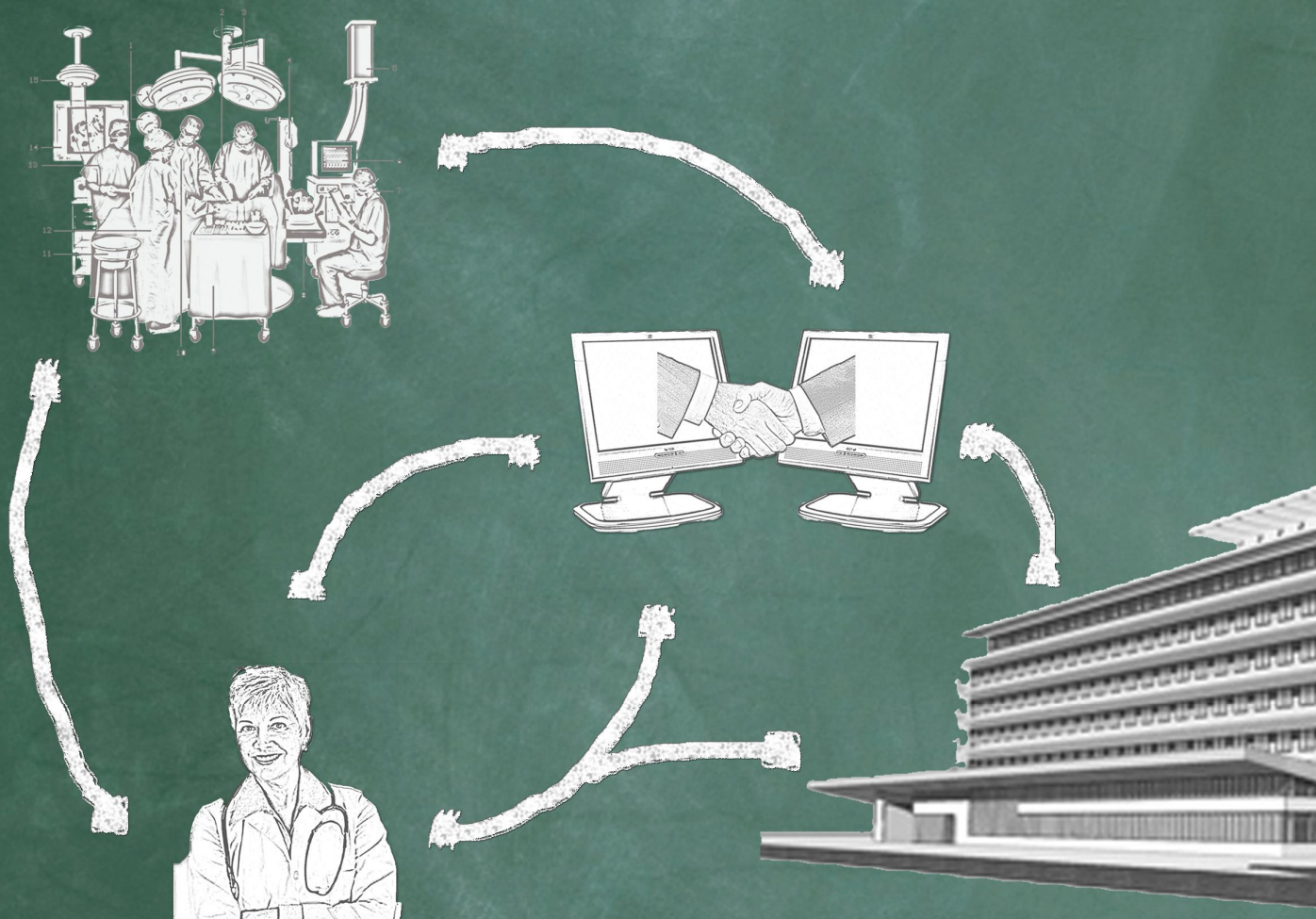


ToC in translation

Implementatie van de Theory of Constraints
in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda
vanuit het perspectief van de Actor Network Theorie



Marijke van Dijk, MSc
Scriptiebegeleider: Bert Huisman MBA/MBI
Meelezer: prof. dr. ir. Jan Vissers
Datum indiening: 14 juli 2009

ToC in Translation

Implementatie van de Theory of Constraints in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda vanuit
het perspectief van de Actor Netwerk Theorie

Door: Marijke van Dijk, MSc (studentnummer: 286622)

Adres: Maarten Harpertzoon Trompstraat 3-3

1056 HT Amsterdam

Email: marijkevandijk@gmail.com

Scriptiebegeleider: Bert Huisman, MBA/MBI

Meelezer: prof. dr. ir. Jan Vissers

Datum indiening: 14-7-2009

Voorwoord

Met deze scriptie rond ik mijn master Zorgmanagement aan het iBMG van de Erasmus Universiteit af. In dit onderzoek heb ik de vrijheid gekregen c.q. genomen om een open benadering van onderzoek te hanteren. Dit wilde ik, omdat ik in mijn vorige studie al veel ervaring heb opgedaan met kwantitatief onderzoek en daar ook de nadelen van heb ervaren. Deze open benadering vond ik zeer interessant omdat het me de mogelijkheid gaf om de complexiteit van de werkelijkheid in acht te nemen en bovendien een kijkje in de keuken van een verpleegafdeling kon nemen. Een waardevolle ervaring die ik op deze wijze waarschijnlijk nooit meer zal hebben. Tijdens het schrijven van deze scriptie ondervond ik vanzelfsprekend ook de nadelen van een dergelijke open benadering. Want er moet afbakening plaatsvinden wil het een leesbaar stuk worden, en dit bleek moeilijker dan bij het schrijven van een kwantitatief verhaal. Desalniettemin ligt er nu een scriptie voor u.

Uiteraard sluit ik hier niet mee af, want eindelijk heb ik dan de mogelijkheid om enkele mensen die me tijdens mijn studie en het schrijven van deze scriptie hebben bijgestaan, officieel te bedanken. Allereerst wil ik Bert Huisman bedanken voor de begeleiding van het hele proces en zijn commentaar op mijn stukken. Ook wil ik Jan Vissers bedanken voor zijn commentaar op mijn onderzoeksvoorstel en het mede beoordelen van mijn scriptie. Ook wil ik Ritske Dankert bedanken voor al zijn uitleg en adviezen over de Actor Network Theorie (ANT). Hij heeft me geholpen het gedachtegoed en de toepassing van ANT een plaats te geven in mijn scriptie.

Daarnaast wil ik Marja Kemp, capaciteitsmanager in het Groene Hart Ziekenhuis bedanken voor alles wat ze heeft geregeld. Ze was bijzonder behulpzaam en heeft mijn observaties volledig gefaciliteerd. Ook heeft ze later elke keer uitgebreid gereageerd op mijn vragen over de implementatie van ToC. Ontzettend veel dank ben ik verschuldigd aan alle verpleegkundigen en andere medewerkers op de verpleegafdelingen waar ik ben geweest. Zonder hun gastvrijheid en openheid was ik nooit tot dit resultaat gekomen. Ik heb het als zeer waardevol ervaren om een week van heel dichtbij mee te maken hoe het werk op een verpleegafdeling eruit ziet en wat daar allemaal bij komt kijken.

Tot slot zeg ik veel dank aan mijn meelevende en behulpzame familie (Jos!), huisgenoten (Marlieke!), studiegenoten (Janine(s) en Jolanda), Mattijs (dank voor de enerverende gesprekken en mailwisselingen) ...en alle andere vrienden die me zo dierbaar zijn!

Veel leesplezier gewenst!

Marijke van Dijk

Samenvatting

Achtergrond: In de Nederlandse gezondheidszorg is een toenemende aandacht voor zorglogistiek. Ziekenhuizen nemen veelal principes uit het bedrijfsleven over om (patiënten) processen te verbeteren. De Theory of Constraints (ToC) is hier een voorbeeld van. In het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) te Gouda is ToC recent geïmplementeerd. Het zorgen voor een succesvol verloop van implementatie- en veranderingsprocessen is geen eenvoudige opgave en er is al veel onderzoek gewijd aan dit onderwerp.

Doel: Het verkrijgen van dieper inzicht in de wijze waarop ToC is geïmplementeerd en wordt toegepast in de dagelijkse werkwijze op verpleegafdelingen van het GHZ in Gouda.

Theoretische invalshoek: De bestaande literatuur op het gebied van verandermanagement wordt tegenover een nieuw perspectief op verandering geplaatst: de Actor Netwerk Theorie (ANT) van Latour. Deze theorie benadrukt dat onderzoek zich moet richten op het beschrijven van alle verbindingen tussen zowel mensen als 'dingen' binnen netwerken om meer inzicht in de complexiteit van de werkelijkheid te krijgen. Voordat ToC een geïntegreerd onderdeel van het dagelijks werk kan worden, zal én moet er volgens de ANT 'translatie' plaatsvinden: een proces waarin zowel het bestaande netwerk (verpleegafdeling) als de nieuwe actant (ToC) interacteren en verandering ondergaan om ToC uiteindelijk een stabiele plaats in het nieuwe netwerk te geven. Latour heeft een (normatief) model ontwikkeld voor het succesvol doorvoeren van verandering: het *due process model*.

Methoden: Dit is een cross-sectioneel, kwalitatief en beschrijvend onderzoek. Primaire onderzoeksmethode is participatieve observatie van verpleegkundigen en secundaire onderzoeksmethoden zijn interviews en documentenanalyse. Er is geobserveerd op drie verschillende afdelingen van het GHZ. Er is per afdeling een rijke beschrijving gemaakt van de implementatie van ToC in het GHZ en op de verpleegafdelingen, het dagelijks werk met ToC op de afdelingen en de beleving van ToC bij de verpleegkundigen.

Resultaten: ToC is een bottom-up benadering voor het signaleren en oplossen van logistieke problemen, maar is top-down geïntroduceerd op de verpleegafdelingen. Elke afdeling heeft een eigen betekenis en praktische invulling aan ToC gegeven. Het registreren van stuurinformatie wordt door de verpleegkundigen als belastend ervaren en is nog geen volledig geïntegreerd onderdeel van de werkzaamheden. Men ziet ToC als een hype en er is een geringe betrokkenheid van artsen en management bij het werken met ToC.

Conclusie: Bij terugkoppeling van de resultaten naar het *due process model* van Latour valt het op dat niet alle betrokkenen uitvoerig hebben kunnen discussiëren over het bestaansrecht van ToC en de wijze waarop ToC eventueel kan worden ingepast in het bestaande netwerk: ToC staat nog steeds ter discussie. Het idee van tijdelijkheid van ToC en de geringe betrokkenheid van artsen en management belemmeren een definitieve 'inpassing' van ToC in het netwerk van de verpleegafdeling: De mogelijkheid bestaat dat ToC hierdoor 'lost in translation' raakt.

Discussie: ANT biedt een interessant perspectief op het onderzoeken en aanbrengen van verandering in de complexe werkelijkheid. Er is meer onderzoek nodig naar de mechanismen die ten grondslag liggen aan de geconstateerde geringe betrokkenheid van artsen en management bij het werken met ToC.

Summary

Background: Dutch healthcare organizations are increasingly interested in the research and implementation of operations management. Principles from industry like the so-called Theory of Constraints (ToC) are now used to improve (patient) logistics in hospitals. ToC was recently implemented at the nursing departments of the Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) in Gouda. Change management and successful implementation is a well studied area, but still it remains a difficult task to successfully implement change in an organization.

Purpose: To obtain greater insight in how ToC is implemented in the GHZ and its impact on daily work patterns in the nursing department.

Theoretical perspective: The accepted and well-known theories of change management is compared with a new theoretical perspective: the Actor-Network Theory (ANT) of Latour. The ANT emphasizes that studying the complex reality means describing all connections between human and non-human 'actants' (people and things) in networks. ANT describes successful implementation as a process in which a new actant-network (ToC) interacts with an existing actant network (nursing department). Both networks undergo change, which is called 'translation', in order to form a new stable network: 'blackbox'. Latour has developed a normative model for successful translation: the *due process model*.

Methods: The research project applied a cross-sectional, descriptive and qualitative approach. The main research method was participative observation of nurses on three nursing departments, supplemented by interviews and document analysis. The data were analysed and used to create a full description of the implementation of ToC in the GHZ and nursing departments, daily practice with ToC and the way ToC is experienced at the nursing departments.

Results: ToC is a bottom-up approach to discover bottlenecks in logistic processes and to find solutions for the observed problems. But at the nursing departments ToC is being introduced top-down. Each nursing department developed their own interpretation of ToC and developed different methods to put it into practice. Registration of information is experienced as problematic by nurses and is in general not yet an integral part of daily practice. Besides, ToC is viewed as a 'hype' and physicians and management seem hardly involved in working with ToC, which hinders successful implementation.

Conclusion: Comparing the implementation of ToC in the GHZ with the *due process model* of Latour, it can be concluded that at the start of the implementation, there has not been enough discussion about the reasons for implementing ToC and its benefits for the hospital, patients and staff. It is not clear to participants how ToC can eventually become an integral part of the existing nursing department-network. People still question the idea of implementing ToC. The impression among nurses that ToC will be a temporary project and the limited involvement of physicians and management stand in the way of a successful 'melting together' of the networks: As a result, ToC is in danger of getting 'lost in translation'.

Discussion: ANT offers an interesting perspective on investigating and implementing change in the complex reality. Further research is needed to obtain more insight in the mechanisms underlying the limited involvement of physicians and management in working with ToC.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Summary	5
Inhoudsopgave	6
1. Inleiding	9
1.1 Ontwikkelingen in de zorgsector	9
1.2 Meer aandacht voor zorglogistiek.....	9
1.3 ToC.....	10
1.4 Verandering in de praktijk: geen eenvoudige opgave.....	10
1.5 Doelstelling en probleemstelling.....	11
1.6 Hoofd- en deelvragen en leeswijzer	11
1.7 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	12
2. Theoretisch Kader	13
Deel 1: Veranderen	13
2.1 Veranderen in historisch perspectief	13
2.2 Veranderen in de zorgsector	13
2.3 Enkele modellen voor verandering.....	14
2.4 Professionals en veranderen.....	16
2.5 Twee benaderingen	16
Deel 2: De Actor Network Theory (ANT)	17
2.6 ToC in de zorgpraktijk: hoe ziet dat eruit?	17
2.7 Beperkingen van onderzoek naar causale verbanden.....	17
2.8 Een remedie: ANT	18
2.9 Terminologie ANT	19
2.10 Veranderen en ANT: Translatie.....	20
2.11 Een alternatief 'conceptueel model'	22
3. Onderzoeksopzet	23
3.1 Onderzoeksdesign	23
3.2 Onderzoeksfasen.....	23
3.2.1 Vooronderzoek en overige voorbereiding	23
3.2.2 Benadering/ selectie case.....	24
3.2.3 Uitvoering	24
3.3 Methoden.....	24
3.3.1 Beschrijving GHZ.....	24

3.3.2	<i>Observatie</i>	25
3.3.3	<i>Interviews</i>	25
3.3.2.	<i>Documentenanalyse</i>	26
3.3.4	<i>Analysetechnieken</i>	26
3.3.5	<i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	26
3.4	Ethische verantwoording.....	27
4.	TOC	28
4.1	TOC: De bottleneck centraal.....	28
4.2	De vijf stappen van ToC.....	29
4.3	Toepassing van TOC in de zorg.....	29
5.	Resultaten	31
Deel 5a: Bevindingen	32
5.1	Implementatie ToC op verpleegafdelingen in het GHZ.....	32
5.1.1	Proces van introductie ToC in het GHZ.....	32
5.1.2	Implementatie van ToC op de verpleegafdelingen.....	34
5.2	Beschrijving Kort Verblijf Afdeling (KVA).....	36
5.2.1	<i>Implementatie</i>	36
5.2.2	<i>Dagelijks werk met ToC</i>	36
5.2.3	<i>Beleving van ToC bij verpleegkundigen</i>	36
5.3	Beschrijving Longafdeling.....	38
5.3.1	<i>Implementatie</i>	38
5.3.2	<i>Dagelijks werk met ToC</i>	39
5.3.3	<i>Beleving van ToC bij de verpleegkundigen</i>	40
5.4	Beschrijving Chirurgie.....	41
5.4.1	<i>Implementatie</i>	41
5.4.2	<i>Dagelijks werk met ToC</i>	41
5.4.3	<i>Beleving van ToC bij de verpleegkundigen</i>	41
5.5	Korte beschrijving Transferafdeling.....	42
Deel 5b: Analyse	43
5.6	Algemene Implementatie GHZ.....	43
5.7	Implementatie op de verpleegafdelingen.....	44
5.8	Dagelijkse werkpraktijk met ToC.....	44
5.9	Beleving van ToC bij de verpleegkundigen.....	45

6. Conclusie	47
6.1 Implementatie van ToC in het GHZ en op de verpleegafdelingen.....	47
6.1.1 Voorbereidingsfase.....	47
6.1.2 Realisatiefase.....	48
6.2 De dagelijkse werkwijze met ToC.....	49
6.2.1 Het dagelijks werk met ToC.....	49
6.2.3 Beleving van ToC.....	50
6.3 Algemene conclusies.....	51
7. Discussie	52
7.1 Probleemstelling.....	52
7.2 Onderzoeksopzet.....	52
7.3 Data-analyse.....	54
7.4 Theoretische invalshoek.....	54
7.5 Onbeantwoorde en nieuwe vragen.....	55
8. Aanbevelingen	57
8.2 Verandermanagement.....	57
8.3 Nader onderzoek.....	57
Referenties	59
Literatuurbronnen.....	59
Documenten GHZ.....	63
Overige bronnen.....	63
Afkortingenlijst	64
Bijlage 1	65
Bijlage 1	65
Verandermanagement: theorieën en modellen.....	65
Bijlage 2	67
Deel A: 'ToC Thinking Processes'.....	67
Deel B: Het overkomen van 'resistance to change'.....	67
Bijlage 3	69
Woordenwolk van Resultaten-hoofdstuk.....	69

1. Inleiding

1.1 Ontwikkelingen in de zorgsector

Door de toegenomen marktwerking is de Nederlandse gezondheidszorg onderhevig aan veranderende omgevingsisen, vooral omtrent kwaliteit van zorg en doelmatigheid. Patiënten verwachten betere service zoals een betere afstemming van de verschillende processtappen. Er is tevens een maatschappelijke druk waar te nemen op het terugdringen van wachtlijsten (de Vries & Hiddema 2001). Daarnaast kampt de zorgsector momenteel met enkele significante bedreigingen zoals een verwachte toename van het personeelstekort en tegelijkertijd een verdere ontgroening en vergrijzing van de Nederlandse bevolking, waardoor de noodzaak tot doelmatiger werken groter wordt. Het antwoord van de zorgsector op de vraag naar snellere, betere en doelmatigere zorg ligt besloten in enkele ontwikkelingen die teruggevoerd kunnen worden tot één kerngedachte, namelijk het centraal stellen van het traject dat patiënten doorlopen in een ziekenhuis; het primaire zorgproces (Vissers & Beech 2005). Sturing en beheersing van het primaire zorgproces leidt tot het op een doelmatige wijze verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg. Het centraal stellen van het primaire (zorg)proces maakt het bijvoorbeeld mogelijk om adequater te reageren op de vraag van de patiënt. Echter, het beheersen van zorgprocessen vraagt om goede stuurinstrumenten. Dit houdt in dat de juiste mensen, aan de hand van de juiste informatie daadwerkelijk beschikken over mogelijkheden tot het nemen van stuurmaatregelen om processen conform de gestelde doelen te verbeteren (Gorissen & van Merode 2006).

1.2 Meer aandacht voor zorglogistiek

De toegenomen marktwerking en de noodzaak tot doelmatiger werken heeft onder andere geleid tot de wens van ziekenhuizen om verbeteringen in de zorglogistieke bedrijfsvoering aan te brengen. Sinds de jaren '80 wordt het proces dat een patiënt doorloopt, als een organisatorisch vraagstuk bekeken (de Vries&Hiddema 2001). Het logistieke denken deed eerst zijn intrede in de bevoorrading van ziekenhuizen en werd daarna ook toegepast op patiëntenprocessen. Om verbeteringen aan te brengen in de patiëntenlogistiek worden onder andere verschillende principes uit het bedrijfsleven overgenomen voor implementatie in de gezondheidszorg (Vissers&Beech 2005). Voorbeelden van besturingsprincipes zijn het LEAN-, Just In Time- en Focused Factory principe. Een ander besturingsprincipe, dat pas sinds kort in de Nederlandse zorgsector wordt toegepast, is de Theory of Constraints (ToC) van Goldratt (Goldratt & Cox 2004).

1.3 ToC

De toepassing van ToC in ziekenhuizen heeft tot nu toe veelbelovende resultaten laten zien in termen van ligduurreductie. Het St. Antoniusziekenhuis heeft met ToC zelfs een ligduurreductie van dertig procent op sommige afdelingen weten te bereiken. Daarbij lijkt de implementatie vrij eenvoudig te zijn verlopen (Borghuis 2007). Ook theoretisch gezien lijkt ToC de eigenschappen te bezitten om een succesvol logistiek concept te zijn omdat ToC zowel logistieke principes als verandermanagementprincipes bevat. Er worden in deze theorie handreikingen gedaan om logistieke verbeteringen door te voeren vanuit een bottom-up benadering, rekening houdend met weerstand in een organisatie om te veranderen (AGI, 2009; Rahman 1998).

1.4 Verandering in de praktijk: geen eenvoudige opgave

In dit onderzoek wordt de implementatie en toepassing van ToC in het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda onderzocht. Dat implementatie en borging van verandering in zorgorganisaties geen eenvoudig proces is, blijkt onder andere uit de vele onderzoeken die zijn verricht naar implementatie van organisatieveranderingen (Cozijnsen&Vrakking 2003; Grol 2003). Onderzoek naar implementatie en borging van veranderingen op het gebied van patiëntenlogistiek lijkt echter schaars. Literatuur op het gebied van patiëntenlogistiek richt zich voornamelijk op de vraag in hoeverre de principes uit het bedrijfsleven toepasbaar zijn op de gezondheidszorg (Sehwail&DeYong 2003; Jarret 1998; Kollberg e.a. 2007; Breen 2002). Er wordt niet tot weinig ingegaan op de vraag welke factoren van invloed zijn op de implementatie van de nieuwe principes. Hierdoor is er een gebrek aan inzicht in de mechanismen die ten grondslag liggen aan het wel of niet succesvol zijn van de geïmplementeerde logistieke veranderingen.

Wanneer er onderzoek wordt verricht naar implementatie is het gebruikelijk om vanuit een conceptueel model onderzoek te doen en (onderdelen van) een theorie of enkele theorieën op het gebied van verandering en implementatie daarin als uitgangspunt te nemen. Enkele van dit soort theorieën zullen ook besproken worden. In dit onderzoek is gekozen om een meer open benadering te hanteren vanuit het perspectief van de Actor Netwerk Theorie¹. Er wordt geen model getoetst, maar er wordt onderzoek verricht naar de wijze waarop ToC (het 'geïmplementeerde') in de dagelijkse werkpraktijk van enkele verpleegafdelingen een plaats heeft gekregen en toegepast wordt.

¹ De keuze voor de Actor Netwerk Theorie wordt nader toegelicht in het theoretisch kader

1.5 Doelstelling en probleemstelling

Doelstelling:

Het voornaamste doel van dit onderzoek is het verkrijgen van dieper inzicht in de wijze waarop ToC wordt toegepast in de dagelijkse werkwijze op verpleegafdelingen van het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) in Gouda.

Probleemstelling:

Er is momenteel nog onvoldoende inzicht in hoe het dagelijks werk van professionals op afdelingen waar ToC is geïntroduceerd eruit ziet in de dagelijkse werkwijze. Om dit te begrijpen is meer inzicht in ToC, de wijze waarop ToC is geïmplementeerd en het dagelijks werk met ToC in het GHZ noodzakelijk.

1.6 Hoofd- en deelvragen en leeswijzer

De hoofdvraag luidt als volgt:

Hoe is de Theory of Constraints (ToC) op de verpleegafdelingen in het Groene Hart Ziekenhuis geïmplementeerd en hoe ziet de dagelijkse werkwijze met ToC op de verpleegafdelingen eruit?

Aan de hand van de volgende deelvragen zal een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag:

1. Wat houdt ToC in?
2. Hoe is ToC in het GHZ en op de verpleegafdelingen geïntroduceerd?
3. Hoe is de implementatie verlopen vanuit het perspectief van de verpleegkundigen?
4. Hoe ziet het dagelijks werk met ToC erop een verpleegafdeling uit?
5. Hoe wordt het werken met ToC beleefd door professionals (met name verpleegkundigen) op de afdeling?

Deelvraag 1 en 2 gaan over wat ToC theoretisch inhoudt en de wijze waarop het management in samenwerking met het consultancybureau, ToC heeft geïmplementeerd in het GHZ en op de verpleegafdelingen. Vraag 3 gaat over de subjectieve beleving van deze implementatie bij verpleegkundigen. Deelvraag 4 en 5 gaan over de vraag hoe ToC in de dagelijkse werkwijze op verpleegafdelingen een plaats heeft gekregen.

Het eerste deel van het Theoretisch Kader (Hoofdstuk 2) zal een kort overzicht geven van de huidige kennis omtrent verandermanagement in het algemeen en specifiek binnen de zorg. Het tweede deel van het theoretisch kader beargumenteert en beschrijft de theorie van waaruit de deelvragen 2 tot en met 4 beantwoord zullen worden: de Actor Netwerk Theorie (vanaf nu: ANT). Aan de hand van deze theorie is het onderzoek in het GHZ verricht. Vervolgens zullen de Methodes (Hoofdstuk 3) van het onderzoek worden beschreven. In Hoofdstuk 4 wordt de eerste deelvraag beantwoord. In Hoofdstuk 5 worden de resultaten van het onderzoek in het GHZ besproken aan de hand van de deelvragen 2 tot en met 5 (bevindingen) en het theoretisch kader (analyse). In de Conclusie en Discussie (Hoofdstuk 6) zullen de resultaten nader geïnterpreteerd worden en belicht vanuit het theoretisch kader. In Hoofdstuk 7 zal er afgesloten worden met het doen van enkele aanbevelingen op basis van de resultaten uit deze studie.

NB: Na de literatuurverwijzingen vindt u een afkortingenlijst. Deze kan u nog goed van pas komen, aangezien er heel wat afkortingen in deze scriptie worden gebruikt.

1.7 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

De zorgsector staat onder toenemende druk om doelmatiger en effectiever en servicegericht te werken. ToC heeft tot nu toe bewezen een aanzienlijke ligduurreductie te kunnen bewerkstelligen (Borghuis 2007). Tegelijkertijd is ToC er op gericht de juiste zorg op de juiste plaats en het juiste moment te leveren. Een ligduurreductie zal dus niet afdoen aan medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg. Bovendien heeft onderzoek tot nu toe uitgewezen dat een kortere ligduur niet gerelateerd is aan negatieve gezondheidsuitkomsten (Clarke & Rosen 2001). Door te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de toepassing van ToC in de dagelijkse werkpraktijk van een verpleegafdeling, kunnen er uiteindelijk aanbevelingen worden gedaan over hoe de toepassing van ToC eventueel verbeterd kan worden. De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan dieper inzicht in de toepassing van ToC in de dagelijkse werkpraktijk van verpleegafdelingen. Tevens geeft de gehanteerde ANT een nieuw perspectief op het thema 'veranderen in de zorg'.

2. Theoretisch Kader

In dit onderzoek wordt de implementatie en toepassing van ToC op verpleegafdelingen van het GHZ onderzocht. Implementatie betekent verandering. Om die reden wordt er in het dit theoretisch kader aandacht besteed aan enkele belangrijke theorieën en wetenschappelijke inzichten die tot nu toe zijn ontstaan binnen verandermanagement. Het theoretisch kader is opgedeeld in twee delen. Deel 1 geeft een globaal overzicht van de huidige kennis rondom verandermanagement (in de zorg). Het voert vanzelfsprekend te ver om alle belangrijke auteurs op het gebied van verandermanagement uitputtend te behandelen. Er is daarom een selectie gemaakt van enkele toonaangevende auteurs. In het tweede deel wordt de Actor Network Theorie geïntroduceerd. Deze sociologische theorie met tot nu toe vooral toepassingen in de Science & Technology Studies geeft een ander perspectief op verandering dan de literatuur die in Deel 1 besproken wordt. Er zal beredeneerd worden waarom ervoor gekozen is deze theorie als uitgangspunt en 'onderzoeksbil' te gebruiken in deze scriptie. Tot slot wordt er een alternatief conceptueel model gepresenteerd.

Deel 1: Veranderen

2.1 Veranderen in historisch perspectief

Verandering is sinds mensenheugenis een moeilijk proces geweest. Vooral het toepassen van nieuwe kennis in de praktijk blijkt veel problemen met zich mee te brengen. Een bekend voorbeeld is dat van kapitein Lancaster. Het duurde 264 jaar voordat het door hem bewezen feit dat schurft bij zeemanslieden voorkomen kon worden met toediening van citrusvruchten, in het Britse preventieve beleid werd opgenomen (Berwick 2003). Een voorbeeld uit de gezondheidszorg is het handen wassen. Semmelweis toonde in het midden van de negentiende eeuw aan dat handhygiëne, het wassen van de handen tussen contacten met patiënten, het aantal infecties aanzienlijk vermindert. Systematische reviews blijven dit bevestigen, en professionals weten het. Maar het feitelijke handenwassen blijft vaak uit (Grol 2003). Het lijkt erop dat het tot stand komen van goede veranderingen minder voeten in de aarde heeft dan het ook verspreiden en implementeren van deze ontwikkelde innovaties (Berwick 2003).

2.2 Veranderen in de zorgsector

Implementatie en borging zijn belangrijke stappen in het veranderproces en hebben uiteindelijk als doel (permanente) gedragsveranderingen te bewerkstelligen (Cozijnsen&Vrakking 2003). Hulscher e.a. (2000) definiëren implementatie als

'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg'

Mensen moeten overgaan op een nieuwe manier van werken. Het is gebleken dat het niet eenvoudig is om een vooraf bedachte en ontwikkelde nieuwe manier van werken in de ingewikkelde context van een organisatie te brengen.

Tijdens de ontwikkeling van de veranderkunde is men zich bewust geworden dat het niet zinvol is om bij verandering een procesmethode te hanteren waarin men alleen aandacht heeft voor het begeleiden en vooral op sociaal-emotioneel gebied beïnvloeden van individuen en groepen. Professionele organisatieveranderaars letten nu naast gedragsfactoren en -beïnvloeding ook veel meer op geschikte organisatieontwerpen en de juiste sturingstechnieken om een totaal veranderingsproces te regisseren (Cozijnsen&Vrakking 2003). Er zijn vele studies gedaan naar implementatie en er zijn vele theorieën ontwikkeld op dit gebied, ook in de specifieke context van zorginstellingen (Bazzoli e.a. 2004; Van Dijk & Oostrom 1998; Fitzgerald e.a.2006;Francke e.a. 2008; Grol&Wensing 2006²). Deze theorieën hebben allemaal een eigen focus: Factoren betreffende de individuele professional, de sociale context, de organisatorische context en de maatschappelijke context.

2.3 Enkele modellen voor verandering

Een theorie die veel is toegepast in studies over individueel gedrag is de Theory of Planned Behaviour (TPB). De TPB gaat ervan uit dat de attitude tegenover bepaald gedrag, de ervaren sociale normen en de ervaren controle over het gedrag tot de intentie leiden om uiteindelijk bepaald gedrag te vertonen. In Bijlage 1 is een visuele weergave te vinden van de TPB (Figuur 1a). De genoemde factoren kunnen aangrijpingspunten in implementatiestrategieën vormen.

Waar Ajzen (1991) zich voornamelijk richt op individuele gedragsverandering en daarin geen tijdsaspect verwerkt, richt Kotter (1995) zich op verschillende stappen die succesvolle verandering in een organisatie teweeg kunnen brengen.

² Er wordt meerdere malen naar Grol & Wensing (2006) verwezen omdat zij een uitgebreid literatuuronderzoek hebben verricht naar implementatie in de gezondheidszorg.

Kotter (1995) heeft honderd organisaties bestudeerd die zich in veranderingsituaties bevonden. Op basis van deze studie heeft hij enkele cruciale stappen in het veranderproces omschreven die allemaal een bepaalde tijd moeten duren. Het overslaan van stappen creëert volgens hem de illusie van een snel proces maar leidt uiteindelijk nooit tot een bevredigend resultaat. De stappen zijn weergegeven in Figuur 1b in Bijlage 1. Kotter (1995) lijkt met dit stappenplan een model te willen deponeren dat uitkomst biedt in alle implementatievraagstukken. Hij geeft echter zelf al aan dat succesvolle verandering altijd vol verrassingen zit. In deze stappen is wel terug te zien dat succes uiteindelijk grotendeels afhankelijk is van de mate waarin de verandering wordt ondersteund door de organisatie als geheel. Hij benadrukt dat de leiders van de verandering er uiteindelijk voor moeten en kunnen zorgen dat het hele systeem, inclusief de medewerkers, ingesteld raakt op de verandering.

Rogers (1995) heeft veel invloed gehad in onderzoek naar de invloed van sociale netwerken op gedragsverandering. Hij beschrijft met zijn *diffusion of innovation model* verschillende fasen waarin individuen in een netwerk/organisatie verschillende mate van motivatie vertonen om een innovatie aan te nemen. Innovatie en diffusie worden door Rogers (1995) als volgt gedefinieerd:

'Innovation is an idea, practice or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption'

'Diffusion is the process through which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of the social system'

Rogers benadrukt dat de eigenschappen van de innovatie, van het netwerk en de invloed die 'opinion leaders' of 'change agents' uitoefenen, bepalend zijn voor de mate van diffusie. Communicatie is hier heel belangrijk, omdat het ervoor zorgt dat men tot een zelfde begrip van de innovatie komt.

De belangrijke rol die zowel Kotter als Rogers aan leiders toekennen, wordt in meerdere studies bevestigd. Uit een metastudie is gebleken dat de betrokkenheid en actieve participatie van leiders en het topmanagement bij implementatie, een positieve invloed heeft op de productiviteit en arbeidssatisfactie van medewerkers (Rodgers 1993). Deze betrokkenheid en actieve participatie kunnen zich uiten in concrete acties als het betrekken van professionals in de activiteiten, training van medewerkers, het geven van een goed voorbeeld en het ontwikkelen van een visie op verandering (Ovretveit 2004).

Grol en Wensing (2006) hebben op basis van de literatuur een overzicht gemaakt van de belangrijkste elementen van effectieve implementatie (zie Bijlage 1, Tabel 1a).

2.4 Professionals en veranderen

Ziekenhuizen worden gekenmerkt door de aanwezigheid van een grote hoeveelheid professionals. Te denken valt aan specialisten, arts-assistenten en verpleegkundigen. Mintzberg (2006) beschrijft dergelijke organisaties als 'professionele bureaucratieën'. Professionals hebben meestal een positie weten te creëren waarin zij autonoom beslissingen nemen. Ze voelen meer loyaliteit aan de eigen beroepsgroep en professe dan aan de instelling waarbinnen ze opereren. Veranderingen in bijvoorbeeld de heersende normen en waarden binnen een beroepsgroep komen zeer langzaam tot stand. Dit maakt het voor managers lastig om veranderingen te sturen. Weggeman (2008) benadrukt dat de ergernis van professionals niet zozeer de 'horizontale regelsystemen' betreft. Hieronder kunnen veiligheidsprocedures, vakinhoudelijke standaarden, richtlijnen en andere stappenplannen en procedures worden verstaan die (zorg)professionals onderling gebruiken als zij bezig zijn met de uitoefening van hun vak op de werkvloer. De ellende wordt volgens Weggeman (2008) veroorzaakt door de 'verticale regelsystemen' waarmee managers de werkprocessen van de professionals proberen te sturen. Weggeman doet daarom twee aanbevelingen:

1. Relatieve ernstig de effectiviteit – en dus het belang – van planning & control
2. Investeer parallel daaraan in de participatieve ontwikkeling (en voortdurende actualisering) van een *collectieve ambitie*. Vertrouw op de kennis, loyaliteit en op het zelfsturend vermogen van de professionals op de werkvloer.

2.5 Twee benaderingen

In grote lijnen kan men twee contrasterende benaderingen van implementatie onderscheiden. Het rationele model en het participatiemodel. In het rationele model wordt ervan uitgegaan dat er een duidelijk startpunt en duidelijke vervolgstappen kunnen worden onderscheiden in de implementatie. Aansturing gebeurt vooral van boven- en buitenaf en er is geen aandacht voor de diversiteit van behoeften in de praktijk. Het participatiemodel geeft meer aandacht aan de behoeften en ervaringen in de praktijk. Veranderingen vinden incrementeel plaats en niet in een bepaalde volgorde van stappen. Communicatie en feedback zijn volgens dit model essentieel in het realiseren van verandering. (Grol & Wensing 2006).

Deel 2: De Actor Network Theory (ANT)

2.6 ToC in de zorgpraktijk: hoe ziet dat eruit?

Terug naar het onderwerp van deze scriptie.... hoe zit het met de praktische bruikbaarheid van ToC in de zorg? Wat is de wijze waarop er met ToC wordt gewerkt in de dagelijkse zorgpraktijk van een verpleegafdeling waar ToC is geïmplementeerd? Welke factoren zijn er allemaal van invloed op het werken met ToC in de praktijk? Omdat implementatie in het algemeen en de toepassing van het nieuwe concept ToC in het speciaal momenteel nog een 'blackbox' is, zijn we op zoek naar een onderzoeksmethode die ons juist antwoord kan geven op deze problematiek. In dit hoofdstuk zal allereerst worden ingegaan op de beperkingen van veel onderzoek op gebied van verandermanagement en zal de keuze van de ANT beargumenteerd worden. Vervolgens zal de ANT nader toegelicht worden.

2.7 Beperkingen van onderzoek naar causale verbanden

Zoals uit het eerste deel van het theoretisch kader blijkt, leidt onderzoek op het gebied van verandermanagement vaak tot het opstellen van voorstellen en stappenplannen over hoe veranderingen succesvol doorgevoerd kunnen worden. Er lijkt in de genoemde benaderingen van verandermanagement weinig rekening te worden gehouden met de complexiteit van de werkelijkheid. Een participatieve (bottom-up) benadering zoals van Weggeman (2008) lijkt al meer rekening te houden met de ingewikkelde context waarin verandering plaatsvindt. Maar uiteindelijk ligt de nadruk bij zowel de rationele als participatieve benadering vaak op één bepaalde oplossing. Voor Kotter is het een stappenplan dat managers moeten volgen, voor Rogers is het inzetten van 'change agents' en voor Weggeman is het creëren van een collectieve ambitie, dat zorgt voor een succesvolle invoering van een verandering. Het is de vraag in hoeverre het mogelijk is om door middel van één focus of methode, uiteindelijk een verandering door te voeren op die manier die wordt beoogd. Juist bij professionele organisaties blijkt dit (nog steeds) heel wat voeten in de aarde te hebben.

Het eerste deel van het theoretisch kader laat tevens zien dat er getracht wordt de werkelijkheid door middel van modellen op een vereenvoudigde manier weer te geven. De TPB van Ajzen is een mooie illustratie van een dergelijk model. Het blijft de vraag wat termen als 'subjectieve norm' of 'attitude' nou precies betekenen. Het antwoord is waarschijnlijk dat dit in elke omgeving anders is. De grootste valkuil van dergelijke modellen is daarom de manier waarop ermee omgegaan wordt. Vaak worden dergelijke modellen kwantitatief getoetst in de praktijk om causale verbanden aan te tonen. Er wordt vooraf bepaald wat men onder 'subjectieve norm' schaaft, en door middel van vragenlijsten wordt bepaald of deze subjectieve norm gerelateerd is aan een bepaalde uitkomst. Dergelijk onderzoek doet vaak

tekort aan de complexiteit van de werkelijkheid en dergelijk onderzoek wekt soms de illusie dat men op die manier de complexe werkelijkheid zal gaan begrijpen en kunnen beïnvloeden.

Grol (2002) geeft aan dat het onrealistisch is om in een steeds complexer wordende gezondheidszorg ervan uit te gaan dat één specifieke benadering uitkomst biedt in alle implementatievraagstukken. Het is van belang erachter te komen welke processen ten grondslag liggen aan verandering en aanpassing van gedrag/de werkpraktijk. Momenteel is dit nog een 'black box': het is vaak niet duidelijk wat werkt voor wie in welke context (van Bokhoven 2008, Grol 2002). Explorerend kwalitatief onderzoek kan mogelijkheden bieden meer inzicht te krijgen in deze 'black box'. Een open benadering van onderzoek doen waarin zo min mogelijk sprake is van theoretische vooronderstellingen, geeft meer mogelijkheden om de werkelijkheid in kaart te brengen zoals zij is. En wellicht ook nieuwe factoren te ontdekken die van invloed zijn op verandering van gedrag.

2.8 Een remedie: ANT

Om te onderzoeken hoe het werk met ToC er in de dagelijkse praktijk uitziet, en welke factoren hierop van invloed zijn, lijkt er een noodzaak om een theorie te gebruiken

- waarin zo min mogelijk sprake is van theoretische vooronderstellingen
- die niet 'getoetst' wil worden
- die erop gericht is een genuanceerd beeld van de werkelijkheid te krijgen door middel van een rijke beschrijving
- die ruimte biedt de complexiteit van de werkelijkheid weer te geven zonder daar direct bepaalde 'etiketten' op te plakken
- die tevens een perspectief op 'verandering' biedt.

Dit brengt ons bij meer open benaderingen zoals de Systeem Theorie (Boulding 1956), Complexe Adaptieve Systemen theorie (CAS) (Dooley 1997), Structuratie Theorie van Giddens (Lewis & Suchan 2003), en in het bijzonder de ANT.

De ANT is ontwikkeld door Bruno Latour, Michel Callon en John Law en is ontstaan uit het idee dat er binnen de sociologie niet (meer) op de juiste manier wetenschap wordt bedreven. Latour (2005) geeft aan dat de sociologie haar domein van onderzoek doen heeft beperkt tot een wetenschapsgebied *naast* andere wetenschapsgebieden zoals de economie en psychologie. Latour is van mening dat 'the social' op een verkeerde manier worden

benaderd, namelijk als een onderdeel van de werkelijkheid waaronder vaak de fenomenen worden geschaard die niet vanuit andere wetenschappen kunnen worden verklaard. Hij noemt de huidige sociologie zelfs het 'dichtlijmen' van de gaten die er tussen verklaringen uit andere wetenschappen vallen. Volgens Latour is 'the social' dus niet als 'een' onderdeel van de werkelijkheid te beschouwen maar moet de sociologie zich meer bezighouden met haar oorspronkelijk doel: het traceren van alle verbindingen tussen mensen en dingen. Al deze verbindingen vormen samen 'the social' (Latour 2005).

Volgens ANT is ware kennis

"kennis waarbij het in praktisch opzicht onmogelijk blijkt deze effectief in twijfel te trekken".

Deze ware kennis wordt volgens ANT in de dagelijkse praktijk geconstrueerd, en daarom richt onderzoek gebaseerd op de ANT zich in eerste instantie op het zoeken naar de verbindingen tussen mensen en dingen die zich in de praktijk bevinden. Een centraal thema in ANT is de 'gegeneraliseerde symmetrie', wat betekent dat er geen analytisch verschil is tussen menselijke en niet-menselijke actoren. Law (1992:4) zegt hierover:

"To say that there is no fundamental difference between people and object is an analytical stance, not an ethical position"

De ANT is geen theorie over de werkelijkheid, maar vooral een theorie over hoe de werkelijkheid onderzocht kan worden. Volgens deze theorie hebben onderzoekers slechts de taak om concrete praktijken uitvoerig te beschrijven. Door mensen en artefacten³ (te betrekken in dezelfde analyse worden de condities voor een genuanceerder en holistisch beeld van de werkelijkheid verbeterd.

2.9 Terminologie ANT

In ANT staan enkele termen centraal: mensen, dingen, agency, interactie en translatie.

In ANT bezitten mensen en dingen beiden een bepaald handelingsvermogen binnen de netwerken waartoe zij behoren. Om deze gelijkheid te benadrukken worden zowel mensen als dingen 'actanten' genoemd. Een actant is volgens Akrich & Latour (2008)⁴

"whatever acts or shifts actions"

³ Een op kunstmatige wijze gemaakt product (Stemerding 1995)

⁴ Het woord 'actant' roept wellicht wat verwarring op vanwege het feit dat de theorie Actor Network Theorie heet. Tijdens de ontwikkeling van deze theorie bleek de term 'actant' meer op zijn plaats dan de term actor. Zie verdere uitleg in de Discussie.

Een actant kan, behalve een mens, ook een object of een concept zijn. Mensen worden in het kader van ANT in sommige gevallen ook wel actor genoemd vanwege het feit dat zij het vermogen bezitten om actanten in hun netwerk op te nemen, dit in tegenstelling tot dingen, die dit niet kunnen. Mensen en dingen beschikken beiden over het vermogen om zaken in hun omgeving te veranderen en hebben een wederzijdse invloed op elkaar, wat wordt aangeduid met de term 'agency' (Latour 2005). Zelfs 'dingen' hebben dus een bepaald handelingsvermogen, maar wel binnen een netwerk. Latour laat dit in zijn boeken zien aan de hand van vele case-studies (zie bijvoorbeeld Latour 1997, Latour 1999). Binnen een actant-netwerk is er sprake van een voortdurende interactie tussen mensen en dingen om te zorgen voor ordening en daardoor een coherent geheel te vormen in plaats van tot chaos te vervallen. Wanneer er sprake is van een coherent geheel, wordt dit ook wel een 'blackbox'⁵ genoemd. Het proces van ordening wordt ook wel 'translatie' genoemd. Wanneer er een nieuwe actant of een nieuw actant-netwerk onderdeel wil worden van een bestaand netwerk, zullen zowel de nieuwe actant als de actanten binnen het bestaande netwerk moeten veranderen om de nieuwe actant een stabiele plaats te geven in het netwerk. Translatie is zodoende een actief proces en leidt tot een nieuwe entiteit (Latour 1999). Latour benadrukt dat dit hele proces geen opeenvolging van gebeurtenissen is die in heldere oorzaak-gevolg relaties beschreven kan worden. Ook is het proces niet zomaar ik gang te zetten door één persoon zoals een manager of een professional. ANT benadrukt dat het belangrijk is om te onderzoeken welke actanten op welke manier de translatie makkelijker en moeilijker maken binnen het netwerk (Latour 2005).

2.10 Veranderen en ANT: Translatie

Het actant-netwerk is dus een coherent geheel maar kan voortdurend veranderen doordat het interacteert met andere netwerken en actanten. Wanneer ANT gebruikt wordt bij het onderzoeken van de werking van actant-netwerken bij technologische of organisatorische verandering, wordt er onderzocht hoe de interacties tussen een bestaand actant-netwerk en een nieuw actant-netwerk plaatsvinden. Deze interacties hebben als uiteindelijk resultaat/doel dat het nieuwe actant-netwerk samen met het bestaande netwerk een stabiel nieuw netwerk vormen. Dit proces wordt dus translatie genoemd:

"By translation we understand all the negotiations, intrigues, calculations, acts of persuasion and violence thanks to which an actor or force takes, or causes to be conferred to itself, authority to speak or act on behalf of another actor or force" (Callon & Latour 1981)

⁵ Niet te verwarren met de term 'blackbox' die in het begin van dit hoofdstuk werd gebruikt.

Translatie vereist dus een actief proces waarin beide netwerken verbindingen aangaan. De mate waarin deze netwerken convergeren c.q. divergeren heeft invloed op translatie (Stalder & Clement 1997). Wanneer er een nieuw concept wordt geïmplementeerd, is de mate waarin dit artefact/actant-netwerk convergeert met het actant-netwerk waar implementatie plaatsvindt, bepalend. Wat convergentie of divergentie inhoudt, is per situatie verschillend. Er kan gedacht worden aan de mate waarin het gedachtegoed van en de wijze van werken dat het artefact behelst, aansluit bij het gedachtegoed en de wijze van werken van het actant-netwerk waar het wordt geïmplementeerd.

Translatie kan uiteindelijk leiden tot 'blackboxing' van de netwerken. Callon en Latour (1981) omschrijven een blackbox als volgt:

"A black box contains that which no longer needs to be considered, those things whose contents have become a matter of indifference."

In termen van verandermanagement kan implementatie in dat geval als geslaagd worden beschouwd. Echter, het kan zijn dat deze blackbox er anders uitziet dan de ontwerper van datgene dat geïmplementeerd wordt, in eerste instantie beoogde. Tijdens het proces van translatie en uiteindelijk blackboxing kan elk netwerk een eigen manier ontwikkelen waarop het 'geïmplementeerde' een plaats wordt gegeven in het netwerk.

Latour beschrijft vier fasen van het translatieproces in het *due process model* (Latour 2004). Hij noemt het een normatief model, want hij heeft het zelf verzonnen. Maar de fasen zijn volgens Latour wel een redelijk accurate beschrijving van hoe translatie in de praktijk plaatsvindt. Latour wil met dit model benadrukken dat implementatie aan een zorgvuldig proces onderworpen moet worden. De fasen zien er als volgt uit (Dankert 2009, Latour 2004):

Fase van verwondering: In het begin van deze fase verschijnt de nieuwe actant ten tonele. Deze fase is een zoektocht naar het bestaansrecht van de nieuwe actant. Latour benadrukt dat in deze fase het aantal mogelijkheden dat in de discussie een rol zal spelen niet onderschat moet worden. Pas als vele verschillende actanten deze discussie meevoeren en alle alternatieven besproken worden, zal de nieuwe actant bestaansrecht krijgen.

Fase van consultatie: In deze fase is er bestaansrecht aan de nieuwe actant toegewezen, alleen moet men nog tot een invulling van de nieuwe actant komen. *Alle* mogelijke betrokkenen bij de actant moeten een rol krijgen in dit proces zodat alle invalshoeken duidelijk zijn. Discussie staat nog niet centraal in deze fase.

Fase van hiërarchie: In deze fase wordt bekeken en bediscussieerd hoe de actant ingepast kan worden in bestaande structuren. In deze fase kan de essentie van de actant nog aangepast worden. Tegelijkertijd veranderen de bestaande structuren echter ook. Er ontstaat dus een nieuw 'totaalplaatje'.

Fase van institutie: Op het moment dat een actant bestaansrecht heeft, het vanuit alle invalshoeken is bekeken door alle betrokkenen, en wanneer het past in de bestaande structuren, kan de actant worden geïnstitutionaliseerd, oftewel: worden vastgelegd. Vanaf dit moment mag 'de rechtmatigheid van de nieuwe werkelijkheid niet opnieuw ter discussie gesteld worden, aldus Latour.

Deze fasen lijken min of meer overeen te komen met een stappenplan als van Kotter. De ANT onderscheidt zich echter met het begrip 'translatie' ten opzichte van diffusie. Latours nadruk op het beschrijven van alle verbindingen binnen heterogene netwerken (van zowel mensen als dingen) in plaats van het etiketteren van de werkelijkheid in termen als 'sociale context', 'organisatiecontext' geeft daarbij meerwaarde aan de ANT wanneer men de complexiteit van de werkelijkheid letterlijk in ogenschouw wil nemen.

2.11 Een alternatief 'conceptueel model'

Er is een alternatief conceptueel model opgesteld (zie Figuur 2):



Figuur 2. Alternatief conceptueel model

In dit model is weergegeven dat de ANT de 'bril' is waarmee het onderzoek verricht zal worden. Praktisch houdt dit vooral in, dat de onderzoeker oog heeft voor de rol van zowel mensen als dingen tijdens het onderzoek. Vervolgens zullen de bevindingen vanuit ANT perspectief op verandering belicht worden en zal dit kort geconfronteerd worden met het verandermanagement perspectief zoals dat globaal is weergegeven in Deel 1 van dit theoretisch kader. Het ANT perspectief krijgt de meeste aandacht, vandaar dat dit groter is weergegeven dan het verandermanagement perspectief.

3. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk komt de opzet van het onderzoek aan de orde. Achtereenvolgens zullen het onderzoeksdesign, de onderzoeksfasen, de onderzoeksmethoden en de ethische verantwoording worden besproken. Op die manier wordt getracht een overzicht te geven van het hele onderzoeksproces.

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een kwalitatief, beschrijvend onderzoek. Het onderzoek is cross-sectioneel van aard. De primaire onderzoeksmethode is participatieve observatie. Door middel van observatie is het gedrag van de verpleegkundigen in kaart gebracht. Er is hierbij een onderscheid tussen extensieve (afstandelijke) en intensieve (meedoen) participatie. Vanwege het feit dat de onderzoeker zelf niet de professionele kwalificaties had om volledig intensief te participeren in de observatie, was het onvermijdelijk dat er op sommige momenten enige afstand genomen moest worden. Toch is er zoveel mogelijk getracht om intensief, dat wil zeggen in veelvuldig contact met de betrokkenen, participierend te observeren. Deze observatie heeft voornamelijk via een narratieve benadering plaatsgevonden: de onderzoekssituatie is zoveel mogelijk blanco betreden. Deze open benadering is gerelateerd aan de theorie waar vanuit onderzoek is verricht: ANT. Overige onderzoeksmethoden waren korte en langere interviews en documentenanalyse.

3.2 Onderzoeksfasen

3.2.1 Vooronderzoek en overige voorbereiding

Voorafgaand aan het werkelijke onderzoek heeft een klein vooronderzoek plaatsgevonden in een ander ziekenhuis waar ook wordt gewerkt met ToC. In dit onderzoek is er gesproken met een zorgmanager, en is er een zogenaamd 'bufferoverleg' bijgewoond. Op deze manier is het onderzoeksgebied vooraf verkend en is er in de voorbereiding van het werkelijke onderzoek rekening gehouden met de bevindingen in het vooronderzoek.

Omdat er vanuit de ANT onderzoek is verricht, heeft er vooraf een interview plaatsgevonden met een onderzoeker aan de TU Delft die ervaren is op het gebied van onderzoek doen vanuit de ANT. In dit interview is het gedachtegoed van ANT aan de orde gekomen, evenals de vraag hoe er vanuit ANT onderzoek kan worden gedaan.

Er zijn enkele boeken gelezen over het verrichten van kwalitatief onderzoek. Bij het lezen van deze boeken is gefocust op literatuur over observaties, interviews en documentenanalyse.

Tevens is er uitgebreid literatuuronderzoek verricht naar de thema's verandermanagement, implementatie en borging, ToC en ANT. Zowel boeken als e-journals zijn geraadpleegd en (titels) zijn gevonden via tips van experts, referenties en zoekmachines als Google Scholar en Pubmed.

3.2.2 Benadering/ selectie case

Voor dit onderzoek is er contact gezocht met het GHZ omdat dit één van de 7/8 ziekenhuizen is waar ToC in het recente verleden is geïmplementeerd. Er is contact opgenomen met de capaciteitsmanager van het GHZ met de vraag of het mogelijk was om onderzoek te doen naar ToC op de afdelingen. Na een gesprek over het onderzoek heeft de capaciteitsmanager vervolgens toegezegd en drie afdelingen ingelicht over de komst van de onderzoeker en is er een contactpersoon per afdeling geregeld. Het gaat om de Kort Verblijf Afdeling (KVA) op de St. Jozef locatie en de longafdeling en afdeling chirurgie op de Bleulandlocatie. Er is samen met de capaciteitsmanager gekozen voor deze drie afdelingen vanwege de variëteit aan werkzaamheden op de verschillende afdelingen: er is sprake van kort verblijf tot lang verblijf en snijdende en niet-snijdende specialismen.

Tevens heeft het GHZ toegang verleend tot alle documenten die gerelateerd zijn aan de implementatie van ToC.

3.2.3 Uitvoering

Er is geobserveerd op drie verschillende afdelingen van het GHZ. Ten eerste twee dagen op de Kort Verblijf Afdeling (KVA), vervolgens twee dagen op de longafdeling en ten derde één dag op de afdeling chirurgie. Daarnaast heeft er nog een interview plaatsgevonden met enkele transferverpleegkundigen. De keuze voor dit aantal dagen per afdeling heeft onder andere te maken met het feit dat een grotere hoeveelheid dagen als een te grote belasting voor de afdeling(en) werd gezien. Tijdens de observaties (b)leek deze hoeveelheid tijd voldoende om de dagelijkse werkpraktijk met ToC in kaart te brengen.

3.3 Methoden

3.3.1 Beschrijving GHZ

Het Groene Hart Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis met ongeveer 450 bedden. Er werken ruim 125 specialisten en 2000 medewerkers en 80 vrijwilligers. Medisch specialisten en managers geven gezamenlijk leiding aan het GHZ. Het GHZ is in het bezit van een NIAZ-accreditatie. Het GHZ is in 1992 ontstaan uit een fusie tussen het Sint Jozef Ziekenhuis en het Bleuland Ziekenhuis en heeft momenteel drie locaties: Bleulandlocatie, Sint Jozeflocatie en een polikliniek in Nieuwerkerk a/d IJssel. Het GHZ heeft als rechtsvorm 'stichting'.

3.3.2 Observatie

Observatie heeft voornamelijk plaatsgevonden bij verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling. De onderzoeker kreeg de kleding aan die verpleegkundigen ook dragen, om niet te veel op te vallen en meer als 'één van hen' te worden beschouwd. De onderzoeker is gekoppeld aan een verpleegkundige (in twee van de drie gevallen de zorgcoördinator) en heeft deze verpleegkundige gedurende de dagen gevolgd. Er is op veel momenten ook met andere verpleegkundigen meegelopen omdat dat vanuit praktisch oogpunt handig was (bedden van en naar OK brengen) of omdat een andere verpleegkundige een relevante activiteit ging ondernemen in het kader van het onderzoek (bijvoorbeeld visite lopen met specialist). Onderdeel van de participerende observatie was het observeren van de interactie van de verpleegkundige met de overige betrokken medewerkers/professionals en andere zaken die van belang zijn bij het werken met ToC.

Aan de hand van uitvoerige aantekeningen in het observatiedagboek is verslag gedaan van wat er wordt geobserveerd. In Tabel 1 staan de vragen aan de hand waarvan de observaties hebben plaatsgevonden. Er is getracht onderscheid te maken tussen objectieve en subjectieve waarneming.

- Voorbeeld van objectieve waarneming: er wordt overlegd tussen specialist, arts assistent en verpleegkundige over mogelijk ontslag van patient.
- Voorbeeld van subjectieve waarneming: arts lijkt zich vooral te interesseren voor de mening van de arts assistent. De verpleegkundige stelt zich afwachtend op.

Vraag	'Objectieve' Waarneming	Subjectieve waarneming
Wat is de situatie?		
Wie zijn er betrokken?		
Wat doen ze?		
Waar vindt de gebeurtenis plaats?		

Tabel 1. Voorbeeld observatiedagboek

3.3.3 Interviews

Er heeft voorafgaand aan de observaties een gesprek plaatsgevonden met de capaciteitsmanager, waarin de implementatie en toepassing van ToC in het GHZ aan de orde kwam. Later is er regelmatig e-mailcontact geweest over inhoudelijke zaken rondom de implementatie. Deze emailwisseling leverde veel informatie op.

Tijdens en vooral na de observaties zijn er aanvullend op de observaties enkele vragen gesteld aan de medewerkers op de afdelingen waar is geparticipeerd. Dit waren voornamelijk verpleegkundigen, maar ook secretaresses, voedingsassistenten, arts-assistenten en artsen. Tijdens het onderzoek bleek dat transferverpleegkundigen een belangrijke functie vervullen rondom ToC. Om die reden is er contact gezocht met de transferafdeling en zijn er drie transferverpleegkundigen geïnterviewd n.a.v. de observaties op de afdelingen.

Tijdens deze korte gesprekken is er intensief meegeschreven om op die manier datgene wat de geïnterviewde vertelde, goed te kunnen verwerken. De interviewer vatte tijdens het gesprek wat er gezegd werd samen en vroeg dan terug of dit een volledige en juiste samenvatting was van wat er gezegd werd. Op de longafdeling hebben een mentor en een ZoCo tijd vrijgemaakt voor een wat langer interview. Door middel van alle (korte en langere) interviews is getracht een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het werken met ToC op een verpleegkundige afdeling.

3.3.2. Documentenanalyse

Het GHZ heeft de onderzoeker toegang verleend tot al haar digitale documenten met betrekking tot ToC. Er is een selectie van de kerndocumenten gemaakt en deze documenten zijn geanalyseerd teneinde meer inzicht te krijgen in het implementatieproces van ToC. Ook zijn deze documenten gebruikt ter ondersteuning van de (korte) interviews die er zijn gehouden.

3.3.4 Analysetechnieken

De uitwerkingen van de observaties en interviews zijn geanalyseerd aan de hand van kwalitatieve data-analyse methoden zoals beschreven in de boeken van Baarda (2005) en Stone Sunstein & Chiseri-Strater (2007). Er is geprobeerd een zo rijk mogelijke beschrijving te geven, zodat nog wel aan 'ANT-voorwaarden' wordt voldaan.

3.3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

In het onderzoeksvoorstel stond het volgende:

"Kwalitatief onderzoek dient zo veel mogelijk levensecht en binnen de context plaats te vinden (dus niet geïsoleerd). Dit heeft gevolgen voor de werkwijze en houding van de kwalitatief onderzoeker. Er moet sprake zijn van zoveel mogelijk directe waarneming, waarin de onderzoeker het belangrijkste instrument is. De onderzoeker is op zichzelf een verstoring, maar die verstoring kan geminimaliseerd worden door sociale en methodische vaardigheden waarin de onderzoeker zo min mogelijk probeert op te vallen en zich non-reactief op te stellen". (Baarda e.a. 2005)

De onderzoeker is zich van het bovenstaande bewust geweest en heeft getracht gedurende het onderzoek zo min mogelijk een verstoring te zijn.

Validiteit/geldigheid

De juistheid van de onderzoeksbevindingen wordt in kwalitatief onderzoek doorgaans aangegeven met de term 'geldigheid'. De resultaten moeten een zo goed mogelijk beeld geven van de realiteit. In verband met de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten is het van belang dat de onderzoekssituatie zo min mogelijk wordt verstoord door het onderzoek (Baarda e.a. 2005).

Er is getracht sociaal wenselijk gedrag en sociaal wenselijke antwoorden op vragen te voorkomen door te benadrukken dat het onderzoek geen controle is: dat het gaat om hoe het er in de praktijk aan toe gaat. Door de combinatie van dataverzamelingstechnieken (documentanalyse, observatie en korte interviews) is de kans op het vinden van valide resultaten verhoogd. Er kon namelijk achteraf doorgevraagd worden op bepaalde bevindingen op basis van de documentanalyse en de observaties.

Betrouwbaarheid

De houding van de onderzoeker was zo neutraal mogelijk. Er zijn voortdurend notities gemaakt van wat er geobserveerd werd, tijdens de observaties of direct erna. Daarin is getracht onderscheid te maken tussen subjectieve en objectieve bevindingen, zodat de onderzoeker zich continu bewust was van de eigen subjectiviteit. Wanneer er vragen werden beantwoord, heeft de onderzoeker meegeschreven. Er is niet gekozen voor het gebruik van geluidsopnameapparatuur vanwege praktische bezwaren en omdat de vragen zo veel mogelijk in informele sfeer zijn gesteld. De betrouwbaarheid is mede verhoogd vanwege het feit dat de onderzoeker ruime werkervaring heeft in het doen van interviews voor wetenschappelijk onderzoek.

3.4 Ethische verantwoording

Voorafgaand aan het onderzoek is er via de leidinggevende op de afdeling en door de onderzoeker zelf duidelijk gecommuniceerd naar de betrokkenen wat het doel van het onderzoek is en welke rol er aangenomen zal worden. Alle verzamelde onderzoeksgegevens zijn anoniem verwerkt.

4. TOC

ToC is geïmplementeerd in het GHZ en de implementatie van, en wijze van werken met ToC is onderwerp van studie in deze scriptie. Om een beter begrip te hebben van wat ToC inhoudt, wordt in dit hoofdstuk kort beschreven wat het gedachtegoed van ToC is. Dit hoofdstuk heeft dan ook als doel een antwoord te geven op de eerste deelvraag.

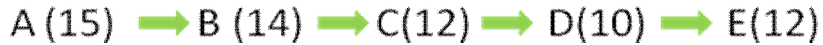
Deelvraag 1: Wat houdt ToC in?

Er zal een kort overzicht worden gegeven van de belangrijkste principes van ToC. Er moet worden vermeld dat ToC hier als theorie wordt gepresenteerd. Het GHZ heeft een eigen invulling gegeven aan ToC, welke aan de orde komt in Hoofdstuk 5. Aan het eind van dit hoofdstuk zal er echter wel kort worden ingegaan op de vraag wat er in het algemeen bekend is over de toepassing van ToC in de zorg.

4.1 TOC: De bottleneck centraal

ToC is geïntroduceerd door M. Goldratt in zijn boek 'The Goal' (Goldratt&Cox 1986). De twee belangrijkste onderliggende ideeën van de theorie zijn het systeemdenken en de aanname dat elke organisatie een 'bottleneck' heeft, een beperkende factor. Het systeemdenken houdt in dat een bedrijf als een geheel en complex systeem wordt gezien waarin alle onderdelen van het systeem met elkaar interacteren, van invloed op elkaar zijn (Motwani 1996a, 1996b). Ervan uitgaande dat een 'bottleneck' alles binnen een systeem kan zijn dat het systeem beperkt in het verbeteren van prestaties richting het doel van de organisatie, kan er geconcludeerd worden dat elke organisatie tenminste één bottleneck bezit. Er wordt geen waarde aan een bottleneck gegeven in termen van goed of slecht, een bottleneck is er (Breen e.a. 2002).

Een organisatie wordt bij ToC beschouwd als een keten van afhankelijke gebeurtenissen (of processen) waarin de performance van een proces of gebeurtenis afhankelijk is van het voorgaande proces. Uiteindelijk vormen alle afhankelijke processen van het systeem met elkaar een structuur die bepalend voor de performance ervan. De productie zal bepaald worden door de zwakste schakel in de keten. Het is dus niet zinvol om verbeteringen aan te brengen in een schakel van het proces als dit niet de zwakste schakel is (Breen e.a. 2002). Dit leidt namelijk tot suboptimalisatie van het systeem. Figuur 3 illustreert dit op een heldere manier. Doordat de capaciteit van de D het kleinst is, kan D als de bottleneck worden beschouwd. Het heeft dus geen zin om in A te investeren zolang D een capaciteit van 10 bezit.



Figuur 3. Voorbeeld stroomdiagram om bottleneck (D) zichtbaar te maken.

4.2 De vijf stappen van ToC

Goldratt onderscheidt vijf essentiële stappen in het toepassen van ToC om de performance van een systeem te optimaliseren (Goldratt 2004):

De vijf stappen van ToC:

1. Identificeer de zwakste schakel
2. Besluit hoe de zwakste schakel te verbeteren zodat hij optimaal benut kan worden
3. Zorg ervoor dat alles ten dienste staat van het optimaal benutten van de zwakste schakel. Dit kan betekenen dat er buffers ingebouwd moeten worden om te voorkomen dat de zwakste schakel niet optimaal benut kan worden.
4. Vergroot het vermogen van de bottleneck
5. Ga terug naar stap 1 en blijf voortdurend verbeteren. Vermijd traagheid in dit proces.

Organisaties zijn er meestal op gericht om de kosten per product (in dit geval de patiënt) te minimaliseren door alle kosten te reduceren en de productiviteit van alle resources te vergroten (meer patiënten behandelen). Deze handelswijze leidt echter niet tot verbeterde performance omdat de zwakste schakel in verhouding nog steeds beperkend blijft. Daarom is het van belang dat deze schakel wordt gevonden en er ten eerste in deze schakel wordt geïnvesteerd ten behoeve van het gehele proces. Investeren in de zwakste schakel leiden tot optimalisatie (verhoging van het netto resultaat) in plaats van suboptimalisatie (Motwani 1996a).

ToC bevat naast de genoemde logistieke ideeën ook een handreiking om de veranderingen te managen. Dit doet Goldratt aan de hand van de zogenoemde Thinking Processes. Tevens wordt er aandacht besteed aan hoe weerstand voorkomen kan worden. Het uitgebreid beschrijven van deze verandermanagementconcepten gaat voorbij aan het doel van deze scriptie. Voor de liefhebbers is in Bijlage 2 een kort en bondige beschrijving van deze verandermanagementconcepten opgenomen.

4.3 Toepassing van TOC in de zorg

Zoals in de inleiding al werd verteld, is er in de gezondheidszorg meer en meer aandacht voor patiëntenlogistiek. Daarmee geven zorginstelling gehoor aan de veranderende eisen op het gebied van bijvoorbeeld efficiëntie, servicegerichtheid en wachtlijsten (De Vries & Hiddema 2001). Een zorglogistieke bedrijfsvoering betekent volgens Huijsman (2006) een

fundamentele (her)bezinning op primaire zorgprocessen en de organisatie eromheen. Door te zorgen voor bijvoorbeeld optimale capaciteitsbenutting en doorlooptijden te verkorten, wordt een efficiëntere bedrijfsvoering mogelijk. Service wordt verhoogd wanneer logistieke processen ertoe leiden dat wachttijden verminderen en het proces van de patiënt beter wordt gestroomlijnd. Al deze logistieke verbeteringen vinden vooral plaats aan de hand van principes uit het bedrijfsleven. ToC is er daar één van en blijkt ook in de zorg een succesvolle methode te zijn om processen te verbeteren.

Wetenschappelijke literatuur over de toepassing van ToC in de zorgsector is tot op heden echter schaars. De bruikbaarheid van ToC wordt als industrieel concept in de zorgsector vanuit theoretisch oogpunt bekeken, maar praktijkstudies zijn schaars. Breen e.a. 2002 geven aan dat wanneer ToC binnen de gezondheidszorg wordt toegepast er rekening mee moet worden gehouden dat de processen binnen zorginstellingen diffuus zijn. Er is sprake van statistische fluctuaties in vrijwel elke verschillende schakel van de keten. Sommige patiënten komen bijvoorbeeld op tijd, anderen te laat. Sommige patiënten doen er langer over een bepaald formulier in te vullen dan de andere. Tijdens een spreekuur heeft de ene patiënt meer tijd nodig dan de andere. Diffuse processen zijn daarnaast het gevolg van het feit dat in veel gevallen het proces van patiënten(groepen) vooraf onduidelijk is. Allerlei onderzoeken leiden *uiteindelijk* tot een bepaalde diagnose en behandeling. Dit leidt ertoe dat sommige patiënten een proces doorlopen waar moeilijk vooraf op geanticipeerd kan worden. Deze fluctuaties kunnen er soms toe leiden dat zelfs de zwakste schakel in de keten niet optimaal benut wordt. Dit gaat ten koste van het hele proces. De zwakste schakel kan in serviceorganisaties zoals ziekenhuizen zowel fysiek zijn als betrekking hebben op beleid (Breen e.a. 2002, Motwani e.a. 1996b).

In de Engelse gezondheidszorg is ToC momenteel een echte hype. Er is zelfs een Master aan een universiteit in Nottingham te volgen. Aandacht voor ToC bij Nederlandse ziekenhuizen is (mede hierdoor) toegenomen. Toepassing van ToC vindt momenteel voornamelijk plaats op verpleeg- en SEH-afdelingen. Langzamerhand breidt dit zich verder uit naar andere afdelingen (Borghuis 2007; SFG 2007). Hoe implementatie van ToC eruit ziet verschilt per ziekenhuis. Om die reden wordt de praktische uitwerking van ToC niet in deze sectie besproken en komt de specifieke situatie van het GHZ in het volgende hoofdstuk (Resultaten) aan de orde.

5. Resultaten

In dit Hoofdstuk zullen de resterende deelvragen (2 tot en met 6) worden beantwoord. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'Bevindingen' (Deel 5a) en 'Analyse' (Deel 5b). In het deel met de Bevindingen worden de gegevens vermeld die relevant zijn voor het beantwoorden van de deelvragen. Dit wordt gedaan door middel van een rijke beschrijving zodat de lezer een zo goed mogelijk beeld krijgt van de situatie. Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen in de Analyse besproken.

In paragraaf 5.1 zullen de volgende deelvragen worden beantwoord.

Deelvraag 2: Hoe is ToC op de verpleegafdeling geïntroduceerd?

Deelvraag 3: Hoe is ToC in het GHZ en op de verpleegafdeling geïntroduceerd?

Aan de hand van documentenanalyse, contact met de capaciteitsmanager en de korte interviews is er een overzicht gemaakt van de wijze waarop de implementatie van ToC in het GHZ heeft plaatsgevonden.

In paragraaf 5.2 en verder is er bij de beantwoording van de deelvragen 4, 5 en 6 onderscheid gemaakt tussen de afdelingen waar geobserveerd is. Er is hiervoor gekozen omdat elke afdeling verschillende karakteristieken en een 'eigen' manier van de invulling van het dagelijks werk met ToC bleek te hebben.

Deelvraag 3: Hoe is de implementatie verlopen vanuit het perspectief van de verpleegkundigen?

Deelvraag 4: Hoe ziet het dagelijks werk met ToC er op een verpleegafdeling uit?

Deelvraag 5: Hoe wordt het werken met ToC beleefd door professionals (met name verpleegkundigen) op de afdeling?

Bij de beantwoording van deze deelvragen is gebruik gemaakt van informatie uit zowel documenten, observatieverslagen als interviews.

Deel 5a: Bevindingen

5.1 Implementatie ToC op verpleegafdelingen in het GHZ

5.1.1 Proces van introductie ToC in het GHZ

De noodzaak tot efficiëntieverbetering is de aanleiding geweest voor het strategisch management van het GHZ om ToC te implementeren. Één van de directeuren kent ToC vanuit het bedrijfsleven en hoorde dat ToC ook in de zorg werd toegepast. Het GHZ heeft toen besloten een consultancybureau ter hand te nemen voor de implementatie van ToC.

De doelstelling van het project is de volgende

‘Verbeteren van de doorstroming op alle verpleegafdelingen gezamenlijk met gemiddeld minimaal 20% van de gemiddelde verpleegduur 2007, zijnde 7,37 dagen, zonder inzet van extra resources. Doorstroming wordt gemeten op de reductie van de gemiddelde verpleegduur. Uitgangspunt voor de daadwerkelijke reductie met 20% is de registratie in de door VGA gebruikte ICT applicatie.’

Het besluit tot invoering van ToC is eind 2007 genomen. De planning is in maart 2008 opgesteld. De eerste workshops werden georganiseerd in begin april 2008 en eind april 2008 is op de eerste afdeling de applicatie ‘live gegaan’. Omdat implementatie op de verschillende afdelingen op verschillende momenten heeft plaatsgevonden wordt de implementatiefase globaal geschetst en worden de belangrijkste stappen beschreven in Tabel 2.

Aanleiding (eind 2007):	Besluit van strategisch management tot invoering van ToC vanwege financiële situatie en noodzaak tot doelmatiger werken
Kort daarop...	Contact met consultancybureau en bepaling van doelstellingen
Maart 2008	Projectplan en Planning voor implementatie opgesteld
Week 1 (1^e afdeling: april '08)	Vorbereidingsgesprek Zorgcoördinator en mentoren
Week 5	Tweedaagse workshop afdeling werkgroepen
Week 6/7	Training van alle verpleegkundigen in het werken met de applicatie
Week 8/9	Applicatie op de afdelingen ingevoerd
Week 10	Tweewekelijkse buffermeetings gestart
Week 22	Resultaatmeting na drie maanden
	Training
	Resultaat bijeenkomst ziekenhuisbreed

Tabel 2. Globaal tijdsplan van de implementatie van ToC in het GHZ

In het Projectplan (GHZ-1) worden twee fasen onderscheiden: de projectinrichting- en voorbereidingsfase en de realisatiefase. De belangrijkste gebeurtenissen worden per fase besproken.

Fase 1: Projectinrichting en voorbereidingsfase

Een belangrijk onderdeel is het regelen van de ICT, oftewel het installeren van de applicatie. De medewerkers van het ziekenhuis worden hierin begeleid door het consultancybureau zodat zij vervolgens zelf in staat zijn om eventuele problemen op te lossen.

Scholing heeft ook veel aandacht gehad. Er zijn zogenaamde 'mentoren' aangesteld die (mede) verantwoordelijk worden gesteld voor een succesvolle implementatie op de werkvloer. Deze mentoren hebben zich vrijwillig aangemeld. De mentoren, Zorgcoördinatoren (ZoCo's) en managers hebben een uitgebreide training ontvangen en zij hebben allemaal het boek 'Het Doel' van Goldratt gelezen. Alle medewerkers die met de applicatie moesten gaan werken hebben tevens een workshop gehad waarin het gedachtegoed van ToC en de applicatie zijn toegelicht.

Fase 2: Realisatiefase

Deze fase bestaat uit de start van bufferregistratie, start van het sturen op constraints; start buffermanagement bijeenkomsten; integratie in organisatie; start cross buffer meetings; borging en evaluatie.

De mentoren hebben tijdens de implementatie intensieve begeleiding van drie consultants ontvangen. De verwachting was dat de medewerkers een maand na invoering van de applicatie, het invullen van applicatie geïntegreerd zouden hebben in de dagelijkse werkzaamheden.

De buffermanagement bijeenkomsten worden in eerste instantie geleid door een adviseur van het consultancybureau. Deze zullen *meestal tweewekelijks plaatsvinden en maximaal één uur duren*. De doelstelling van deze bijeenkomsten is de medewerkers in staat te stellen de oorzaken van de vertraging in de doorstroming van de drie meest vertraagde patiënten vast te stellen, de belangrijkste reden van vertraging voor alle patiënten vast te stellen en vervolgens acties te definiëren ter bestrijding ervan.

De borgingsfase is de laatste fase van de realisatiefase. Het projectplan meldt dat de hele voorgaande periode al gericht dient te zijn op 'leren zelf te doen'.

In het projectplan, opgesteld door het consultancybedrijf, wordt benadrukt dat draagvlak als een belangrijke succesfactor voor de implementatie wordt gezien. Een proactieve houding

van het management richting de medewerkers wordt als belangrijke randvoorwaarde genoemd. Tevens is er in mei 2008 een communicatieplan opgesteld om een goede interne communicatie over het nut en de noodzaak van ToC te waarborgen.

5.1.2 Implementatie van ToC op de verpleegafdelingen

De implementatie van het logistieke concept houdt enkele zaken in. Een belangrijk onderdeel is het dagelijks en juist invullen van de applicatie. Dit betekent dat verpleegkundigen de datum van opname invullen en vervolgens de Voorlopige Ontslag Datum (VOD) invoeren. Deze ontslagdatum staat bij sommige behandelingen of type patiënten vast. Op de niet-snijdende afdeling longgeneeskunde zijn VOD's niet gestandaardiseerd (op één geprotocolleerde patiëntengroep na) maar worden VOD's in overleg met de specialist bepaald. Dit heeft voornamelijk te maken met het beschouwende karakter van de afdeling. Op de chirurgische afdeling zijn VOD's ook niet gestandaardiseerd maar is het verloop van het primaire proces in de meeste gevallen van te voren wel duidelijk en is aan de hand van protocollen en in overleg met de specialist te voorspellen welke VOD er gesteld kan worden.

In onderstaande Figuur 4 is een scherm van de applicatie te zien.

Status	Ontslag bepalende taak	Start datum	Resterende duur	Datum klaar	Taak manager	Toelichting
■	consult derden	19-11-2008	3		logopedie	
■	Diagnostiek	21-11-2008	1		Radiologie	

Figuur 4. Voorbeeldscherm applicatie

Wanneer er een VOD (of VOT) is toegewezen aan de patiënt krijgt deze patiënt een kleur. Een patiënt bevindt zich in de dagen (of uren) tot aan de VOD (of VOT) in de opeenvolgende groene, oranje, rode en blauwe fase. In elke fase moeten bepaalde 'ontslagbepalende taken' in het systeem ingevoerd en vervolgens door de verpleegkundige uitgevoerd worden zoals het regelen van onderzoek bij de afdeling radiologie of het regelen van nazorg. De kleuren zijn bedoeld om verpleegkundigen te sturen in de prioriteitsstelling van hun werk. De 'blauwe en rode' patiënten verdienen meer aandacht dan de 'groene' patiënten omdat deze patiënten

dreigen te vertragen. Als de patiënt zich in de blauwe fase bevindt, betekent dit dat de VOD (of VOT) is overschreden. Wanneer een patiënt 'in het blauw' staat moet er een Reden van Vertraging (RVV) worden ingevuld. Door deze RVV's te registreren krijgt men inzicht in de belangrijkste vertragende factoren (bottleneck) in het proces. Een vertragende factor kan alles zijn behalve een medische factor (zoals: de patiënt heeft een infectie opgelopen), want in dat laatste geval moet de VOD (of VOT) aangepast worden. Voorbeelden van vertragende factoren zijn 'geen plaats in verpleeghuis', 'specialist was niet bereikbaar'.

Globaal ziet het proces er idealiter als volgt uit:



Figuur 5. Schema van hoe het dagelijks werk met de applicatie en ToC er idealiter uitziet.

Op elke afdeling is een werkgroep samengesteld. Deze werkgroep bestaat uit o.a. de manager, zorgcoördinator(en), één of enkele verpleegkundigen die mentor zijn, secretaresse en een arts(-assistent). De werkgroep houdt tweewekelijks een 'buffermeeting' om de belangrijkste redenen van vertraging te bespreken en te zoeken naar oplossingen. De redenen van vertraging waarvoor oplossingen op een hoger niveau liggen, dienen 'geëscaleerd' te worden; op een hoger niveau opgelost. Op deze manier wordt getracht via een bottom-up benadering (op operationeel wordt de meeste verantwoordelijkheid gelegd) het primaire proces dat de patiënt doorloopt te stroomlijnen en doorlooptijd te verkorten.

Een belangrijke rol in de implementatie is toegekend aan de mentoren. De mentoren zijn aangesteld om een coachende rol op de afdeling te vervullen bij het invullen van de applicatie. Zij zien er op toe dat de applicatie dagelijks en adequaat wordt ingevuld. Het is bijvoorbeeld gebleken dat het invullen van de juiste RVV's moeilijk is voor de verpleegkundigen. In dat geval kan een mentor ondersteunen bij het invullen.

Er zijn in de implementatieplannen geen doelstellingen omtrent gedrag van de verpleegkundigen en andere professionals terug te vinden. Uit paragraaf 5.1.1 blijkt dat er vanuit wordt gegaan dat de medewerkers het invullen van de applicatie binnen een maand geïntegreerd hebben in de dagelijkse werkzaamheden.

5.2 Beschrijving Kort Verblijf Afdeling (KVA)

5.2.1 Implementatie

De wijze waarop ToC is geïntroduceerd op de afdeling was in de beleving van de verpleegkundigen abrupt en topdown. Er is naar hun idee niet overlegd, maar ToC *‘was er opeens’* en *‘opeens moesten ze allemaal zo’n cursus doen’* en het voornaamste was *‘dat er van de ene op de andere dag van alles geregistreerd moest worden’*. Desalniettemin gaf het merendeel van de verpleegkundigen aan dat zij de cursus die zij kregen over ToC en de applicatie als nuttig hadden ervaren. In de ogen van alle verpleegkundigen is voor één patiëntengroep het proces merkbaar verbeterd sinds de invoering van ToC. Andere veelvoorkomende RVV's moeten nog geëscaleerd worden. Het duidelijk benoemen van de RVV bleek moeilijk en is wel noodzakelijk wil er de juiste stuurinformatie uit de registratie komen. Het merendeel van de verpleegkundigen gaf echter aan dat zij steeds beter worden in het specificeren van de RVV.

5.2.2 Dagelijks werk met ToC

Bij de Kort Verblijf Afdeling (KVA) hebben alle behandelingen een vaste VOTijd; omdat er op deze afdelingen mensen komen voor kleine standaard ingrepen wordt er in uren in plaats van in dagen gerekend. De patiënten worden op deze afdeling door een voedingsassistent in de applicatie ingevoerd. De verpleegkundige haalt de patiënt uit het systeem bij ontslag van de patiënt. Ontslagbepalende taken worden (vrijwel) niet ingevoerd (waarschijnlijk omdat dit niet nodig is vanwege de gestandaardiseerde en eenvoudige processen op deze afdeling). De grote meerderheid van de verpleegkundigen gaat naar eigen zeggen *‘flexibel’* om met de applicatie. Dit wordt nadrukkelijk genoemd in de korte interviews en bleek ook uit de observaties. Een patiënt wordt bijvoorbeeld alvast ontslagen uit de applicatie terwijl de patiënt vervolgens nog rustig een kopje koffie of thee aangeboden krijgt en zodoende nog een bed bezet. Tijdens de observaties bleek dat verpleegkundigen aan het eind van hun dienst regelmatig vergeten *‘poogi bij te werken’*. Gevolg: veel patiënten die al ontslagen zijn staan in de applicatie onnodig *‘in het blauw’*. Tevens is het voor de verpleegkundigen in de dienst erna onduidelijk wat de RVV van de overige patiënten *‘in het blauw’* is.

5.2.3 Beleving van ToC bij verpleegkundigen

Op deze afdeling was een negatieve attitude ten opzichte van ToC gemeengoed. Tijdens de observaties en korte interviews op de KVA afdeling kwamen enkele belangrijke oorzaken van deze negatieve attitude naar voren. Ten eerste zijn de VOT's te krap gesteld waardoor bepaalde patiëntengroepen vanwege medische redenen (zoals narcose die moet uitwerken) structureel *‘vertraagd’* zijn. Dit leidt tot irritatie bij de verpleegkundigen. Er is gevraagd of

deze vastgestelde VOT's wat ruimer gesteld mogen worden, maar dit is niet toegestaan vanuit het management. Een andere oorzaak van irritatie is de starheid en traagheid van de applicatie. Wanneer er één RVV (bijvoorbeeld: de arts stond in de file) de oorzaak is van uitloop van alle vertragingen in de ochtend, moet dit bij iedere patiënt apart ingevuld worden. Dit kost veel tijd en is niet wenselijk in de ogen van de verpleegkundige gezien de grote turnover op de afdeling.

Omdat het registreren zoveel tijd kost, is gevraagd of het mogelijk is dat de applicatie gedurende een bepaalde periode alleen wordt ingevuld voor een bepaalde patiëntengroep. Hier is afwijzend op gereageerd door het management.

Verder wordt het als onhandig ervaren dat de applicatie niet gekoppeld is aan een ander systeem. Bovendien heeft de applicatie een heel ingewikkeld wachtwoord en loopt het systeem geregeld vast. De genoemde ongemakken en vragen zijn meerdere malen aan het management voorgelegd, maar daar wordt niks mee gedaan. Dit leidt tot irritatie onder de verpleegkundigen.

Het 'flexibel omgaan met ToC' lijkt vooral te maken hebben met het feit dat de filosofie van ToC naar de mening van de verpleegkundigen niet overeenkomt met de waarden en normen waar zij persoonlijk veel waarde aan hechten. ToC heeft naar hun idee voornamelijk economische doelstellingen en vormt in de ogen van de verpleegkundigen een bedreiging voor wat naar hun idee klantgerichte zorg is. Ter illustratie twee citaten:

"Poogi staat op één, de patiënt op nummer twee"

"Het ziekenhuis wordt beheerst door Poogi!"

Dit werd gezegd tijdens gesprek in de koffiepauze waarin het management en de Raad van Bestuur ('zij') en de verpleegkundigen ('wij') als twee tegengestelde partijen binnen het GHZ naar voren kwamen. De verpleegkundigen hebben het idee hebben dat het management ToC (gereduceerd tot 'Poogi') hoger in het vaandel heeft staan dan de zorg voor de patiënt en dat zij gedwongen worden daar tegen hun zin in mee te gaan.

Meerdere verpleegkundigen gaven aan het jammer te vinden dat het nodig is om de RVV's te registreren en zo zwart op wit te hebben, om iets gedaan te krijgen (door middel van escalatie). Een verpleegkundige:

"Het is goed om naar opnametijden en operatietijden te kijken. Maar we kunnen ook met ons gezonde verstand om de tafel gaan zitten en zeggen wat de RVV's zijn. Daar heb je Poogi niet voor nodig. Iedereen vult het nu half in. Zonde, want er wordt goud voor betaald"

Door een mentor werd genoemd dat zij het moeilijk vindt om haar collega's te motiveren en daar direct achteraan vertelde ze dat er geen terugkoppeling plaatsvindt van de behaalde resultaten.

Opvallend is dat ToC op deze afdeling als een 'hype' wordt beschouwd. In gesprek in de pauze met drie verpleegkundigen kwam naar voren dat dit idee van tijdelijkheid van ToC voor hen een reden was om het niet te serieus te nemen. Het lijkt erop dat ToC als 'het zoveelste' project wordt gezien. Een verpleegkundige gaf aan dat zij het idee had dat degene die momenteel voor de invoering van ToC verantwoordelijk is morgen het 'totaal tegenovergestelde verhaal zou kunnen verkopen'.

5.3 Beschrijving Longafdeling

5.3.1 Implementatie

Op deze afdeling gaven de mentoren aan dat de implementatie 'moeizaam' en 'langzaam' is verlopen. Een mentor:

"het kostte veel tijd voordat het een beetje geïmplementeerd was"

Significante veranderingen in termen van ligduur zijn niet opgetreden volgens de ZoCo en tevens mentor. Echter, een recent verslag laat zien dat er sinds 2007 een ligduurreductie van 37 procent is bereikt. Dit gegeven illustreert wellicht datgene wat ook meerdere malen genoemd werd: namelijk dat er weinig terugkoppeling van resultaten is.

Er komen geen duidelijke RVV's naar voren. Dit heeft volgens de ZoCo te maken met te ruim gestelde VOD's. Bovendien wordt de applicatie niet regelmatig ingevuld en bijgehouden. Ter illustratie een citaat:

Onderzoeker: *"kan ik vandaag met jou meekijken hoe je Poogi invult? Antwoord verpleegkundige: "Ja hoor, Gisteren is het er niet van gekomen. Ik was druk met de ontslagen regelen. Dus ik ga straks alles bijwerken"*

De mentoren en ZoCo gaven aan dat het werken met ToC in de wintermaanden slecht is verlopen. De turnover is dan gemiddeld hoger dan in de zomer, waardoor het zeer druk is op de afdeling.

Een verandering, die na doorvragen door het merendeel van de verpleegkundigen op de longafdeling werd genoemd, is het feit dat men zich bewuster is geworden van het proces dat de patiënt doorloopt en welke zaken er nog geregeld moeten worden voordat een patiënt weer ontslagen kan worden.

“Je bent nu eerder bezig met wat er moet gebeuren voor een patiënt”

Een andere verandering die werd genoemd is het feit dat het visitelopen op de afdeling is verbeterd. De verpleegkundige zorgt ervoor dat voorafgaand aan de visite voor hem of haar duidelijk is wat er al geregeld is voor een patiënt. Ook heeft de verpleegkundige een actievere rol tijdens het visitelopen dan in het verleden en wordt de specialist actief gevraagd naar de (voorlopige) ontslagdatum en wat er nog moet gebeuren voor de patiënt naar huis kan. De ZoCo en een adviseur van het consultancybureau hebben met elkaar bepaald dat de visites nog effectiever en efficiënter kunnen. De aandacht is momenteel voornamelijk hier op gericht.

5.3.2 Dagelijks werk met ToC

Op deze afdeling worden de gegevens van patiënten en de ontslagbepalende taken idealiter door de verpleegkundige in de applicatie ingevoerd. Dit gebeurt echter onregelmatig en een aantal verpleegkundigen beschikken niet over de vaardigheden om de applicatie op de juiste manier in te vullen. Tijdens de observaties werd dit snel duidelijk uit het feit dat alle opnamedatums van de patiënten in het systeem niet klopten en de ontslagbepalende taken die al lang uitgevoerd waren, nog in het systeem stonden. Tijdens een invulmoment van de applicatie met een verpleegkundige werd duidelijk dat het idee ‘RVV’ niet duidelijk was en elke stap bij het invoeren van het scherm leek een verrassing te zijn. De betreffende verpleegkundige gaf ook aan dat zij het kleurensysteem verwarrend vond omdat het niet alleen de stoplichtkleuren zijn maar dat ‘blauw’ er ook bij zit. Toen het systeem vervolgens vastliep tijdens het invullen liep de verpleegkundige (opeens) weg om verder te gaan met haar overige taken en kwam niet meer terug. Vanwege het feit dat sommige verpleegkundigen de applicatie onjuist invullen, ontstaat er veel werk voor verpleegkundigen die er later naar kijken. Dit heeft irritatie en/of veel extra werk (en tijd) tot gevolg.

Het vaststellen van een VOD is moeilijker op deze afdeling gezien de onzekerheid van het ziektebeeld. Tijdens de observaties en het meelopen met een visite bleek dat meerdere patiënten die op de afdeling lagen een soort van puzzel voor de specialisten en arts-assistenten waren. Door te kijken hoe er op bepaalde behandelingen wordt gereageerd en door achtereenvolgens bepaalde onderzoeken te plannen en de uitslagen te bekijken wordt het langzamerhand duidelijk wat een patiënt heeft. In een dergelijke fase lijkt naar huis gaan ‘in de hoofden van de professionals’ niet aan de orde. Het draait tijdens de visites hoofdzakelijk om medisch inhoudelijke aspecten en het naar huis gaan komt alleen bij de echt opgeknapte patiënten ter sprake. Niet alleen de mening van de specialist en arts-assistent, maar ook de inbreng van de verpleegkundige omtrent het stellen van VOD’s is van invloed: Een verpleegkundige over haar rol tijdens het visitelopen:

“Ken je de status van de patiënt niet goed omdat je een tijdje niet gewerkt hebt en je loopt wel visite, dan durf je geen uitspraken te doen over een VOD”

Verpleegkundigen hebben meestal een goed beeld van hoe de patiënt er aan toe is. Zij zien de patiënt de hele dag, een specialist heeft maar een momentopname.

Er is op deze afdeling een groot verschil in de mate waarin ‘ToC’ leeft onder artsen. Er is maar één arts zelf betrokken bij en enthousiast over ToC en deze arts komt tijdens het visitelopen zelf met een VOD. Deze arts heeft als enige ook een ToC cursus gehad bij de start van de implementatie. Dit maakt het voor verpleegkundigen eenvoudiger om met ToC te werken. Onder de overige artsen leeft ToC niet tot vrijwel niet, aldus de verpleegkundigen.

Opvallend op deze afdeling was dat de verpleegkundigen erg druk waren met de verpleegkundige zorg en zodoende weinig tijd overhielden voor ‘extra’ taken, waaronder het ‘Toccen’. Als een verpleegkundige aan het ‘Toccen’ was, gebeurde het regelmatig tot vrijwel altijd dat haar pieper ging, dat familie van een patiënt aanklopt om wat te vragen, een patient vertrekt net, een collega vraagt wat, er komen telefoontjes van familieleden van patiënten, etc. Dergelijke afleidingen leidden er regelmatig toe dat het Toccen niet afgemaakt werd of uitgesteld.

5.3.3 Beleving van ToC bij de verpleegkundigen

Op de afdeling wordt ToC als een extra belasting ervaren. Op deze afdeling was duidelijk dat ‘Toccen’ (het invullen van de applicatie) geen prioriteit heeft. Een ZoCo gaf aan:

“als je turnover hoog is, is het moeilijk om ToC in te vullen. [...] als er tijdgebrek is moet je prioriteiten stellen. Ik ga zelf, en anderen ook niet, overwerken om te Toccen”

Als er werd gevraagd wat men van ToC vindt, werd vrijwel door alle verpleegkundigen hetzelfde gezegd; dat ToC een hulpmiddel is en geen doel op zich. Ook bleek dat ToC wordt gerelateerd aan “de patiënt zo snel mogelijk naar huis krijgen”. Dit idee staat de verpleegkundigen niet altijd aan.

“als een patient doodziek binnenkomt, is er geen sprake van een VOD. Laat die patiënt even rustig opknappen!”

Maar over het algemeen lijkt de houding tegenover ToC niet zeer negatief te zijn. Twee verpleegkundigen gaven (zelfs) aan dat het invullen van de applicatie voor hen een middel was om bewust te worden en te blijven van wat er allemaal nog gedaan moet worden. Maar het merendeel van de verpleegkundigen kan instemmen met een verpleegkundige die het volgende zei:

“Op zich is het instrument goed, alleen is het WEER wat om in te vullen”

Tijdens een uitgebreider gesprek met een ZoCo en een mentor kwam naar voren dat men (ook) op deze afdeling ToC als ‘iets tijdelijks’ beschouwen. Ze verwachten dat meetinstrumenten altijd nodig zullen blijven, maar dat ToC binnen het GHZ geen lang leven beschoren is.

5.4 Beschrijving Chirurgie

5.4.1 Implementatie

Opmerking: over de implementatie is niet veel bekend uit de gesprekken. Dit heeft te maken met het feit dat er slechts één dag is geobserveerd en er weinig tijd was om door te vragen op de implementatie.

Op deze afdeling is een duidelijk resultaat behaald met 32 procent ligduurverkortung tussen 2007 en een recente meting van 2009. Het is voor de meeste verpleegkundigen onduidelijk waar dit nou precies aan ligt.

5.4.2 Dagelijks werk met ToC

Het Electronisch Patienten Dossier (EPD) is op deze afdeling ingevoerd en de afdeling beschikt over verrijdbare computers. Tijdens de visites kan hetgeen besproken wordt direct ingevoerd worden. De applicatie is op enkele vaste computers geïnstalleerd. De secretaresse voert de patiënt in het systeem in en ontslaat de patiënt aan het eind. De verpleegkundigen voeren de ontslagbepalende taken in de applicatie in. Dit gebeurt meestal direct na de visites of later op de dag. De ZoCo geeft aan dat dit invullen een onderdeel van de werkzaamheden is geworden. Aan het eind van de dag moet er bij alle patiënten in het systeem een ‘vinkje’ staan. In dat geval zijn alle patiënten die dag ‘verwerkt’ in de applicatie. Door enkele van de verpleegkundigen wordt gezegd dat het invullen van de applicatie bij drukte “het eerste is wat je laat vallen”. Meerdere verpleegkundigen gaven aan dat het werken met ToC wordt bemoeilijkt doordat artsen niet bekend zijn met (de principes van) ToC. In een gesprek met een specialist tijdens de visite werd dit duidelijk, doordat hij niet wist wat een ‘VOD’ was. Dezelfde specialist gaf daarbij ook het volgende aan:

“Veel van die procesdingen zijn de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen en niet de taak van de specialist. De thuissituatie van een patient is bijvoorbeeld onze zaak niet”

5.4.3 Beleving van ToC bij de verpleegkundigen

Een mentor gaf aan dat er weinig motivatie voor ToC is op de afdeling. Diezelfde mentor gaf aan dat zij zich goed kan inleven in haar collega’s en zelf ook regelmatig moeite ervaart met

gemotiveerd blijven voor ToC en het invullen van de applicatie. Toch gaf zij aan regelmatig te benadrukken richting haar collega's dat ToC onderdeel van de werkzaamheden is en het voorlopig ook zal blijven. Op deze afdeling heeft ToC in de beleving van de helft van de verpleegkundigen niet zozeer gevolgen gehad voor de dagelijkse werkpraktijk, behalve dat er geregistreerd moet worden. Dit heeft volgens de verpleegkundigen te maken met het feit dat zij voor de introductie van ToC op de afdeling al goed wisten wat er moet gebeuren om een patiënt op tijd te ontslaan en deze zaken al actief werden geregeld. De andere helft van de verpleegkundigen gaf echter aan dat zij zich nu vaker of eerder bedenken wat er moet gebeuren voor een patiënt.

Tijdens een gesprek in de koffiepauze kwam naar voren dat de verpleegkundigen niet veel vertrouwen hebben in het feit dat ToC uiteindelijk de belangrijke vertragende factoren oplost. Een verpleegkundige noemde dat bij andere projecten in het verleden ook 'allerlei lijstjes bijgehouden moesten worden waar niks mee gedaan werd'. Op de vraag of er met de gegevens uit de applicatie ook niks wordt gedaan, wordt gereageerd met: jawel, maar je merkt er zo weinig van.

“Het is wel belangrijk om dingen te blijven verbeteren, maar sommige dingen lopen gewoon vast. Sommige dingen veranderen gewoon niet. Zoals thuiszorg en een verpleeghuis regelen is altijd een probleem”

Deze opmerking wordt door meerdere verpleegkundigen beaamd.

5.5 Korte beschrijving Transferafdeling

Er heeft een gesprek plaatsgevonden met twee transferverpleegkundigen over hun werk en ToC. De volgende uitspraak is typerend voor de rode lijn in het gesprek:

“Wat mij betreft zijn er geen verbeteringen sinds ToC”

Zij vertelden dat de aanvragen die er worden gedaan voor verpleeghuis, kortdurende opnames in het verzorgingshuis en eventueel in het hospice allemaal 'op indicatie gaan'. Ligduur speelt een minder belangrijke tot geen rol in de toewijzing van plekken. Bovendien is het feit dat de applicatie niet goed wordt ingevuld op de verpleegkundige afdelingen een groot obstakel om met ToC te werken. Hierdoor hebben de transferverpleegkundigen nooit een volledig overzicht, en er kan daarom weinig tot niks gedaan worden aan de hand van (het kleurensysteem van) de applicatie. (observatie: bijna alle patiënten in hun systeem stonden in het blauw)

Ook wordt er door de verpleegkundigen aangedragen dat een groot probleem/ grote vertragende factor naar hun idee bij de artsen ligt. De artsen hebben veel macht en voelen

niet de noodzaak om ook hun verantwoordelijkheid te nemen in het zorgproces. Zij zien alleen hun eigen domein.

De transferverpleegkundigen droegen ook aan dat de applicatie '*niet handzaam*' is. Het is niet gekoppeld aan 'XCare', het algemene patiëntenregistratiesysteem. En patiënten kunnen niet op geboortedatum of 'pincode' (nummer van de patient, red.) gezocht worden.

Tot slot vertelden ze dat escalatie vaak heeft plaatsgevonden, maar geen grote verbeteringen teweeggebracht heeft.

Deel 5b: Analyse

De analyse van de bevindingen houdt in dat de resultaten die in het voorgaande deel (5a) zijn besproken, nu gezamenlijk worden beschouwd.

5.6 Algemene Implementatie GHZ

Nadat het strategisch management van het GHZ tot de conclusie kwam dat ToC het middel zou worden om een efficiëntere bedrijfsvoering te bewerkstelligen, is het hele ToC-project binnen drie maanden van de grond gekomen. De implementatie op de eerste afdeling startte vier maanden na het besluit. De overige afdelingen volgden daar één voor één achteraan.

Het project bestond uit twee fasen. Een voorbereidingsfase en een realisatiefase. In de voorbereidingsfase waren het regelen van de ICT (de applicatie) en scholing van alle verpleegkundigen en managers de belangrijkste peilers. De artsen hebben geen training ontvangen. De mentoren hebben zich vrijwillig gemeld en hebben in de realisatie fase een intensievere begeleiding ontvangen van het consultancybureau om hen te helpen bij het implementeren van ToC op de afdeling. Het projectplan heeft voorspeld dat binnen een maand het invullen van de applicatie geïntegreerd zou zijn in de dagelijkse werkzaamheden. Dit invullen is een voorwaarde om de doelstelling zoals in paragraaf 5.1 beschreven staat, te halen. Echter, de wijze waarop dit 'integreren in de dagelijkse werkzaamheden' plaats zal vinden staat niet omschreven. Ook staat niet omschreven hoe na de scholing in de voorbereidingsfase, 'het denken en werken met de vijf stappen van ToC' bij de verpleegkundigen gerealiseerd kan worden in de dagelijkse werkpraktijk.

In het projectplan komt naar voren dat in de implementatiefase het 'leren zelf te doen', de betrokkenheid van het management tijdens de veranderingen en een goede interne communicatie centraal staan en belangrijke randvoorwaarden vormen voor een succesvolle implementatie. De precieze invulling van hoe men dit wil bereiken is moeilijk terug te vinden in de documenten.

5.7 Implementatie op de verpleegafdelingen

Uit paragraaf 5.1 blijkt dat het implementeren van ToC de meeste implicaties heeft voor de mensen op de werkvloer. Deze mensen (voornamelijk verpleegkundigen) moeten ervoor zorgen dat de applicatie adequaat wordt ingevuld, want alleen dan zullen RVV's de juiste stuurinformatie leveren om de processen te verbeteren. Dit adequaat invullen vereist dat de verpleegkundigen vanaf het eerste moment waarop de patiënt de afdeling binnenkomt, toewerken naar een ontslag van patiënt en de vorderingen in dit proces bijhouden (in de applicatie).

Op alle verpleegafdelingen is de start (voorbereidingsfase) van de implementatie hetzelfde geweest. Alle verpleegkundigen hebben een training ontvangen, die zij zich ook nog goed kunnen herinneren en de applicatie is op een computer of op enkele computers geïnstalleerd. De realisatiefase is op geeneen afdeling eenvoudig verlopen, vooral vanwege het feit dat de verpleegkundigen niet zaten te wachten op 'nog een extra registratiesysteem'. Ook werd de top-down benadering waarop ToC 'opeens' is geïntroduceerd op de afdeling als onprettig ervaren.

5.8 Dagelijkse werkpraktijk met ToC

De manier waarop er met ToC wordt gewerkt verschilt per afdeling. Maar op alle afdelingen bleek dat het invullen van de applicatie niet of moeilijk past in het drukke schema en dat er vaak tijd tekort is. Op de ene afdeling wordt de applicatie wel ingevuld, maar wordt er 'flexibel' mee omgegaan. Op de andere twee afdelingen werd duidelijk dat wanneer het druk is of er veel afleidingen zijn, het invullen van de applicatie achterwege wordt gelaten. Opvallend is dat het invullen van de applicatie op twee van de drie afdelingen een eigen werkwoord heeft gekregen: 'Poogi'en' of 'Toccen'. Ook zijn termen als 'RVV' en 'VOD' algemeen bekend onder de verpleegkundigen.

Op twee van de drie afdelingen waar het invullen van de applicatie het beste verloopt, is een secretaresse of voedingsassistent verantwoordelijk voor het invoeren van de patiënten in het systeem. De verpleegkundigen hoeven alleen nog maar de overige taken te verwerken of de patiënten te ontslaan. Op één afdeling is er een vast moment waarop de applicatie ingevoerd wordt (direct na de visite of op een rustig moment in de middag). Hier leek het invullen daarom het meeste als een onderdeel van de werkzaamheden beschouwd. Dit in tegenstelling tot de afdeling waar het invullen 'even tussendoor' of 'als het niet te druk is', plaatsvindt.

De betrokkenheid van artsen op het werken met ToC kwam op twee van de drie afdelingen naar voren als van belang voor het succesvol kunnen werken met ToC. Tegelijkertijd lijkt het

erop dat het merendeel van de artsen niet betrokken is op het werken met ToC (en de terminologie niet eens kent!). Zij lijken hun vakgebied puur als een medische inhoudelijke aangelegenheid te zien.

Op de afdeling waar het invullen van de applicatie 'het meest' stroef lijkt te verlopen, lijkt er in tegenstelling tot wat men wellicht zou verwachten, het grootste besef te zijn van wat het gedachtegoed van ToC inhoudt. ToC wordt hier *niet alleen* als invuloefening gezien, *maar ook* als een manier van denken. Het invullen van de applicatie wordt als een middel gezien om je bewust te worden van het patiëntenproces. Er is bijvoorbeeld ook een groter bewustzijn rondom het feit dat het visitelopen effectiever en efficiënter kan.

5.9 Beleving van ToC bij de verpleegkundigen

Er is op alle afdelingen een neutrale tot negatieve houding geconstateerd tegenover ToC. De tijd die er in het invullen gaat zitten is een belangrijke reden voor een negatieve houding. De betrokkenheid van het management lijkt ook te wensen over te laten in de ogen van de verpleegkundigen. Ook ervaren de verpleegkundigen een kloof tussen henzelf en het management. Dit kwam vooral op de KVA afdeling naar voren waar men een grote scheiding ervaart tussen wat het management belangrijk vindt en wat zij belangrijk vinden.

Problemen die niet op de werkvloer opgelost kunnen worden, lijken niet aangepakt te worden door het management. Op de KVA lijkt men niet van mening dat ToC de patiënt ten goede komt: "*Poogi staat op nummer één, de patiënt op nummer twee*". Deze uitspraak slaat op de manier waarop er volgens de verpleegkundige binnen het management wordt gedacht en illustreert het ervaren verschil van prioriteiten tussen hen en het management. Op alle drie de afdelingen kwam naar voren dat de verpleegkundigen de applicatie niet als 'prioriteit' en 'doel op zich' zien, maar als 'hulpmiddel'. Het feit dat dit vele malen werd benadrukt, wekt de indruk dat men zichzelf en de patiënt wil beschermen 'tegen' een project als ToC. Uit dergelijke opmerkingen kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundigen ToC als een losstaand (niet geïntegreerd) onderdeel van de algemene werkzaamheden (die prioriteit hebben) beschouwen.

Opvallend is dat ToC op alle drie de afdelingen als 'weer een project', 'iets tijdelijks' of een 'hype' werd beschouwd. Waar dit idee van tijdelijkheid van het project vandaan komt is niet volledig duidelijk. Echter, het werd duidelijk dat men ToC als het 'zoveelste' project zag. Op de werkvloer lijkt men gewend geraakt te zijn aan het feit dat projecten komen en gaan. Alle mentoren droegen aan dat de houding ten opzichte van ToC niet positief was omdat er zelden of nooit terugkoppeling plaatsvindt van de resultaten of dat men geen verbetering (meer) merkt in de dagelijkse werkpraktijk. Het idee dat sommige problemen ook niet worden

opgelost door ToC lijkt gekoppeld te zijn aan de beleving van de verpleegkundigen dat het management de echte problemen niet 'escaleert' of oplost. Dit gegeven lijkt bij de verpleegkundigen het idee te bevestigen dat ook het ToC-project op een gegeven moment zal stranden. Want uiteindelijk zal blijken dat bepaalde problemen ook niet opgelost worden met ToC, is hun mening.

Aan de mentoren is een belangrijke rol toebedeeld in de implementatie. Deze mentoren zijn zelf ook verpleegkundige en ervaren dezelfde problemen met het werken met ToC als de collega's voor wie zij mentor zijn. Dit maakt het moeilijk voor hen om collega's te motiveren. Tot slot leidt het feit dat het systeem 'star' is (zie KVA) of niet handzaam of dat men de vaardigheden mist om de applicatie in te vullen, vaak tot geïrriteerdheid bij de verpleegkundigen.

6. Conclusie

Deze scriptie tracht een antwoord te vinden op de vraag:

Hoe is de Theory of Constraints (ToC) op de verpleegafdelingen in het Groene Hart Ziekenhuis geïmplementeerd en hoe ziet de dagelijkse werkwijze met ToC op de verpleegafdelingen eruit?

Om deze vraag te beantwoorden zijn er een aantal deelvragen opgesteld die in het hoofdstuk Resultaten zijn beantwoord. De deelvragen zijn grofweg in twee delen op te splitsen: Deelvraag 1 tot en met 3 gaan over wat ToC theoretisch inhoudt en de wijze waarop het management in samenwerking met het consultancybureau, ToC heeft geïmplementeerd in het GHZ en op de verpleegafdelingen. Hieruit komt naar voren hoe ToC wordt beoogd en hoe de implementatie is verlopen (ook in de beleving van de verpleegkundigen). Deelvraag 4 en 5 gaan over de vraag hoe ToC in de dagelijkse werkwijze op verpleegafdelingen een plaats heeft gekregen.

In dit hoofdstuk zullen de resultaten teruggekoppeld worden naar de literatuur uit het theoretisch kader. De nadruk ligt hierbij op een terugkoppeling naar de ANT. Maar er zal ook kort aandacht worden besteed aan de overige theorieën die er zijn genoemd.

6.1 Implementatie van ToC in het GHZ en op de verpleegafdelingen

De volgende deelvragen worden besproken:

1. Wat houdt ToC in?
2. Hoe is ToC in het GHZ en op de verpleegafdelingen geïntroduceerd?
3. Hoe is de implementatie verlopen vanuit het perspectief van de verpleegkundigen?

6.1.1 Voorbereidingsfase

ToC is een vrij eenvoudige theorie. Het gedachtegoed is niet moeilijk te begrijpen en beschrijft op een heldere wijze hoe er verbeteringen in de logistieke bedrijfsvoering aangebracht kunnen worden. Hoe de theorie precies uitgewerkt kan worden in de praktijk, laat Goldratt vrij. Hij lanceert enkele principes en geeft enkele handreikingen hoe veranderingen doorgevoerd kunnen worden (Bijlage 2). Vanuit ANT-perspectief bekeken, zou dit mogelijkheden kunnen bieden om het proces van translatie soepeler te laten verlopen: het gaat niet om een kant-en-klaar pakket dat top-down wordt geïntroduceerd, maar hetzelfde principe kan op elke plek een andere invulling en uitingsvorm krijgen.

Het gaat er hier vooral om hoe het GHZ ToC heeft opgepakt, vormgegeven en geïmplementeerd in haar organisatie. Het is interessant om het implementatieproces (en dan met name fase 1: de voorbereidingsfase) te vergelijken met de fasen van translatie van Latour (zie theoretisch kader). Uit de Resultaten blijkt dat ToC vrij vlot is geïmplementeerd. Latour (2004) benadrukt het belang van een zorgvuldig (*'due'*) proces. De *'fase van verwondering'* is niet heel goed terug te zien in de documenten over de implementatie. Het lijkt erop dat het bestaansrecht van ToC al vrij snel vaststond binnen het management (een directielid kende ToC uit het bedrijfsleven). Het besluit om ToC in te voeren is toen vrij snel gemaakt. Andere actoren, zoals de specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers zijn niet betrokken in de discussie over het bestaansrecht van ToC. Voor Latour (2004) is het betrekken van alle verschillende actoren en het bediscussiëren van alle alternatieven echter wel een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle translatie. De fase van consultatie is min of meer overgeslagen. Er zijn wel enkele onderdelen van de *'fase van hiërarchie'* te herkennen in het implementatieproces: er wordt bepaald dat er ondersteunende ICT nodig is zodat het registreren van stuurinformatie voor ToC (VOD's/ ontslagbepalende taken/RVV's) ook daadwerkelijk plaats zal vinden. Alle verpleegkundigen, en in het speciaal de mentoren en managers, hebben een training ontvangen. Het gedachtegoed en de relevantie van ToC zijn toegelicht. Maar het bestaansrecht van ToC in het GHZ kon in deze fase niet meer ter discussie staan, er was immers al besloten dat het ingevoerd zou worden.

6.1.2 Realisatiefase

Het was de bedoeling dat het invullen van de applicatie binnen een maand onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden zou zijn. Hoe dit bereikt zou worden staat nergens beschreven. Zoals al is vermeld, is dit vanuit ANT perspectief niet per definitie een probleem, omdat iedere afdeling als een apart netwerk kan worden beschouwd, waar translatie op een eigen manier moet plaatsvinden. De mentoren zijn in de eerste weken van invoering van de applicatie begeleid door een adviseur. Deze lokale begeleiding kan theoretisch de translatie soepeler laten verlopen omdat er binnen het netwerk kan worden gezocht naar actanten die de translatie kunnen bevorderen. Maar dit lijkt niet voldoende te zijn geweest, want het is gebleken dat het invullen van ToC in ieder geval op twee van de drie afdelingen nog niet een geïntegreerd onderdeel van de werkzaamheden is. Het is iets waar flexibel mee omgegaan wordt, wat even tussendoor komt óf als er tijd is. Geen van de afdelingen lijkt zich in de *'fase van institutie'* bevinden. Als het adequaat invullen van de applicatie als een succesvolle implementatie wordt beschouwd, lijkt de afdeling chirurgie ToC het meest geïntegreerd te hebben in de werkzaamheden (men heeft min of meer vaste momenten van invullen). Men stelt het bestaansrecht hier ook het minst ter discussie. Op de andere afdelingen ziet men ToC als een 'hype', dus kan er niet gezegd worden dat ToC als nieuwe actant een vaste

plaats in het bestaande netwerk heeft gekregen. Al met al kan er geconcludeerd worden dat sommige aspecten van de fasen van Latour terug zijn te zien in het implementatieproces. Een sterk punt is dat mentoren op elke afdeling intensief begeleid zijn en worden bij het implementeren zodat elke afdeling ToC op een eigen manier een plaats kan geven. De ene afdeling blijkt hier soms handigere/betere manier voor gevonden te hebben dan de andere afdeling. Echter, het bestaansrecht van ToC staat nog steeds ter discussie, wat een succesvolle implementatie lastig maakt.

Uit de Resultaten kan geconcludeerd worden dat ToC een bottom-up benadering is. Het GHZ vraagt van verpleegkundigen bepaalde dingen te registreren, maar de verpleegkundigen krijgen ook zelf veel eigen regie in handen bij het oplossen van problemen. Echter, de bottom-up benadering is top-down geïntroduceerd, zonder in de allereerste fase professionals te betrekken in de discussie over het bestaansrecht van ToC. Ook Weggeman (2008) en Kotter (1995) zullen dit als een gemiste kans beschouwen. Zij benadrukken beiden ook dat de innovatie breed gedragen moet worden onder de medewerkers/ professionals.

6.2 De dagelijkse werkpraktijk met ToC

4. Hoe ziet het dagelijks werk met ToC er op een verpleegafdeling uit?
5. Hoe wordt het werken met ToC beleefd door professionals (met name verpleegkundigen) op de afdeling?

6.2.1 Het dagelijks werk met ToC

Wat het meeste opvalt in de Resultaten met betrekking tot het dagelijks werk met ToC, is het feit dat alle afdelingen een eigen manier van werken met, en betekenisgeving van ToC hebben ontwikkeld. Op de ene afdeling wordt ToC voornamelijk als een nieuwe manier van denken gezien en op een andere afdeling ziet men ToC voornamelijk als een invuloefening van de applicatie, of benadrukt men dat ze er 'flexibel' mee omgaan. Op de ene afdeling wordt het invullen van de applicatie 'Toccen' genoemd, op de andere afdeling 'Poogi-en'. Dit is een simpel voorbeeld van dat wat ANT zegt over wanneer er een nieuwe actant en een bestaand actant-netwerk met elkaar gaan interacteren: zowel de nieuwe actant als het bestaande netwerken ondergaan een verandering. Op dit punt contrasteert ANT met de andere genoemde verandermanagement theorieën: deze theorieën gaan ervan uit dat de innovatie (in ANT-termen: nieuwe actant) an sich geen verandering ondergaat. Rogers (1995) en vele anderen met hem, gaan uit van *diffusie*, niet van translatie. Uit deze

resultatensectie blijkt echter, dat ToC op elke afdeling een eigen betekenis en uitwerking krijgt.

Ook ondergaat het bestaande netwerk zelf veranderingen. Op die afdelingen waar het registreren het beste verloopt, zijn er maatregelen getroffen zoals het inzetten van een voedingsassistent of een secretaresse bij een deel van het invoerwerk in de applicatie. Op die manier lijkt het invullen van de applicatie beter 'in te passen' te zijn in het werk van de verpleegkundigen. Dit kan als een bevorderende factor voor translatie worden beschouwd. Zowel Latour (2004) als Kotter (1995) benadrukken het gegeven/ belang van het aanpassen van bestaande structuren zodat de nieuwe actant/ innovatie een plaats kan krijgen in het bestaande netwerk. Echter, Kotter gaat er vanuit dat dit voornamelijk top-down moet gebeuren, terwijl Latour benadrukt dat dit in een samenspel/interactie van het bestaande netwerk met de nieuwe actant, gebeurt. Niet alleen de manager speelt hier een rol in; het hele netwerk! (Visscher 1999)

Wat (verdere) inpassing belemmerd is het feit dat andere belangrijke actanten in het bestaande netwerk, namelijk de artsen, ToC als geheel nog niet als onderdeel van hun dagelijkse werk zien (op een enkele uitzondering na). Vooral op de longafdeling en afdeling chirurgie hebben artsen een belangrijke rol bij het inpassen van ToC in het netwerk, namelijk het stellen van VOD's. Zolang artsen ToC niet als nieuwe actant accepteren en inpassen zal volledige translatie ('blackboxing') onmogelijk zijn.

6.2.3 Beleving van ToC

De neutrale tot negatieve houding tegenover ToC lijkt onder andere te wijten te zijn aan het feit dat men ToC over het algemeen als 'weer wat extra registreren' ziet. Tijdgebrek lijkt hier een belangrijke oorzaak voor te zijn. Echte inpassing in het bestaande netwerk verloopt hierdoor moeilijk.

Een belangrijke bevinding die hiermee te maken heeft is het idee dat ToC een 'hype' is. Dit idee van tijdelijkheid lijkt te maken te hebben met het feit dat dit ToC als 'weer' een project wordt gezien. Blijkbaar zijn verpleegkundigen gewend geraakt aan het feit dat projecten komen en gaan. Dus waarom zal er dan de moeite gedaan worden om het een volledig geaccepteerd onderdeel van het netwerk te maken?

Ook de ervaren kloof tussen het management en de dagelijkse werkpraktijk op de afdeling lijkt van invloed te zijn op de beleving van ToC. In de beleving van de verpleegkundigen staat het management te ver van de patiënt af, vindt er weinig terugkoppeling van de resultaten plaats, worden praktische problemen rondom het werken met ToC niet opgelost en worden structurele problemen onvoldoende geëscaleerd (opgelost door management). Hierdoor

lijken al hun inspanningen tot weinig verbeteringen te leiden. De zichtbaarheid van verbeteringen zou verpleegkundigen motiveren door te gaan met ToC en het verder op te nemen in het netwerk. Ook de betrokkenheid van het management zou translatie kunnen bevorderen, omdat men dan het idee krijgt dat ToC een volledig onderdeel van het werk in het GHZ is en niet alleen een 'invuloefening' op de afdeling. Deze bevinding ligt op één lijn met dat wat Kotter (1995) benadrukt in zijn acht-stappenplan: het grote belang van terugkoppeling van de resultaten die de nieuwe manier van werken tot gevolg heeft.

Uit de Resultatensectie blijkt dat mentoren een belangrijke sleutelrol kunnen vervullen in de translatie van de nieuwe actant ToC naar de verpleegafdeling. Echter, zelf gaven de mentoren aan ook moeite te ervaren rondom het werken met ToC. In dat geval is het motiveren van collega's niet eenvoudig. Rogers (1995) benadrukt (ook) het belang van de 'change agents' die de rest enthousiasmeren. De mentoren, die zich in eerste instantie vrijwillig gemeld hebben, kunnen een dergelijke rol vervullen. In het theoretisch kader komt meerdere malen het belang van leiders ten tijde van verandering. Deze mensen zouden actief verbindingen kunnen leggen tussen ToC en het dagelijks werk op de verpleegafdeling.

6.3 Algemene conclusies

ANT kan bijdragen aan een genuanceerd begrip van de werkelijkheid en kan nuttig zijn in zowel het onderzoeken als 'managen' van veranderingen in organisaties. De nadruk op translatie (zowel het geïmplementeerde als het bestaande netwerk veranderen) lijkt een betere weergave van de werkelijkheid te zijn dan de nadruk op diffusie (alleen de bestaande structuren veranderen). Het *due process model* van Latour geeft handvatten om een implementatie, of beter: translatie zorgvuldig te laten verlopen.

ToC is een bottom-up benadering en legt veel verantwoordelijkheid bij de professionals. ToC is echter vrij abrupt en top-down geïntroduceerd op de verpleegafdeling en daarom is er in de implementatiefase onvoldoende ruimte geweest voor een discussie over het bestaansrecht van ToC door alle betrokkenen. Hierdoor is er in de eerste stap van het due process model van Latour een essentiële stap overgeslagen. Desalniettemin heeft ToC op alle afdelingen waar onderzoek is verricht, een bepaalde uitwerking in en op de dagelijkse werkpraktijk gekregen, en is ToC al enigszins 'found in translation'. Echter, enkele belangrijke actanten zoals het management en de artsen zijn onvoldoende tot niet betrokken bij ToC en ToC wordt als iets tijdelijks beschouwd. Bovendien wordt het invullen van de applicatie als iets 'extra's' gezien waar aandacht aan wordt besteed als er de mogelijkheid toe is. Dan is het niet reëel te verwachten dat ToC een vaste plaats in het netwerk van de verpleegafdeling zal krijgen. ToC loopt zodoende het gevaar 'lost in translation' te raken.

7. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak aan een kritische reflectie onderworpen en komen enkele sterke en zwakke punten naar voren. Voor het overzicht zijn er verschillende paragrafen naar deelonderwerp gemaakt.

7.1 Probleemstelling

Deze scriptie heeft als doel in kaart te brengen op welke wijze ToC is geïntroduceerd op verpleegafdelingen van het GHZ en hoe het werken met ToC wordt vormgegeven in de dagelijkse werkpraktijk. De formulering van deze probleemstelling heeft een tweeledig doel voor ogen gehad. Allereerst is deze probleemstelling opgesteld omdat de toepassing van het logistieke besturingsprincipe ToC in ziekenhuizen nog niet uitgebreid is onderzocht. Momenteel zijn vooral praktijkstudies schaars. De insteek van dit onderzoek was daarom om dieper (wetenschappelijk en praktisch) inzicht te krijgen in de dagelijkse werkpraktijk met ToC en de implementatie van ToC in een ziekenhuis. Hoofdstuk 4, 5 en 6 hebben hieraan bijgedragen. Omdat implementatie een belangrijke focus was binnen deze scriptie, is er ook veel aandacht besteed aan het thema 'veranderen'. Dit thema is voornamelijk aan de orde gekomen in het theoretisch kader. Een tweede (impliciet) doel is met ANT een nieuw licht te werpen op het thema 'veranderen'.

Een beperking bij de beantwoording van de probleemstelling is het feit dat alleen de capaciteitsmanager, documenten en de verpleegkundigen en een enkele specialist als bronnen zijn gebruikt. Observaties van en interviews met specialisten, management, Raad van Bestuur waren een welkome aanvulling geweest en zouden bijgedragen aan een nog betere beantwoording van de probleemstelling.

7.2 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is cross-sectioneel van aard. Er is sprake van een momentopname, en dit kan als een beperking worden beschouwd. Vooral omdat 'implementatie' en 'verandering' belangrijke thema's binnen dit onderzoek zijn en er enkel retrospectief onderzoek verricht kon worden. Een longitudinale aanpak waarin de implementatie gedurende de tijd gevolgd wordt, zou de resultaten betreffende de implementatie meer zeggingskracht hebben gegeven. Door middel van documentenanalyse en het terugvragen hoe de implementatie is verlopen en wat er is veranderd in de dagelijkse werkpraktijk, is geprobeerd de implementatiefase in kaart te brengen. Deze combinatie van dataverwerking maakte mogelijk datgene dat er uit de documenten naar voren kwam, te vergelijken met hoe verpleegkundigen de implementatie hebben ervaren. Er is daarnaast meerdere malen

contact geweest met de capaciteitsmanager om bepaalde conclusies uit de documentenanalyse over de implementatiefase te verifiëren of te nuanceren. Dit heeft de betrouwbaarheid verhoogd. Over het algemeen kan de hoeveelheid tijd die er in het veldonderzoek gestoken is, als een beperking worden beschouwd: meer tijd zal hoogstwaarschijnlijk een genuanceerder beeld van de werkelijkheid hebben gecreëerd.

Een kracht van dit onderzoek is dat er een combinatie van onderzoeksmethoden is gehanteerd. Met name de observaties hebben een goed beeld van de werkelijkheid gegeven. Deze vorm van onderzoek doen gaf de mogelijkheid om de complexiteit van de werkelijkheid in kaart te brengen en te zien hoe de dagelijkse werkpraktijk met ToC er werkelijk uitziet. Wanneer er alleen interviews zouden zijn gehouden, zou er met zekerheid een beperkter beeld van de werkelijkheid zijn ontstaan. Maar er kleven ook nadelen aan observatie als onderzoeksmethode. Een nadeel van observatie is het feit dat de onderzoeker altijd een inbreuk vormt op de omgeving waar het onderzoek plaatsvindt. Een onderzoeker zal nooit precies weten in hoeverre zijn of haar rol de wijze waarop er werd gewerkt heeft beïnvloed. Om sociaal wenselijk gedrag en sociaal wenselijke antwoorden op vragen te vermijden is meerdere malen benadrukt dat het onderzoek geen controle is. En dat zowel dingen die goed als slecht gaan in het werken met ToC voor het onderzoek interessant zijn. Aan de hand van de volgende beschrijving van een gebeurtenis tijdens de observaties wordt geïllustreerd dat de onderzoeker helaas wel invloed had op de onderzoekomgeving:

Tijdens het visitelopen:

Specialist: *“wie ben jij?”* Onderzoeker: *“(Naam), ik doe een tijdje onderzoek naar hoe het werken met ToC er in de praktijk uitziet”*. De specialist en de arts-assistent beginnen te lachen. Hierop zegt de verpleegkundige direct: *“Dat moet je niet zeggen joh!”* Achteraf wordt deze situatie besproken met de verpleegkundige, die aangaf dat de term ‘VOD’ vaker dan gewoonlijk werd genoemd. Conclusie: een voorbeeld van sociaal wenselijk gedrag.

Een ander nadeel was dat de onderzoeker niet volledig kon participeren in het dagelijks werk van de verpleegkundigen, bij gebrek aan opleiding en vaardigheden. Echter, men is gewend dat er veel leerlingen zijn op een afdeling. De onderzoeker werd daarom vaak als een leerling gezien.

Tot slot is een nadeel van kwalitatief onderzoek in het algemeen dat de onderzoeker nooit een volledig beeld zal krijgen en er sprake is van subjectieve waarnemingen. Er is geprobeerd dit probleem zo goed als mogelijk te ondervangen door hier continu van bewust te zijn, en door in de uitgebreide observatieaantekeningen onderscheid proberen te maken tussen objectieve en subjectieve waarnemingen. Deze vorm van bias zou verder verminderd kunnen worden door samen met een andere onderzoeker het onderzoek te verrichten en de

gegevens te analyseren. Dit was echter niet mogelijk in dit onderzoek. Om de betrouwbaarheid enigszins te verhogen zijn bepaalde conclusies op basis van de observaties en interviews teruggekoppeld naar de verpleegkundigen om zeker te stellen dat deze klopten.

7.3 Data-analyse

Het proces van dataverzameling tot het schrijven van een resultatensectie leidt er onvermijdelijk toe dat er data verloren gaan. Een onderzoeker maakt in dit proces keuzen die een ander wellicht anders zou hebben gemaakt. Er is in dit onderzoek echter getracht een zo rijk mogelijke beschrijving te geven in de resultatensectie en niet teveel 'etiketten' te plakken en de werkelijkheid op te delen in losse onderdelen zonder rekening te houden met de onderlinge verbondenheid van al deze onderdelen. Op deze manier is geprobeerd vertekening door selectie van data, te verkleinen.

7.4 Theoretische invalshoek

Een opvallend aspect van deze scriptie is de keuze om de ANT te gebruiken bij het beschouwen van de praktijksituatie. De meerwaarde van ANT ten opzichte van veel literatuur over veranderen komt in het theoretisch kader aan de orde. Hierbij moet vermeld worden dat het wat gewaagd is algemene uitspraken te doen over 'de' literatuur op het gebied van verandermanagement en geen nuanceverschillen aan te brengen. Aan de andere kant zou een onmogelijke taak zijn om een totaaloverzicht van de literatuur te geven. Na uitvoerig literatuuronderzoek is er daarom voor gekozen enkele toonaangevende auteurs te noemen.

In de terugkoppeling van de resultaten naar de theorie (conclusies) vormt ANT het uitgangspunt. Deze theorie voorkomt dat men fenomenen direct 'labelt' of 'etiketteert' en daarmee voorbij gaat aan de essentie van de fenomenen. Latour heeft aangetoond dat translatie essentieel is bij implementatie. Hij gaat ervan uit dat zowel de nieuwe actant als het bestaande netwerk op die manier (moeten) veranderen, dat de nieuwe actant een vaste plaats kan krijgen in het nieuwe netwerk. Dit onderzoek heeft ook aangetoond dat zowel ToC als het bestaande netwerk verandering ondergaan. Recent heeft Latour het normatieve due process model ontwikkeld. Het gedachtegoed van ANT en het due process model kunnen waardevol zijn wanneer men aan het begin staat van verandering. Er is vanzelfsprekend ook kritiek op de ANT. Veel kritiek komt vanuit de wetenschapsfilosofische hoek en heeft te maken met de oude discussie over structuur versus agency. Latour probeert die discussie te omzeilen door dingen en mensen te beschrijven in heterogene netwerken. Maar critici zeggen:

“Yet by suggesting that it is possible and desirable to distinguish between the human and non-human, albeit only for the purposes of analysis and to demonstrate their interconnection, ANT recreates the dualism it seeks to overcome” (Whittle A & Spicer A 2008)

Latour (2005) zegt in reactie hierop dat er vier dingen niet kloppen aan ANT. De woorden actor, netwerk en theorie en de combinatie ervan: actor netwerk theorie. Het is namelijk geen theorie maar voornamelijk een onderzoeksmethodologie. En door de woorden actor en netwerk apart te noemen, lijkt het alsof hij hiermee de symmetrie van dingen en mensen juist opheft. Het woord actor is mede hierom ook in ‘actant’ omgedoopt.

Latour benadrukt dus dat ANT het beste als onderzoeksmethodologie beschouwd kan worden. Wanneer ANT als onderzoeksmethodologie wordt gebruikt zal een rijke beschrijving het gevolg zijn. Sommige critici beweren dat de ANT met haar beschrijvingen uiteindelijk nergens toe leidt, behalve tot het maken van rijke beschrijvingen (Whittle & Spicer 2008). Generaliseren kan niet, en daarom kan men zich afvragen wat het nut is van dergelijk onderzoek. Echter, door het maken van rijke beschrijvingen kan een genuanceerd beeld worden gecreëerd van hoe de werkelijkheid nu precies werkt of in elkaar zit. Vervolgens kan men lering trekken uit deze beschrijvingen (Czarniawska 1995). Latour noemt dit zelf *“to expand locally everywhere”* (Latour 2005)

Een vraag die ongetwijfeld naar boven komt bij het hanteren van ANT als onderzoeksmethodologie is de vraag: *“Waar houdt het op?”* Latour geeft aan dat tijd of het maximaal aantal pagina's bijvoorbeeld een beperkende factor kan zijn (of het aantal ECTS dat er voor een onderzoek staat...) en dat dergelijke redenen evengoed beperkende factoren zijn bij de manier waarop er over het algemeen onderzoek wordt gedaan. (Avgerou e.a., 2004). Bij de afbakening tijdens het creëren van een tekst vanuit ANT perspectief kan er in gedachten worden gehouden dat er een onderscheid is tussen de onderzoeker en de schrijver (Dankert (2009).

7.5 Onbeantwoorde en nieuwe vragen

Zoals eigen is aan elk wetenschappelijk onderzoek, zijn er ook tijdens het verrichten van dit onderzoek en tijdens het schrijven van deze scriptie nieuwe vragen naar voren gekomen. Door gebrek aan tijd voor verdere verdiepende interviews kon er niet altijd dieper op drijfveren van mensen en menselijk gedrag worden ingegaan. Ondanks dat er is geprobeerd zoveel mogelijk verdiepende vragen te stellen aan de vele betrokkenen, zijn er vragen overgebleven, of beter gezegd: bijgekomen. Met name rondom de specialisten en het management in relatie tot ToC, een onderwerp dat in dit onderzoek geringe aandacht heeft kunnen krijgen. Vragen als ‘welke mechanismen liggen ten grondslag aan het feit dat de

artsen zich weinig verantwoordelijk voelen voor ToC en het proces dat de patiënt doorloopt? Hoe kan de geconstateerde kloof tussen management en verpleegkundigen verder verklaard en verkleind worden? Hoe kan het feit dat ToC als een hype wordt gezien verder verklaard worden en hoe kan een project toch geborgd worden als er een organisatiecultuur heerst waar projecten als een 'hype' worden beschouwd?

Maar ook vragen met betrekking tot de theoretische invalshoek en ANT blijven nog onbeantwoord. Het zou interessant zijn om dieper in te gaan op de wijze waarop theorieën als van Kotter, Weggeman en Grol zich verhouden tot de *due process* en de translatie van ANT. Mogelijke andere vragen kunnen betrekking hebben op hoe Latour zich verhoudt tot het constructivisme. En hoe het zit met de (relatieve) macht van de actanten en hoe we om moeten gaan met begrippen als 'verantwoordelijkheid' en 'afrekenbaarheid' als zowel menselijke als niet-menselijke actanten binnen netwerken een bepaald handelingsvermogen hebben. Ook de praktische toepassing van ANT blijft nog deels onduidelijk: hoe kunnen managers een implementatieproces dat volgens het *due process* model reeds op een 'verkeerde' manier is gestart, toch nog succesvol laten verlopen?

De genoemde vragen zullen een verdere verdieping van het onderwerp van deze scriptie mogelijk maken. Dit onderzoek vormt een eerste aanzet om ANT als uitgangspunt te nemen in het bestuderen en daadwerkelijk uitvoeren van verandering in de zorg. Bovenal heeft deze scriptie bijgedragen aan het vergroten van het inzicht in de toepassing van ToC in de zorg, de implementatie van ToC in het GHZ en de dagelijkse werkpraktijk van verpleegkundigen op afdelingen waar ToC is geïmplementeerd.

8. Aanbevelingen

Hieronder volgen enkele aanbevelingen met betrekking tot de implementatie en borging van ToC in het GHZ, verandermanagement in het algemeen en nader onderzoek op het gebied van verandering en implementatie.

8.1 ToC implementatie en borging in het GHZ

Algemene aanbeveling: Doorloop van begin af aan de fasen van translatie zoals Latour ze grofweg omschrijft in zijn *due process model* (zie theoretisch kader)

- Begin alsnog discussie over bestaansrecht waarin zowel verpleegkundigen, artsen als managers en alle denkbare andere betrokkenen bij het werken met ToC betrokken worden.
- Betrek ook alle betrokkenen bij het zoeken naar een voor elke afdeling passende manier om de translatie van de nieuwe actant ToC naar het bestaande netwerk van de verpleegafdeling verder te faciliteren. Een vast moment op de dag en een heldere taakverdeling voor het invoeren van patiënten en taken in de applicatie zijn gebleken 'facilitators'.
- Zorg ervoor dat er terugkoppeling van resultaten plaatsvindt naar de afdeling.
- Streef naar succesvolle escalatie van die problemen die niet op afdelingsniveau opgelost kunnen worden.
- Begeleid in het aanleren van vaardigheden met betrekking tot het invullen van de applicatie. En zorg voor een handzaam applicatiesysteem.
- Maak mensen er op deze manier van bewust dat ToC geen tijdelijk project is

8.2 Verandermanagement

- Het gedachtegoed van de ANT vormt een interessant uitgangspunt bij het nadenken over en doorvoeren van veranderingen in een organisatie. Translatie (in tegenstelling tot diffusie), de 'rol van de dingen' en de due processs werpen op een eenvoudige en toegankelijke manier een nieuw licht op veranderingsprocessen.

8.3 Nader onderzoek

- In dit onderzoek is er voornamelijk gericht op de dagelijkse werkpraktijk met ToC van verpleegkundigen. Er is meer inzicht nodig in de mechanismen die ten grondslag

liggen aan het wel of niet werken met ToC door artsen en managers. Hierbij moet een combinatie van onderzoeksmethoden gehanteerd worden.

- Dit is een eerste theoretische beschouwing op het nut van de ANT bij onderzoek op gebied van verandermanagement in de zorgsector. Meer onderzoek is nodig.
- Er is meer onderzoek nodig naar het praktische nut van ANT bij het doorvoeren van veranderingen. In dit kader zou een longitudinaal onderzoek naar implementatie aan de hand het due process model van Latour interessant zijn.

Referenties

Literatuurbronnen

AGI (2009). A. Goldratt Institute, Document: *The Theory of Constraints and its Thinking Process*. Gedownload op 12-4-2009 URL: <http://www.goldratt.com/toctpwhitepaper.pdf>.

Ajzen I (1991). *The theory of planned behaviour*. *Organ Behav Hum Decis Process* 1(50): 179-211.

Akrich M & Latour B (2008). *A Summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotics of Human and Nonhuman Assemblies*. In: Bijker W & Law J (1992) - *Shaping Technology / Building Society: Studies in Sociotechnical Change*.

Avgerou C, Ciborra C, Land FF (2004). *The Social Study of Information and Communication Study*, edited by Oxford University Press, pp.62-76 (reprinted in prologue of -see book XII). Geraadpleegd op 11-7-2009 URL: <http://www.bruno-latour.fr/articles/article/090.html>.

Baarda DB, de Goede MPM & Teunissen J (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Stenfert Kroese. Wolters Noordhoff bv Groningen/Houten.

Bazzoli GJ, Dynan L, Burns LR, Yap C (2004). *Two Decades of Organizational Change in Health Care: What Have We Learned?* *Medical Care Research and Review*, 61(3): 247-331.

Berwick DM (2003). *Disseminating Innovations in Health Care*, *JAMA* 289:1969-1975.

Bokhoven MA van, Koch H, Dinant G-J, Bindels PJE, Grol RPTM & Weijden T van der (2008). *Exploring the black box of change in improving test-ordering routines*. *Family Practice*; p1-7.

Borghuis TL (2007). *Vertragingen te lijf: drastische verkorting van opnameduur in Sint Antonius Ziekenhuis*, *Medisch Contact* 62: 1366-69.

Boulding, K. E. (1956). *General systems theory - the skeleton of science*, *Management Science*, 2: 197-208.

Breen AM, Burton-Houle T, Aron DC (2002). *Applying the Theory of Constraints in Health Care: Part 1—The Philosophy*, *Quality Management in Health Care*, 10(3), 40–46 .

Callon M, Latour B (1981). *Unscrewing the Big Leviathan: How Actors Macro-Structure Reality and How Sociologists Help Them To Do So*. In Knorr-Cetina K.; Cicouvel, AV (eds.) *Advances in Social Theory and Methodology: Towards an Integration of Micro and Macro-Sociology*. Boston, MA; London: Routledge.

Clarke A & Rosen R (2001). *Length of stay: how short should hospital care be?*, The European Journal of Public Health 11(2): 166-170.

Cozijnsen AJ, Vrakking WJ (2003). *Handboek verandermanagement: theorieën en strategieën voor organisatieverandering*, 2^e ed. Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Czarniawska B (1995). *Narration or science? Collapsing the division in organizational studies*, Organization 2(1):11-33.

Van Dijk JK & Oostrom TAJ (1998), *Perspectief op verandering, managementparticipatie van verpleegkundigen en verzorgenden in zorginstellingen*. 1^e ed. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.

Dankert (2009). *Actor network theorie in het kort*. Geraadpleegd op 11-7-2009. URL: <http://ritskedankert.nl/dossiers/actor-netwerk-theorie/ant-in-het-kort>.

Dooley KJ (1997). *A Complex Adaptive Systems Model of Organization change*, Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences 1(1): 69-97.

Fitzgerald L, Lilley C, Ferlie E, Addicott R, McGivern G, Buchanan D (2006). *Managing Change and Role Enactment in the Professionalised Organisation*, Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).

Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P (2008). *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review*, BMC Medical Informatics and Decision Making 8:38.

Goldratt EM & Cox J (1986). *The Goal: A Process of Ongoing Improvement*. New York: North River Press.

Goldratt EM & Cox J (2004). *The Goal: A Process of Ongoing Improvement*, 3ed, Farnham: Gower Publishing Ltd.

Gorissen, PLMEM & Merode G van (2006). *Bedrijfsvoering en logistiek in ziekenhuizen*, Zorgmagazine 3: 7-11.

Grol R, Baker R, Moss F (2002). *Quality improvement research: understanding the science of change in health care*, Qual Saf Health Care 11:110–111.

Grol R, Grimshaw J (2003) *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*, The Lancet 362:1225-1230.

Grol R, Wensing M (2006). *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*. 3^e ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Huijsman (2006). *Logistiek mag je niet laten lopen*, Themanummer Logistiek, ZM 3:2-6.

Hulscher M, Wensing M, Grol R (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Den Haag: ZON, 2000.

Jarrett PG (1998). *Logistics in the health care industry*, International Journal of Physical Distribution & Logistics Management 28: 741-772.

Kollberg B, Dahlgaard JJ, Brehmer P-O (2007). *Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings*, International Journal of Productivity and Performance Management 56: 7-24.

Kotter, J.P. (1995). *'Leading Change: Why transformation Efforts Fail'*, Harvard Business Review: 1-20.

Latour B (1997). *De Berlijnse sleutel en andere lessen van een liefhebber van wetenschap en techniek*. Van Gennep Amsterdam.

Latour, B (1999). *Pandora's hope. Essays on the reality of science studies*. Cambridge MA London: Harvard University Press.

Latour B (2004). *Politics of Nature. How to bring the sciences into democracy*. Harvard University press. Cambridge, Massachusetts. London, England.

Latour, B (2005). *Reassembling the Social. An introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press, Oxford.

Law, J (1992). *Notes on the Theory of the Actor Network: ordering, Strategy and Heterogeneity*. Gepubliceerd door het Centre for Science Studies, Lancaster University. Geraadpleegd op 11-7-2009. URL: <http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/law-notes-on-ant.pdf>.

Lewis I & Suchan J (2003). *Structuration theory: its potential impact on logistics research*, International Journal of Physical Distribution & Logistics Management 33(4): 296-315.

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

Motwani J, Klein D, Harowitz R (1996a). *The theory of constraints in services: part 1 - the basics*, Managing Service Quality 6(1):53-56.

Motwani J, Klein D, Harowitz R (1996b). *The theory of constraints in services: part 2 – examples from health care*, *Managing Service Quality* 6(2):30-34.

Ovretveit J (2004). *The leaders rol in quality and safety improvement: a review of research and guidance*. Stockholm: Association of County Councils (Lanstingsfurbundet).

Rahman S (1998). *Theory of constraints: A review of the philosophy and its applications*, *International Journal of Operations & Production Management* 18(4): 336-355.

Rodgers R, Hunter JE, Rogers DL (1993). *Influence of top management commitment on management program success*, *J Applied Psych* 78:151-155.

Rogers EM (1995) *Diffusion of innovations*. Fourth edition. New York: The Free Press.

Sehwail L, DeYong C (2003). *Six Sigma in health care*, *Leadership in Health Services* 16: p1-5.

SFG (2007), Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam. In: Nieuwsarchief 26 juni 2007. Geraadpleegd op 3-3-2009 URL: http://www.sfg.nl/smartsite.dws?id=NEWS_ARCHIVE_FOLDER&newsItem=1302.

Stalder F & Clement (1997). *Actor network Theory and communication networks: toward convergence*. Geraadpleegd op 27-6-2009. URL: http://felix.openflows.com/html/Network_Theory.html.

Stone Sunstein B & Chiseri-Strater E (2007), *Fieldworking: Reading and Writing Research*. 3rd ed. Bedford/St. Martin's, Boston.

Visscher K (1999). *Managers zijn nooit modern geweest*. *Filosofie in bedrijf* 9(1): 29-36.

Vissers J, Beech R (2005). *Health Operations Management: patient flow logistics in health care*, *Routledge Health Management Series*, Oxon.

De Vries G, Hiddema UF (2001). *Management van Patientenstromen*. *Medicus en Managment* 3, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Antwerpen.

Weggeman, MCDP (2008). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*, Schiedam: Scriptum.

Whittle A & Spicer A (2008). *Is Actor Network Theory Critique?*, *Organization studies* 29(04): 611-629.

Documenten GHZ

Draaiboeken van de afdelingen Long, chirurgie, KVA St Jozeflocatie

GHZ-1: GHZ Projectplan 14-3-2008

GHZ Logboek_Draaiboek afdelingen 2008-08-20

GHZ- memo projectplanning verpleegafdelingen 2008-03-11

GHZ planning 2008-04-28

GHZ Stand van zaken juni 2009 concept 1

Instructie 1.2.1.3 8 december 2008

Implementatieplannen afdelingen Long, chirurgie, KVA St Jozeflocatie

Overzicht data TOC workshops 16-05-08

Verslagen van buffermeetings afdelingen Long, chirurgie, KVA St Jozeflocatie

Overige bronnen

Gesprekken en mailwisseling met scriptiebegeleider B. Huisman

Gesprekken en mailwisseling met M. Kemp, capaciteitsmanager GHZ

Interview en mailwisseling met R. Dankert, planoloog en onderzoeker bij onderzoeksinstituut OTB aan de TU Delft

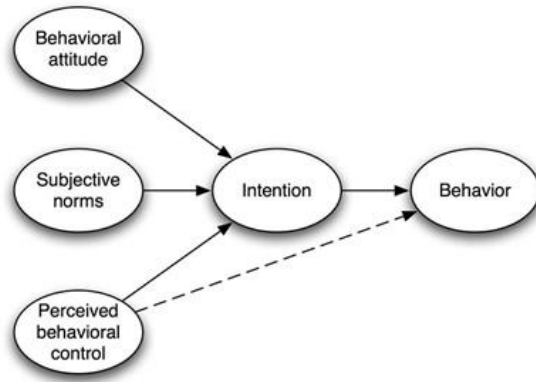
Gesprek en 'meelopen' met zorgmanager T. Fransen, zorgmanager in het Maasstad Ziekenhuis, Locatie Clara

Afkortingenlijst

ANT	Actor Network Theorie. Deze theorie vormt min of meer het uitgangspunt in dit onderzoek.
GHZ	Groene Hart Ziekenhuis
KVA	Kort Verblijf Afdeling. Op deze afdeling is sprake van een snelle doorstroom van patiënten omdat patiënten voor een kleine ingreep komen en meestal maar enkele uren op de afdeling hoeven te verblijven
RVV	Reden Van Vertraging. Wanneer de voorlopige ontslagdatum wordt overschreden, is daar altijd een reden voor. Wanneer het om een reden gaat die niet-medisch van aard is, is dit een RVV, reden van vertraging. Deze RVV's worden geregistreerd om de belangrijkste RVV op te sporen en aan te pakken
ToC	Theory of Constraints. Dit concept is geïmplementeerd in het Groene Hart Ziekenhuis.
VOD	Voorlopige ontslag datum. Op deze vastgestelde datum is het de bedoeling dat de patient naar huis gaat, tenzij er medische redenen zijn waarom deze VOD uitgesteld moet worden.
VOT	Voorlopige ontslag tijd (in uren). Op deze vastgestelde tijd is het de bedoeling dat de patient naar huis gaat. De VOT wordt op de Kort Verblijf Afdelingen (KVA) gehanteerd. Er wordt in uren gerekend omdat patiënten hier voor een kleine ingreep komen en zodoende maar enkele uren in het ziekenhuizen hoeven te verblijven.
ZoCo	Zorgcoördinator. Een ZoCo is een verpleegkundige die (meestal samen met een andere ZoCo) leiding geeft op een afdeling op operationeel niveau.

Bijlage 1

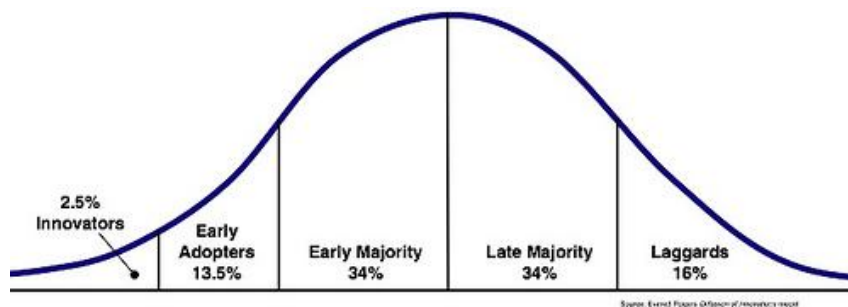
Verandermanagement: theorieën en modellen



Figuur 1a. Theory of Planned behavior (TPB)



Figuur 1b. Acht stappen om een organisatie te veranderen (Kotter 1998)



Figuur 1c. 'Diffusion of Innovation' van Rogers (1995)

Bijlage 1 (vervolg)

Tabel 1a. Elementen van effectieve implementatie (Grol, 2006)

<p>Elementen van effectieve implementatie volgens de literatuur (Grol & Wensing, 2006):</p> <ul style="list-style-type: none">- Een systematische aanpak en goede planning van de implementatieactiviteiten- Aandacht voor praktische maatregelen en voor het creëren van een context voor verandering- Implementeren betekent voor de doelgroep doorlopen van een stapsgewijs proces.- Aandacht voor innovatie: is het een 'goed product'- In kaart brengen feitelijke zorg en afwijking van beoogde werkwijze- Diagnostische analyse van doelgroep en setting vóór start van implementatie- Subgroepen uit de doelgroep kunnen in verschillende fasen van het veranderingsproces zitten en verschillende behoeften hebben: houd rekening met segmenten in de doelgroep- De doelgroep betrekken bij zowel de ontwikkeling en aanpassing van de innovatie als bij het plannen van de implementatie.- Keuze van implementatieactiviteiten koppelen aan bevindingen van diagnostische analyse- Meestal is een enkelvoudige methode of maatregel onvoldoende; zoeken naar een kosteneffectieve mix van methoden- Onderscheid maken in fasen van implementatie (verspreiden, implementeren, integreren): verschillende maatregelen en strategieën zijn effectief in verschillende fasen.- Juiste maatregelen nemen op verschillende niveaus; landelijk, lokaal, team, praktijk, professional- Continue evaluatie van het implementatieproces en het resultaat ervan; feedback aan doelgroep- Implementatie inbouwen in bestaande structuren en streven naar langetermijneffecten

Bijlage 2

Deel A: 'ToC Thinking Processes'

Het proces dat kenmerkend is voor de toepassing van ToC kan vergeleken worden met het behandelproces dat een specialist in een ziekenhuis toepast: Eerst vindt de diagnose plaats waarin de oorzaak van het probleem/de ziekte wordt gezocht. Vervolgens wordt op basis van de diagnose een behandelplan ontwikkeld om de ziekte te behandelen, rekening houdend met de unieke situatie van de patiënt. In dit plan wordt er geanticipeerd op alle zaken die van belang zijn om het behandelproces succesvol te laten verlopen. Tot slot wordt het behandelplan uitgevoerd, waarin vooraf rekening wordt gehouden met de implementatie ervan: er vindt bijvoorbeeld inroosting plaats op de OK en verpleegafdeling.

ToC stelt bij het verbeteren van organisaties dezelfde soort vragen:

De drie vragen behorend tot ToC Thinking Processes:

1. Wat moet er veranderd worden?

Oftewel: identificeer het 'core conflict' die de ongewenste effecten veroorzaakt.

2. Wat moet er nog meer veranderd worden?

Identificeer en doorbreek alle onderliggende redenen van het bestaan van het 'core conflict' en zorg dat de nieuwe strategie geen nieuwe ongewenste effecten met zich meebrengt en in lijn is met de strategische doelen van het hele systeem.

3. Hoe moet er veranderd worden?

Een plan waarin rekening wordt gehouden met de unieke cultuur van de organisatie en waarin stap voor stap wordt beschreven hoe men van de huidige situatie tot het doel kan komen, en wie waarvoor verantwoordelijk is. Omdat 'resistance to change' (zie paragraaf 2.5) de beste plannen en strategieën kan blokkeren, zal er actief aan consensus en samenwerking gewerkt moeten worden.

Deze drie vragen vormen het raamwerk van de zogenoemde ToC Thinking Processes. De vragen moeten ervoor zorgen dat een helder gedefinieerd probleem op een strategische wijze opgelost wordt aan de hand van een gedetailleerd plan bestaat uit een beschrijving van alle benodigde activiteiten van diegenen die de oplossing gaan implementeren.

Deel B: Het overkomen van 'resistance to change'

Om zeker te stellen dat de ontwikkelde plannen op steun kunnen rekenen en ook daadwerkelijk uitgevoerd zullen worden, moeten vooraf de volgende zes vragen gesteld en beantwoord worden door diegenen die de plannen moeten uitvoeren of op een andere manier gevolgen ondervinden van de plannen.

De zes cruciale vragen voorafgaand aan implementatie:

1. Wordt het juiste probleem aangepakt?
2. Is de algemene richting van de oplossing de juiste?
3. Zal de oplossing echt helpen het probleem op te lossen?
4. Wat kan er misgaan? Wie kunnen er last ondervinden van de plannen?
5. Hoe gaan we dit implementeren?
6. Willen we dit echt? Hebben we de juiste leiders en voldoende commitment in huis om deze verandering door te voeren?

Wanneer er geen antwoord op al deze vragen kan worden gegeven door de betrokkenen, zal de weerstand om te veranderen te groot zijn om de verandering succesvol door te voeren. (AGI (2009), Rahman 1998)

