *‘Ik ben het weleens tegengekomen dat er mensen nog ‘medisch verantwoord’ op de afdeling lagen, maar dat het niet in [het informatiesysteem] was aangepast’* (vpk 3). Soms worden gegevens weleens met *natte-vinger-werk* in gevuld (vpk 3). De arts-assistent heeft dezelfde ervaring op de SEH. Om hier vervolgens conclusies uit te trekken, lijkt hem om die reden geen goed idee. Voor zijn sturing op onder andere ligduur haalt de afdelingsmanager de informatie uit een ander systeem. De reden hiervoor is het niet adequaat invullen van het systeem door de verpleegkundigen, hierdoor wordt de informatie door hem *niet voor 100% vertrouwd*. Verpleegkundige 4, die tevens ToC mentor is, ziet het als haar taak om de verpleegkundigen te helpen bij *‘Hoe vul je [het informatiesysteem] nu in?’* en dat ze hen goed na laat denken over wat ze nu invullen *‘ga nu eens kritisch kijken (...) waar ligt het nu daadwerkelijk aan dat deze patiënt hier nog ligt?’*

Door het, naar hun beleving, lage resultaat qua ligduurverkortung vragen twee van de verpleegkundigen (1; 3) de arts tegenwoordig niet altijd meer naar de VOD. Op alle afdelingen blijkt de motivatie voor ToC aanzienlijk gedaald te zijn. Het feit dat weinig met de resultaten wordt gedaan wordt als oorzaak hiervan geven. *Als het resultaat voor je afdeling is dan wil het wel invoeren, maar als het alleen voor het management is, voor de cijfers, en je ziet er zelf niets van dan op een gegeven moment..... dan zit er niet echt een duidelijke wil achter* (vpk 1). Er wordt niet altijd het nut van het invullen van de gegevens gezien (afdman; vpk1). *Men ziet niet de enorme noodzaak [van het invoeren van de gegevens] en het gevolg ervan* (afdman). De verpleegkundigen staan liever langer aan het bed dan dat ze de

gegevens allemaal in moeten vullen (zoco; aa; vpk 3). Verpleegkundigen 1, 2 en 3 geven aan dat het registreren, bij drukte, het eerste is wat wordt overgeslagen. De afdelingsmanager vindt het belangrijk om de behaalde resultaten terug te koppelen, zodat ze op deze manier transparant worden. Op dit moment is hij voor alle afdelingen de resultaten in kaart aan het brengen.

4.2.5. Monodisciplinair leren

Door ToC krijgen de verpleegkundigen *onderling (...) punten waar je elkaar dan op aan kunt spreken* (vpk 1). Wanneer een VOD niet is gehaald, kan een verpleegkundige zich afvragen: *'Hadden andere verpleegkundigen er wat aan kunnen doen?'* (vpk 1). Alle verpleegkundigen geven aan dat ze op dit moment elkaar vooral aansturen met de vraag of ze het informatiesysteem al ingevuld hebben. De ToC mentor heeft hier een overkoepelende taak in door te zorgen dat alle verpleegkundigen van de afdeling het informatiesysteem invullen (vpk 4). Het is haar taak om de anderen te blijven motiveren om met ToC bezig te zijn. Ze vindt het erg leuk om te merken dat haar inspanningen wat dat betreft resultaten hebben, het informatiesysteem wordt nu 'automatisch' ingevuld. Nu richt ze zich er met name op dat het informatiesysteem ook op een goede manier wordt ingevuld, zie ook paragraaf 4.2.4.

De arts-assistent merkt verder geen verschil in dat hij door ToC op wat voor manier dan ook gestuurd wordt. De RvB merkt echter wel op dat sommige verpleegkundigen zeggen dat ze de dokter niet nodig hebben en zelf alles wel invullen. Hieruit concludeert zij: *de dokter beseft dan ook niet dat bij meegaat in het systeem van de verpleegkundige.*

4.2.6. De rol van de manager

Dit punt is bij de beschrijving van de sturing van professional vanuit verschillende hiërarchische niveaus, paragraaf 4.1.4.2., naar voren gekomen. Samengevat is daar uitgekomen dat ToC niet de prioriteit heeft bij de leidinggevenden van de verschillende hiërarchische niveaus. Als gevolg hiervan worden geen kritische vragen aan elkaar gesteld waardoor deze prioriteit ook niet hoger wordt. Richting de professionals worden om deze reden weinig resultaten gegeven. Verder werd tijdens de problemen met de computers niet veel met de klachten van de verpleegkundigen gedaan (vpk 3). Dit probleem is hoger in de hiërarchie wel gesignaleerd, maar ze konden hier niet veel aan doen. Wanneer problemen in de buffermeting worden geëscaleerd, wordt hier door de afdelingsmanager, zo mogelijk, een oplossing voor gezocht.

4.2.7. Samenvatting

De gevonden resultaten van het onderzoek zijn in tabel 2 verwerkt. De gebruikte assen zijn hetzelfde als bij tabel 1 en dus voortgekomen uit het theoretische kader. Op deze plaats is de invulling echter gebaseerd op de resultaten van het onderzoek. Per sturingsvoorwaarde voor professionals is nu in de praktijk gekeken hoe de principes van ToC hierin terugkwamen.

| Principes van ToC \ Sturingsvoorwaarden voor de professional | Het bepalen van een doel (bijvoorbeeld VOD) | Het proces van continue verbetering | Elke patiënt is een 'project' op zich | Systeembenadering |
|--|--|---|---|---|
| Respecteer de autonomie van de professional. | Initiatief ligt bij verpleegkundige (middels protocollen en arts) | Middels invoeren van gegevens en initiatief voor overleg | Elke patiënt zorg voor het ontplooiën van initiatieven door de professional | Het systeem wordt door verpleegkundigen benaderd. |
| Investeer in een collectieve ambitie. | De VOD wordt niet door iedereen niet als middel voor kwaliteit gezien. | De meeste zien hier de collectieve ambitie in terugkomen. | Veel zien alleen in dat de patiënt zo snel mogelijk de deur uit moet. | Er wordt niet met elkaar nagedacht over een 'focus' binnen ToC. |
| Stimuleer het multidisciplinair werken van de professional. | In overleg met de dokter wordt een VOD bepaald. | Samen wordt gekeken hoe het proces verbeterd kan worden. | Samen wordt gekeken hoe men zo snel mogelijk iemand verantwoord kan ontslaan. | Door de samenwerking is er meer respect en inzicht in elkaars mogelijkheden |
| Stuur de professional op output. | De VOD geeft de professional een 'stok achter de deur'. | Door steeds de knelpunten te zoeken en aan te pakken wordt het proces gestroomlijnder | Er zijn steeds nieuwe doelen om na te streven. | Het hele systeem is verantwoordelijk voor het wel of niet behalen van het doel. |
| Laat de professional, monodisciplinair, van anderen leren. | Hier wordt niets mee gedaan. | Men wijst elkaar op zaken die moesten gebeuren. | De ToC mentor helpt om goede gegevens per patiënt vast te leggen. | ToC wordt niet gezamenlijk 'gedragen'. |
| Stel je als manager dienend op. | Hier wordt weinig mee gedaan. | Er wordt geholpen om bottlenecks te verhelpen. | Op sommige afdelingen wordt per patiënt gekeken hoe het gaat. | RvB stimuleert bij problemen de dialoog in het systeem |

Tabel 2: Op welke wijze komen in de praktijk de principes van ToC terug in de sturingsvoorwaarden voor de professional vanuit de literatuur?

Groen: het principe wordt in de sturingsvoorwaarde teruggevonden.

Oranje: het principe wordt gedeeltelijk in de sturingsvoorwaarde teruggevonden.

Paars: het principe wordt niet in de sturingsvoorwaarde teruggevonden.

Uit tabel 2 blijkt dat de sturingsvoorwaarden *autonomie*, *multidisciplinair werken* en *outputsturing* in de praktijk van de toepassing van ToC in alle principes van deze theorie naar voren komen. Verder kan geconstateerd worden dat zeer weinig met de sturingsvoorwaarde *investeer in een collectieve ambitie* wordt gedaan. Uit de interviews is naar voren gekomen dat iedereen vooral gefocust is op de ligduurverkorting en niet op het uiteindelijke doel van ToC: verbetering van de kwaliteit van zorg door ligduurverkorting. Verder is binnen ToC een mogelijkheid te zien om de focus van ligduur naar bijvoorbeeld werkdrukverlaging te verleggen.

Het *monodisciplinair van elkaar leren* wordt in het GHZ in de sturing door middel van ToC gering gebruikt. Op één van de afdelingen wordt door middel van een ToC mentor wel actief gewerkt aan het aanleren en stimuleren van het goed invullen van het informatiesysteem en dus het monodisciplinair leren. Uit de cijfers over de ligduurverkorting blijkt dat op deze afdeling, ten opzichte van de andere afdelingen waarvan verpleegkundigen geïnterviewd zijn, het grootste resultaat wat betreft de ligduurverkorting is behaald.

Verder blijkt uit tabel 2 dat de dienende houding van de manager met name in het oplossen van de bottlenecks naar voren komt. Vanuit de interviews blijkt dat de Raad van Bestuur daadwerkelijk de dialoog binnen het systeem stimuleert, met name bij problemen. Vanuit de cijfers is te zien dat de afdeling van de afdelingsmanager, die aangeeft onder andere op ligduur te sturen, in 2008 een ligduurreductie van 19% heeft behaald.

Een groot nadeel van ToC wordt gezien in de digitalisering. Dit wordt op alle hiërarchische niveaus onderkend. De Raad van Bestuur geeft aan dat men de voordelen van het registreren in moet gaan zien.

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk bevat de conclusie en discussie van dit onderzoek. De eerste paragraaf is gevormd door de conclusie, hierin is antwoord gegeven op de probleemstelling. De kritische reflectie op de opzet en uitvoering van dit onderzoek staat in de tweede paragraaf beschreven, namelijk de discussie.

5.1. Conclusie

In deze paragraaf is allereerst, opnieuw, weergegeven wat de sturingskracht van ToC theoretisch gezien is. Dit is gedaan door de sturingsvoorwaarden voor de professional vanuit de literatuur met de principes van ToC te confronteren. Vervolgens is deze tabel ingevuld met de bevindingen vanuit de praktijk. Deze twee tabellen zijn in de laatste subparagraaf op elkaar gelegd en dit heeft geleid tot het antwoord op de probleemstelling.

5.1.1. Sturingsvoorwaarden voor de professional vanuit de literatuur (deelvraag 1)

Vanuit de literatuur zijn zes sturingsvoorwaarden voor de professional geformuleerd, namelijk: respecteer de autonomie van de professional; investeer in een collectieve ambitie; stimuleer het multidisciplinair werken van de professional; stuur de professional op output; laat de professional, monodisciplinair, van anderen leren en stel je als manager dienend op.

5.1.2. Principes van de Theory of Constraints? (deelvraag 2)

Vanuit de Theory of Constraints zijn vier principes geformuleerd, namelijk: het bepalen van een doel, bijvoorbeeld de VOD; het proces van continue verbetering; elke patiënt is een 'project' op zich en de systeembenadering.

5.1.3. De 'theoretische' sturingskracht van de Theory of Constraints (deelvraag 3)

Uit tabel 1 in paragraaf 2.4. is gebleken dat, theoretisch gezien, voor al de sturingsvoorwaarden voor professionals een match wordt gevonden met al de principes van ToC. De tabel is dan ook een weergave van een ideaal beeld van de sturingskracht voor professionals door ToC.

5.1.4. Sturing van de professional door middel van de Theory of Constraints (deelvraag 4)

De algemene tendens bij alle leidinggevendenden van de professionals is dat zij in alle taken die ze te doen hebben niet de prioriteit aan ToC geven. Hierdoor worden tijdens meetings geen concrete vragen gesteld waardoor er ook geen concrete antwoorden gegeven hoeven te worden en als gevolg hiervan wordt er ook geen noodzaak gevoeld om in het informatiesysteem te duiken. Doordat niemand in dit systeem duikt worden er geen resultaten naar de professionals terugggekoppeld, terwijl er wel degelijk resultaten in

ligduurreductie zijn behaald. Uit de literatuur blijkt dat leidinggevenden professionals juist het best op output kan sturen (Weggeman 2007). Het feit dat dit uitblijft kan verklaren dat de motivatie voor het vastleggen van gegevens ten behoeve van ToC door de professionals sterk daalt in de loop van de tijd. Dit wordt versterkt door de trage computers. Deze combinatie maakt dat veel professional op het registreren blijven steken en zo niet de meerwaarde, het nut, van het registreren inzien.

Het hiërarchische niveau waarop de meeste sturing door middel van ToC plaatsvindt is bij de professionals zelf. De verpleegkundigen leggen gegevens vast en terwijl ze hiermee bezig zijn wordt hun denkpatroon beïnvloedt. Door ToC zijn ze nu ontslagdatumgericht aan het werk. Door zichzelf steeds af te vragen wat er nog gedaan moet worden om de VOD te behalen sturen ze zichzelf in hun werkzaamheden. Doordat zij andere disciplines vragen gaan stellen worden deze op hun beurt ook door ToC gestuurd. Het vragen stellen aan andere disciplines is een vorm van de sturingsvoorwaarde *multidisciplinair werken*. Op het niveau van de professionals zelf werkt de sturing van de professionals dan ook het best. Dit komt overeen met wat Weggeman (2007), Mintzberg (2006) en Wanrooy (2001) zeggen: professionals zijn zelf erg gemotiveerd en sturen het liefst zichzelf aan. Hier komt de sturingsvoorwaarde *respecteer de autonomie van de professional* in naar voren.

5.1.5. De 'praktische' sturingskracht van de Theory of Constraints (deelvraag 5)

De sturingskracht van ToC in de praktijk, zo is gebleken uit tabel 2 in paragraaf 4.2.7., wordt in positieve zin bepaald door het feit dat de sturingsvoorwaarden *autonomie*, *multidisciplinair werken* en *outputsturing* in alle principes van ToC terugkomen. De eerste twee voorwaarden zijn in de vorige paragraaf aan de orde gekomen. De derde voorwaarde, *outputsturing*, wordt hier besproken. Het bepalen van de VOD blijkt als stimulans te werken om zaken zo snel als mogelijk te regelen. Deze VOD is het middel om uiteindelijk te ligduur te verkorten. In de toepassing van ToC ligt de focus ook heel duidelijk op deze ligduurverkorting. Niet iedereen kan ToC echter in het gezamenlijk doel van het ziekenhuis en de professionals, het leveren van kwaliteit van zorg, plaatsen. Terwijl het doel van ToC als volgt geformuleerd kan worden: kwaliteitsverbetering door ligduurverkorting. Hierbij komen de problemen van de trage computers zoals ook vermeld is in paragraaf 5.1.4.. Volgens Weggeman (2007) is de *collectieve ambitie* echter wel van belang om professionals te kunnen sturen. Hoewel iedereen het echter mee eens is dat het goed is wanneer patiënten zo snel mogelijk naar huis gaan en dus de ligduur verkort, ziet niet iedereen hier een stuk kwaliteit van zorg in. Hieruit blijkt dat er een verschil in focus binnen de doelen is. Hieruit kan geconcludeerd worden dat niet iedereen ToC als middel ziet voor het behalen van het gezamenlijke doel: kwaliteit van zorg leveren. De sturingsvoorwaarde *investeer in een collectieve ambitie* wordt

in het GHZ met betrekking tot de sturing van professionals niet goed toegepast en komt zo de sturingskracht van ToC niet ten goede.

Een ander punt wat de sturingskracht niet ten goede komt is het *monodisciplinair leren*. Hier blijkt weinig mee te gebeuren, het enige waar deze sturingsvoorwaarde in naar voren komt is dat de verpleegkundigen elkaar bevragen of ze het informatiesysteem in hebben gevuld. De ToC mentor geeft echter aan dat zij wel probeert haar collega's te helpen met het invullen van het informatiesysteem. Ook helpt ze bij het nadenken over wat nu precies de 'echte' redenen van vertraging zijn om op deze manier goede informatie vast te leggen. Van de afdelingen van de respondenten blijkt dat die van haar het op-één-na-beste resultaat in ligduurreductie heeft behaald. Hieruit kan geconcludeerd worden dat wanneer de professionals elkaar onderling helpen betere resultaten behaald kunnen worden.

Een laatste punt wat de sturing niet ten goede komt is de *rol van de manager*. Deze moet volgens Weggeman (2007) een dienend karakter hebben. Uit de interviews is echter gebleken, zoals ook in 5.1.4. vermeld is, dat er geen prioriteit wordt gegeven aan ToC, waardoor geen druk van 'boven' gevoeld wordt om meer met ToC te gaan doen. Ook is het hebben van een dienende rol moeilijk door dit gebrek aan prioriteit. Er wordt wel op ligduur gestuurd, maar dit bereikt de professionals niet, zij zien geen resultaten. Wanneer een probleem bij de leidinggevende komt, wordt hier vervolgens actie op ondernomen om het probleem weg te nemen. Vervolgens wordt echter niet altijd teruggekoppeld dat oplossingen te danken zijn aan ToC. De systeembenadering komt binnen de sturingsvoorwaarde van de *dienende manager* tot uiting doordat de Raad van Bestuur de dialoog binnen het systeem, met name bij problemen, stimuleert.

5.1.6. Sturingskracht van de Theory of Constraints en de werking hiervan (probleemstelling)

Voorgaande antwoorden hebben bijgedragen aan de beantwoording van de probleemstelling 'Hoe kan de sturingskracht van ToC voor professionals verklaard worden en hoe werkt deze sturing in de praktijk?'. Om het eerste deel van de probleemstelling te kunnen beantwoorden is de theoretische sturingskracht (tabel 1) over de resultaten vanuit de praktijk (tabel 2) gelegd.

Verklaring van de sturingskracht van de Theory of Constraints voor professionals

| Principes van ToC Sturingsvoorwaarden voor de professional | Het bepalen van een doel (bijvoorbeeld VOD) | Het proces van continue verbetering | Elke patiënt is een 'project' op zich | Systeembenadering |
|---|--|---|---|---|
| Respecteer de autonomie van de professional. | Initiatief ligt bij verpleegkundige (middels protocollen en arts) | Middels invoeren van gegevens en initiatief voor overleg | Elke patiënt zorg voor het ontplooiën van initiatieven door de professional | Het systeem wordt door verpleegkundigen benaderd. |
| Investeer in een collectieve ambitie. | De VOD wordt niet door iedereen niet als middel voor kwaliteit gezien. | De meeste zien hier de collectieve ambitie in terugkomen. | Veel zien alleen in dat de patiënt zo snel mogelijk de deur uit moet. | Er wordt niet met elkaar nagedacht over een 'focus' binnen ToC. |
| Stimuleer het multidisciplinair werken van de professional. | In overleg met de dokter wordt een VOD bepaald. | Samen wordt gekeken hoe het proces verbeterd kan worden. | Samen wordt gekeken hoe men zo snel mogelijk iemand verantwoord kan ontslaan. | Door de samenwerking is er meer respect en inzicht in elkaars mogelijkheden |
| Stuur de professional op output. | De VOD geeft de professional een 'stok achter de deur'. | Door steeds de knelpunten te zoeken en aan te pakken wordt het proces gestroomlijnder | Er zijn steeds nieuwe doelen om na te streven. | Het hele systeem is verantwoordelijk voor het wel of niet behalen van het doel. |
| Laat de professional, monodisciplinair, van anderen leren. | Hier wordt niets mee gedaan. | Men wijst elkaar op zaken die moesten gebeuren. | De ToC mentor helpt om goede gegevens per patiënt vast te leggen. | ToC wordt niet gezamenlijk 'gedragen'. |
| Stel je als manager dienend op. | Hier wordt weinig mee gedaan. | Er wordt geholpen om bottlenecks te verhelpen. | Op sommige afdelingen wordt per patiënt gekeken hoe het gaat. | RvB stimuleert bij problemen de dialoog in het systeem |

Tabel 3: De sturingskracht van ToC

- Groen:** er is een overeenkomst tussen de theorie en de praktijk; Ga, hiermee door!
- Oranje:** er is een gedeeltelijke overeenkomst tussen theorie en praktijk; Kijk hier goed naar en kijkt hoe dit punt verder uitgewerkt kan worden!
- Paars:** er is geen overeenkomst tussen theorie en praktijk; Pak deze bottleneck aan!
- Grijs:** in theorie is dit een belangrijke factor, maar in de praktijk komt deze zeer gering of niet terug; Pak deze bottleneck aan!!

De sturingskracht van ToC voor professionals is weergegeven in tabel 3 en kan verklaard worden door de match tussen de sturingsvoorwaarden voor professionals *autonomie, multidisciplinair werken* en *outputsturing* en de principes van ToC *het bepalen van een doel, bijvoorbeeld de VOD; het proces van continue verbetering; elke patiënt is een 'project' op zich* en *de systeembenadering*. Deze matches dragen bij aan sterkte van de sturingskracht. Er zijn echter ook verzwakkende factoren gevonden, de mismatches. Deze komen tot uiting in de (gedeeltelijke) mismatches tussen de sturingsvoorwaarden *investeer in een collectieve ambitie, laat de professional, monodisciplinair, van anderen leren* en *stel je als manager dienend op* en de principes van ToC. Het is hier goed om op te merken dat de mate van mismatch niet voor alle principes even sterk is. Met name de mismatches met betrekking tot de voorwaarde *investeer in een collectieve ambitie* wegen zwaar mee, omdat dit volgens Weggeman (2007) van groot belang is in de sturing van professionals.

Verder blijkt dat *monodisciplinair* nog niet veel van elkaar wordt geleerd alleen in zaken met betrekking tot het informatiesysteem. De *dienende rol van de manager* is te zien in het helpen zoeken naar oplossingen voor problemen waar lager in de organisatie geen oplossingen voor te realiseren zijn. Binnen deze sturingsvoorwaarde komt de systeembenadering naar voren in het stimuleren van de dialoog in het systeem bij problemen.

Wijze van sturing van professionals door middel van ToC

De sturing van ToC werkt in het GHZ in twee delen. Het eerste deel wordt op de werkvloer gerealiseerd. Hier sturen de professionals zichzelf aan de hand van het gedachtegoed van ToC en de gegevens die ze invoeren in het informatiesysteem. Naar aanleiding van ToC is de samenwerking tussen de verschillende professionals ook veranderd. Er worden nu bijvoorbeeld concretere afspraken gemaakt wanneer een fysiotherapeut bij een patiënt langsgaat. Hier kan geconcludeerd worden dat de sturing op dit niveau redelijk werkt. De escalatie naar boven in de organisatie, het tweede deel, werkt echter slecht. Hier is een domino-effect te zien: de RvB geeft geen prioriteit aan ToC, de manager voelt hierdoor geen druk en ziet dan ook geen noodzaak om zelf hoge prioriteiten aan ToC te geven, ook niet in zijn aansturing van de zorgcoördinatoren. Er zijn wel buffermeetings, maar niet bij alle afdelingen even consequent. Wanneer er wel van deze meetings georganiseerd worden, wordt niet altijd een terugkoppeling naar de professionals gegeven waardoor zij geen resultaten van hun inspanning op het gebied van het vastleggen van gegevens zien. In combinatie met de problemen wat betreft de digitalisering daalt de motivatie van de professionals om gegevens in te voeren en om op deze manier het doel van ToC, ligduurverkorting, te behalen en uiteindelijk ook het grotere doel van kwaliteitsverbetering.

5.1.7. Sluitstuk

Wanneer de 'theoretisch' sturingskracht van ToC voor professionals 'praktijk' wordt, zullen de problemen van de digitalisering minder zwaar wegen en is het behalen van de doelen van ToC, zoals kwaliteitsverbetering, ligduurverkorting en werkdrukvermindering, gewoon een kwestie van samenwerken op en tussen de verschillende niveaus in de hiërarchie!!!

5.2. Discussie

In deze paragraaf is met een kritische blik teruggekeken op de opzet en uitvoering van dit onderzoek. Op verschillende momenten in het onderzoek zijn er keuzes gemaakt die van invloed zijn geweest op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. De gevolgen van de keuzes zijn hieronder besproken, tevens gelden deze als aandachtspunten voor vervolgonderzoeken.

5.2.1. Probleemstelling

Het vertrekpunt voor dit onderzoek was gebaseerd op het feit dat er steeds meer ziekenhuizen ToC toepassen en dat in deze ziekenhuizen ook daadwerkelijk resultaten in de verkorting van de ligduur werden gerealiseerd. Aan de hand hiervan was er de veronderstelling dat professionals zich door ToC lieten sturen en dat ze het geen probleem vonden om hun werkpraktijk te veranderen en gegevens ten behoeve van ToC vast te leggen. Uit de interviews is echter gebleken dat de professionals het vastleggen van de extra gegevens wel als belasting zien. Men ziet het nut er vaak niet van in en ziet het alleen maar als een verplichting. In dit kader is dit wel een interessante constatering dat de professionals ondanks dit 'moeten' wel registreren; dit is namelijk niet zo vanzelfsprekend.

Verder is de mate van sturing van professionals door middel van ToC in hiërarchische zin gering. Hierdoor is het lastig om een goed en realistisch beeld neer te zetten. Mede omdat veel respondenten spraken vanuit 'hoe het zou moeten' in plaats van hoe het daadwerkelijk gaat, omdat ze hier eenvoudigweg geen ervaring mee hebben.

Wat interessant is, is dat de Raad van Bestuur van het GHZ een verandertraject, ToC, initieert, als gevolg hiervan moeten de professionals hun werkwijze veranderen, maar vervolgens wordt in de hiërarchische lagen boven de professionals geen prioriteit meer gegeven aan dit verandertraject. 'Bovenin' de organisatie blijft echter wel de verwachting heersen dat de professionals actief bezig blijven met ToC. Metselaar (1997) stelt in zijn proefschrift over de veranderbereidheid van de mens dat onder andere de aansturing van het veranderproces van invloed is op deze veranderbereidheid. Uit onderzoek blijkt ook dat er een positieve significant correlatie tussen de aansturing en de veranderbereidheid is (Fretes 2000). Ondanks een positieve invloed van de aansturing op de veranderbereidheid kan de aansturing toch een negatief verandergedrag veroorzaken (Metselaar & Cozijnsen

2005). Hiermee is dit wel een cruciale factor. Metsemakers en Van Amelsvoort (2005) zeggen dat “wanneer leidinggevende veelvuldig verantwoording vragen en onmiddellijk feedback geven” de stuurkracht van professional veel beter wordt. Ook hieruit blijkt dat de positie van een manager heel bepalend is voor de veranderbereidheid en het verandergedrag van de professionals op de werkvloer. Om een professional te kunnen sturen moet de manager hem ‘dienen’ (Weggeman 2007). In het GHZ ervaren de leidinggevendenden hun bepalende rol, er wordt echter een jaar na de invoering van ToC nog steeds geen prioriteit aan ToC gegeven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het hier mis gaat in de optimale werking van ToC. Volgens Caluwé (2007) is het met zijn ‘kleurendenken’ mogelijk om “onder de oppervlakte te kijken en te zien en te begrijpen dat de onderliggende waarden en overtuigingen een belangrijke rol spelen.” Het zou interessant zijn om met deze methode de onderliggende oorzaak te vinden van waarom hoger in de hiërarchie geen prioriteit aan ToC wordt gegeven.

5.2.2. Theoretisch kader

Hier is een keuze gemaakt om een theorie over de sturing van professionals, namelijk Weggeman (2007), als leidraad te nemen. Door ook te verwijzen naar andere literatuur is getracht om een zo algemeen en betrouwbaar mogelijk beeld neer te zetten. Ondanks dat dit is gedaan blijft het een beperking om één theorie als leidraad te nemen. Weggeman (2007) bouwt erg op het idee dat er eerst een collectieve ambitie gecreëerd moet worden en dat dit een goede basis is waarmee professionals gestuurd kunnen worden. In de praktijk blijkt dit echter lastig, omdat soms ook gewoon top-down gestuurd moet worden om dingen voor elkaar te krijgen. Binnen deze top-down sturing is het wel goed om vervolgens naar gemeenschappelijke doelen te zoeken om zo de professionals mee te krijgen.

5.2.3. Onderzoeksopzet

Door het feit dat niet alle betrokkenen geïnterviewd zijn, moet men een kritische noot plaatsen bij de interne validiteit van dit onderzoek. Door met zoveel mogelijk ‘soorten’ mensen in de hiërarchie te praten en ook met mensen van verschillende afdelingen is aan dit punt tegemoet gekomen.

5.2.4. Dataverzameling

Door mensen van verschillende hiërarchische niveaus en afdelingen te interviewen kan gesteld worden dat er een zo algemeen mogelijk beeld is neergezet. Op deze manier is tegemoet gekomen aan de interne validiteit en betrouwbaarheid. Een punt, dat dit echter niet ten goede is gekomen, is het feit dat de sturing door middel van ToC door leidinggevendenden in het GHZ nog niet optimaal werkt, met name de schakel tussen de zorgcoördinatoren en de

professionals. Hierdoor was het moeilijk om dit deel van de sturing van professionals in beeld te brengen. Daarnaast waren er weinig documenten met betrekking tot sturing van professional door middel van ToC beschikbaar. Het feit dat er van veel afdelingen weinig notulen van buffermeetings te vinden zijn, geeft wel aan dat deze niet zo consequent als de bedoeling is worden gehouden.

5.2.5. Data-analyse

Om de data te kunnen analyseren is gebruik gemaakt van codering. Door het feit dat dit onderzoek maar door een onderzoeker is gedaan is er een eenzijdig analyse ontstaan. Hierbij is aan de hand van de theorie maar ook vanuit eigen ervaring en veronderstellingen naar de data gekeken. Dit heeft de validiteit en betrouwbaarheid tekort gedaan. Wanneer nog een tweede onderzoeker naar de data had gekeken had de analyse meer inzichten opgeleverd. Ook zouden dan toevallige en systematische fouten aan het licht gekomen zijn die vervolgens weggenomen hadden kunnen worden.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn een aantal aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek gedaan. De eerste paragraaf is ingegaan op de aanbevelingen in de toepassing van ToC in ziekenhuizen. Tijdens het onderzoek zijn er ook een aantal zaken aan het licht gekomen die interessant zijn om nader te onderzoeken, deze zijn in de tweede paragraaf genoemd.

6.1. Aanbevelingen voor de toepassing van ToC

Uit dit onderzoek zijn een aantal zaken aan het licht gekomen die belangrijk zijn in de verdere toepassingen van de sturing van professionals door middel van ToC. Het gaat om de volgende punten:

- ✓ Het blijkt dat men met ToC verschillende ‘focussen’ kan hebben, onder andere: ligduurverkortung, werkdrukverlaging, verbetering van het MDO. Uiteindelijk leiden deze verschillende ‘focussen’ tot hetzelfde ‘grote’ doel van ToC: het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Weggeman (2007) stelt dat het hebben van een collectieve ambitie, één focus, in een professionele organisatie erg belangrijk is voor de sturing van professionals. Het is daarom belangrijk om per afdeling te kijken waar de focus moet komen te liggen, op deze manier wordt er een gezamenlijk doel bepaald. Als gevolg van het stellen van een doel kan ook een resultaat behaald worden waarop de professionals gestuurd kunnen worden, outputsturing. Dit werkt stimulerend voor de professionals. Het is ook een van de sturingsvoorwaarden voor professionals vanuit de literatuur. Door op deze manier te werken wordt de kans van slagen van de implementatie van ToC vergroot.
- ✓ Als organisatie is het goed om de mensen die met een nieuw systeem moeten gaan werken te faciliteren. In het GHZ werkten de computers bijvoorbeeld zeer traag en dit wekte irritaties bij de professionals. Zij vinden dat wanneer ze een nieuw systeem moeten gaan gebruiken er gezorgd moet worden dat er voorwaarden, zoals goed werkende computers, geschept worden. De aanbeveling is: kijk eerst goed of de voorwaarden om met iets nieuws te beginnen aanwezig zijn.
- ✓ Het toepassen van ToC vereist van de professionals dat zij meer administratieve taken krijgen, dit wordt door veel van hen als vervelend ervaren. Een aanbeveling op dit punt is dat er een administratief werknemer wordt aangesteld, deze moet echter wel enige medische kennis hebben. Door een dagelijks kort overleg tussen een professional en deze medewerker is het mogelijk dat deze medewerker de administratieve taak met betrekking tot ToC van de professional overneemt. Op deze manier hoeven de professionals geen tijd meer te steken in deze

administratieve taken. Op één van afdelingen wordt hier al over nagedacht en ook een van de respondenten gaf deze optie aan.

6.2. Aanbevelingen met betrekking tot nader onderzoek

Uit het onderzoek zijn een aantal zaken aan de oppervlakte gekomen die interessant zijn voor een nader onderzoek. Het gaat om de volgende punten:

- ✓ In het GHZ wordt ToC nu één jaar toegepast. Er wordt nog duidelijk gezocht naar wat men ermee kan. De terugkoppeling van resultaten blijkt, zoals eerder is vermeld, nog zeer gering terwijl dit een belangrijk punt is om de professionals gemotiveerd te houden om gegevens in te vullen. Door dit onderzoek in een ziekenhuis te doen waar ToC 'goed draait' zal een nog beter beeld van de sturingskracht van ToC geschetst kunnen worden.
- ✓ Alle respondenten geven aan ToC een goed, eenvoudig en toepasbare theorie is. In dit licht is het een interessante constatering, zoals ook beschreven is in paragraaf 5.2.1., dat met name de bovenste twee lagen in de sturing van professionals, de Raad van Bestuur en de afdelingsmanager, in hun activiteiten geen prioriteit aan ToC geven. Het is interessant om te achterhalen waar dit in zit. Dit punt is verder in paragraaf 5.2.1. aan bod gekomen.
- ✓ Uit de literatuur blijkt dat er verschillende typen professionals zijn (Wanrooy 2001; Weggeman 2007). Hier worden niet de verschillende professies bedoeld, maar de verschillen in persoonlijkheden. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat er door verschillende professionals verschillend over ToC wordt gedacht. Het is interessant om te onderzoeken of dit te maken heeft het type professional wat iemand is.
- ✓ Om professionals aan te zetten tot productieverbetering is het belangrijk dat een professionele cultuur wordt gecreëerd waarin professionals aan deze productieverbetering mee willen werken (Metsemakers & Van Amelsvoort 2005). Hierbij richten Metsemakers en Van Amelsvoort (2005) zich op de verschillende werk-oriëntaties die mensen kunnen hebben. Deze oriëntatie is het sterke verlangen waarop iemand in zijn werkzaamheden is gericht (Metsemakers & Amelsvoort 2005). Dit is, in aansluiting op de hiervoor genoemde aanbeveling, ook interessant om te onderzoeken. Waar zijn de professionals in hun werk op gericht? En hoe past, sturing door middel van, ToC hierin?

Referenties

In dit deel is een driedeling gemaakt in de soorten referenties die voor dit onderzoek zijn gebruikt. Allereerst is de gebruikte literatuur weergegeven. Vervolgens is aangegeven welke documenten er zijn gebruikt. Tot slot is de achtergrondinformatie weergegeven.

Literatuur

Amelsvoort, P. van, M. Metsemakers & P. Südmeier. 2004. 'Productiviteit en professionals. Hoe kan resultaatgerichtheid worden bereikt binnen kennisintensieve organisaties?'. *Panta Rhei*. 14 (2):6-12

Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede. 1997. *Basisboek methoden en technieken*. Leiden: Stenfert Kroese.

Bertrand, W. & G. de Vries. 2005. 'Lessons to be learned from operations management'. In: J. Vissers & R. Beech (Eds.), *Health Operations Management. Patient Flow Logistics in Health Care*, 15-38. London: Routledge.

Boonstra, J. 2000. *Lopen over water: Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. Oratie, Universiteit van Amsterdam

Borghuis, T.L., 2007. 'Vertragingen te lijf'. *Medisch Contact*. 2007, (33/34):1366-1369.

Caluwé, L. de. 2007. 'Veranderen: een meervoudig perspectief. Verschillende manieren van denken over veranderen'. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 26 (6):265-271.

Cozijnsen, A.J. 2004. *Anders veranderen, sturen op slaagfactoren bij complexe verandertrajecten*. Eerste druk. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Creswell, J.W. 2003. *Research design*. California: Sage Publications, Inc.

Fretes, J.M.R. 2006. *Wat bepaalt veranderingsbereidheid van medewerkers? Een onderzoek naar determinanten van veranderingsbereidheid*. [Internet]. Erasmus Universiteit Rotterdam, [aangehaald op 01-06-2008]. Bereikbaar op http://oathesis.eur.nl/ir/repub/asset/4081/8087_01e257119ca27970285a43fb7fdbdb9e.pdf

Goldratt, E.M. 2008. *Het doel*. Houten: Uitgeverij Het Spectrum

Haeuvermaet, T. van. 2005. *Gebruik van de 'theory of constraints' bij de optimalisatie van managementbeslissingen*. [Internet]. E-thesis, [aangehaald op 29-05-2009]. Bereikbaar op <http://www.ethesis.net/constraints/constraints.pdf>

Higgs, M. & Rowland, D. 2005. All changes great and small: Exploring approaches to change and it's leadership. In: *Journal of change management*. June 2005, 5 (2):121-151. In: Scheepkens, H. 2008. Effectieve verandermanagers bij de Koninklijke Marine.

Horn, T. 2002. 'Competentiebeloning van professionals: Niet doen!'. *Gids voor personeelsmanagement*. 81 (7/8):12-17.

Koomans, L.P. 2001. *Loslaten is je enige houvast*. [Internet]. Universiteit van Utrecht, [aangehaald op 03-03-2009]. Bereikbaar op <http://igitur-archive.library.uu.nl/DARLIN/2005-0606-200125/KoomansIP092001.pdf>

Krogt, Th.P.W.M. van der & C.W. Vroom. 1995. *Organisatie is beweging*. Utrecht: uitgeverij Lemma BV

Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Den Haag: Boom Onderwijs

Metselaar, E.E. 1997. *Assessing the willingness to change: construction and validation of the DINAMO*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam: VUhuisdrukkerij.

Metselaar, E.E. & A.J. Cozijnsen. 2002. *Van weerstand naar veranderingsbereidheid: over willen, moeten en kunnen veranderen*. Heemstede: Holland Business Publications.

Metsemakers, M. & P. van Amelsvoort. 2005. 'Een professionele cultuur als basis voor productiviteitsverbetering bij professionals.' *Panta Rhei*. 15 (2):1-8

Mintzberg, H. 2006. *Organisatiestructuren*. Pearson Education Benelux.

Lodewick, L. 2008. *Ziekenhuizen veranderen*. Eerste druk. Maastricht: MediMan Holding.

Retief, F. 2002. *Overview of Critical Chain Project Management*. [Internet]. Critical Chain Symposium 2002, [aangehaald op 03-03-2009]. Bereikbaar op http://www.hetproject.com/Francois_Retief_paper_Overview_of_Critical_Chain.pdf

Vissers, J. & R. Beech. 2005. 'Introduction.' In: J. Vissers & R. Beech (Eds.), *Health Operations Management. Patient Flow Logistics in Health Care*, 1-11. London: Routledge.

Vries, G. de, & U.F. Hiddema. 2001. *Management van patiëntenstromen*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum

Wanrooy, M.J. 2001. *Leidinggeven tussen professionals*. Schiedam: Scriptum

Weggeman, M.C.D.P., 1997. *Kennismanagement: inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum.

Weggeman, M.C.D.P., 2002. Verhogen van kennisproductiviteit. [Internet]. KWAPO netwerk, [aangehaald op 03-03-2009]. Bereikbaar op [http://www.kwaponetwerk.nl/Downloads/Weggeman_Kennisproductiviteit\(A\).doc](http://www.kwaponetwerk.nl/Downloads/Weggeman_Kennisproductiviteit(A).doc)

Weggeman, M.C.D.P., 2007. *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*. Schiedam: Scriptum

Werkman, R.A. & J.J. Boonstra & K.M. Bennebroek Gravenhorst. 2001. 'Het veranderingsvermogen van organisaties.' *Tijdschrift voor Management en Organisatie*. maart/april 2001 (2):7-27

Werkman, R.A. & J.J. Boonstra & W.J.L. Elving. 2005. 'Complexiteit en weerbaarheid in veranderprocessen.' *Tijdschrift voor Management en Organisatie*. september/oktober 2005 (5):5-29

Wiese, M. & S. Hokke. 2008. *De Rechtspraak, sui generis. Eigenwijs ... of op eigen wijze?* [Internet]. Erasmus Universiteit Rotterdam, [aangehaald op 03-03-2009]. Bereikbaar op <http://oathesis.eur.nl/ir/repub/asset/4635/Scriptie%20def%20.pdf>

Documenten

Jaarvisie 2007 Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam

Jaardocument 2008 Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam

Jaardocument 2008 Maasstad ziekenhuis te Rotterdam

Internet

www.citaten.net (citaat in het voorwoord)

www.ghz.nl

www.pknzeevangenoudendijk.nl/samenwerken.jpg (afbeelding voorkant)

Achtergrondinformatie

De volgende bronnen zijn geraadpleegd, maar hier is niet naar verwezen.

Gesprek met dhr. E. Huisman MBA/MBI en dhr. R. van Spronsen, 2008

Gesprek met prof.dr.ir. M.C.D.P. Weggeman, 2009

<http://www.erasmushealthcarelogistics.nl/nl/stromingen-in-de-logistiek/theory-of-constraints-toc.html>

Bijlagen

Bijlage 1: De data voor het onderzoek

In deze bijlage wordt eerst een korte beschrijving van de respondenten gegeven en vervolgens worden de gebruikte documenten vermeldt.

De respondenten

Raad van Bestuur (RvB): hier wordt de voormalige directeur Patiëntenzorg mee bedoeld. De structuur van het GHZ is aan het veranderen en de directeurenlaag was op het moment van het onderzoek er officieus tussenuit. Per 1 juni 2009 is dit officieel.

Afdelingsmanager (afdman): tevens projectleider van ToC

Zorgcoördinator (zoco): van een afdeling waar nog weinig met ToC wordt gedaan, omdat de ligduur op deze afdeling al kort is. Eind april hebben ze een bijeenkomst gehad om te kijken wat zij met ToC kunnen doen, hier is uit gekomen dat zij zich nu op de werkdrukverlaging gaan richten.

Arts-assistent (aa): op zijn afdeling wordt op de ToC manier gedacht

Verpleegkundige 1 (vpk1): ze heeft aan het begin in de werkgroep ToC gezeten, maar nu niet meer. Op haar afdeling worden de gegevens ingevoerd en wordt op ToC manie gedacht.

Verpleegkundige 2 (vpk 2): op haar afdeling is de pilot met ToC gedaan en waren aan het begin al direct resultaten te zien.

Verpleegkundige 3 (vpk 3): de ligduur op haar afdeling was al heel kort en dus werd het nut van ligduurverkorting niet ingezien. Na een bijeenkomst hebben ze besloten ToC te gebruiken om de werkdruk te verlagen.

Verpleegkundige 4 (vpk 4): tevens ToC mentor en wordt nu opgeleid voor ToC adviseur binnen het GHZ

De documenten

Jaardocument 2007 Groene Hart Ziekenhuis te Gouda

ToC Escalatie Procedure, concept

Notulen buffermeetings van de afdelingen A4 (Interne Geriatrie), Kraam/Gyneacologie, Chirurgie, Cardiologie en Interne AB4

Projectplan Implementatie ToC, 14 maart 2008, versie 2

Ontwikkeling ligduur per afdeling, dd. 27-02-2009