



MIDDELMANAGERS, WAT GEBEURT ER IN HET PRODUCTIEPROCES?

Linda van den Hoven – Joziase, 318200

RSM COACH EN MEELEZER: prof. dr. Alexander Maas en prof. dr. em. Peter de Wolf



Inhoudsopgave

Interventiecardiologie, een dankbaar beroep	3
Hoofdstuk 1. Krachtenveldanalyse van onderzoeksgebied	5
1.1 Zorgverzekeraars	5
1.2 Marktwerking.....	5
1.3 Academisch ziekenhuis.....	5
1.4 Cardiologie.....	6
1.5 Interventiecardiologie	6
1.6 Productieprocessen	7
1.7 Middelmanagers.....	7
1.8 Naar een probleemstelling.....	7
1.9 Doelstelling	8
Hoofdstuk 2. Methodologie van dit onderzoek	10
2.1 Kwalitatief onderzoek, waarom?.....	10
2.2 Onderzoeksstrategie	10
2.3 Informatie-verzamelmethoden	11
2.4 Kwaliteit van het onderzoek.....	11
2.5 Analysemethoden	12
2.6 Meervoudige rollen.....	12
Hoofdstuk 3. Resultaten uit de ziekenhuispraktijk	13
3.1 Empirische resultaten.....	13
3.2 Blokkades	13
3.3 Diagnostiek van de topics.....	13
3.3.1 Patiënten informatiesysteem	13
3.3.2 Organisatiegrootte.....	14
3.3.3 Cultuur.....	15
3.3.4 Informatievoorziening	16
3.3.5 Planning.....	17
3.3.6 Overhead.....	18
3.3.7 Taakgerichtheid	19
3.3.8 Capaciteit.....	20
3.4 Samenvattend.....	21
Hoofdstuk 4. Verdieping door literatuurstudie	22
4.1 Samenwerken	22
4.1.1 Samenwerken in de zorg.....	23
4.1.2 Ontwikkelingen in de zorg die invloed hebben op samenwerking	23
4.2 Samenwerking in productieprocessen	24
4.3 Multidisciplinair versus Interdisciplinair	26
4.3.1 Interdisciplinair samenwerken essentieel?	27
4.4 Interdisciplinaire samenwerking optimaliseren	29
4.4.1 Succesfactoren om interprofessioneel samenwerken te verbeteren.....	29
4.4.2 Competenties.....	29
4.4.3 Het proces van samenwerken verbeteren.....	31

4.4.4 Teamsamenstelling	32
4.4.5 De rol leiderschap en samenwerking binnen interdisciplinaire teams	32
4.4.6 Taakverdeling binnen team/keten.....	32
4.4.7 Teamontwikkeling	33
Hoofdstuk 5. Analyse, conclusies en aanbevelingen.....	35
5.1 Keten of netwerk?	35
5.2 Blokkades, beschrijving vanuit betrokkenen.....	36
5.3 Nadere analyse van de onderzoeker, enige observaties	39
5.4 Samenwerken in de toekomst?.....	39
5.4.1 Multidisciplinair versus interdisciplinair	40
5.4.2 Leiderschap	40
5.4.3 Het proces van samenwerken	41
5.4.4 Communicatie	41
5.4.5 Vertrouwen	41
5.4.6 Lean strategie	42
5.5 Samenvatting.....	42
5.6 Conclusies	43
5.7 Aanbevelingen	43
Bibliografie	45

Interventiecardiologie, een dankbaar beroep

Sinds 2009 ben ik werkzaam op de afdeling Interventiecardiologie. Na een periode van een jaar heb ik ontdekt dat dit beroep eigenlijk een passie van me is. Ik vond het steeds leuker en ben meer en meer ingrepen gaan doen en kon steeds meer zelfstandig uitoefenen, in samenwerking met een arts natuurlijk, maar voelde mij helemaal op mijn plaats. Het hart is de motor van het lichaam en het was en is zo bijzonder dat we hier zoveel mee en aan kunnen doen en dit alles minimaal invasief. Het is een bijzonder beroep waarvan ik zou willen dat iedereen eens zou zien wat er kan/mogelijk is en wat we doen. De ontwikkelingen in dit vakgebied staan echt nooit stil; daar ben ik enorm door verrast. Wat dit betekent kan je pas goed begrijpen, als je hier werkt.

Na drie jaar ben ik betrokken geraakt bij het Transcatheter Aorta Klep Implantatie (afgekort tot TAVI) programma.¹ Hier kon ik mijn perfectionisme helemaal kwijt. Ik begon als omloop verpleegkundige en groeide naar steriele verpleegkundige; daar hebben wij in samenwerking met de andere collega's de procedure tot een steeds meer minimaal invasieve procedure kunnen ontwikkelen. Het is een mooi iets om een patiënt minimaal invasief te kunnen behandelen met grootse effecten op het gebied van kwaliteit van leven voor de patiënten.

Ik ben heel blij en trots dat ik bij dit proces betrokken mocht zijn en hier ook verder in mocht gaan. Sinds anderhalf jaar ben ik ook leidinggevende van de afdeling Interventie-cardiologie. Daarbij gaat het meer om planning en zaken rondom deze ingreep. Dan zie je de zaken die achter de schermen spelen en op voorhand van zo' procedure plaatsvinden. Het is een grote groep mensen die zich inzet voor de beste resultaten en de beste patiëntenzorg. Denk aan: arts(en), afdeling(en), polikliniek, planningsbureaus en secretaresse, verpleegkundigen, technici, echografist(en), managers en financiële ondersteuning.

Wat ik in al die jaren heb mogen ervaren is de grote dankbaarheid van patiënten als een ingreep achter de rug is en zij weten dat het nu een weg is naar herstel en verbetering van kwaliteit van leven. In het kader van mijn opleiding en afstuderen in de specialisatie Management van Verandering dacht ik meteen aan dit hele proces. Ik wilde iets kiezen wat dicht bij mij en mijn collega's uitvoerende beroep staat, en wilde in het kader van voortdurend verbeteren en perfectioneren dit proces weer eens van een andere kant onder de loep nemen.

Management van Verandering wil mensen bewust maken van het feit dat dingen soms anders kunnen, maar ook dat dingen goed gaan. Dat vind ik een goede manier om iets te benaderen; we doen al heel veel goed, maar er is altijd ruimte voor verandering. De verandering binnen de ingreep heeft nooit stilgestaan. Thans het gehele proces onder de loep nemen zou mogelijk weer kunnen bijdragen aan verandering. Het onderwerp dichtbij mijn uitvoerende werk kiezen, werkt motiverend en is ook iets waarin ik oprecht geïnteresseerd ben. Ook omdat ik al zo'n tijd betrokken ben bij deze ingreep, is het een vertrouwd proces, waarbij de valkuil is dat het ook voor mij zal blijven gaan zoals we 'gewoon zijn'. Het werk is een continu proces waarbij alle radartjes gewoon door blijven draaien, met als uiteindelijk doel het beste resultaat. Daaraan draag ik met dit onderzoek graag bij.

Ik wil hier ook graag van de gelegenheid gebruik maken een aantal mensen te bedanken voor hen bijdrage en hulp in dit onderzoeksproces en in de uitdaging die ik aangegaan ben door de opleiding Bedrijfskunde te gaan volgen. Bedankt Alexander Maas en Peter Wolf voor jullie hulp gedurende deze afstudeerperiode en binnen dit onderzoek: het was een periode met uitdagingen en valkuilen, waarbij jullie gezorgd hebben dat ik weer op het juiste pad kwam.

Mijn werkgever, SAAM, wil ik bedanken, maar in het bijzonder William Dijkhuizen voor het mogelijk maken van deze bijzondere, uitdagende en leerzame reis. Ook wil ik mijn collega's bedanken die enorm veel begrip hebben getoond en me hebben gesteund deze afgelopen 2

¹ Mensen met een ernstige vernauwing van de aortaklep kunnen op twee manieren geholpen worden: of door een openhartoperatie waarbij een de klepvervanging plaatsvindt, of er wordt via een dunne slang (katheter) door de slagader, zonder de borstkas te openen, toegang tot het hart verkregen om een kunstklep te plaatsen. Deze laatste methode heet Transcatheter Aorta Klep Implantatie.

jaar, in het bijzonder Marianne van de Bosch, Houda Quarouach en Nicolas Van Mieghem: dank voor de gesprekken, hulp en het motiveren om door te zetten. Bovendien wil ik de mensen die meegewerkt hebben aan dit onderzoek bedanken voor hun tijd, interesse en hulp bij het doen van dit onderzoek: zonder jullie was dit resultaat er niet gekomen.

De belangrijkste persoon die ik wil bedanken, die mij de afgelopen 2 jaar volwaardig heeft gesteund is mijn echtgenoot, Erik van den Hoven: zonder jou had ik dit niet gekund, waarvoor veel dank. Mijn ouders, mijn zus en zwager wil ik ook graag uit het diepst van mijn hart bedanken voor hun geduld, begrip en hulp. Tot slot wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor hun geduld en interesse tijdens deze rit: ik heb jullie weinig gezien en zal de aankomende tijd gebruiken dit meer dan in te halen.

“Innovation is the ability to see change as an opportunity – not a treat”

Steve Jobs

Hoofdstuk 1. Krachtenveldanalyse van onderzoeksgebied

1.1 Zorgverzekeraars

Er zijn negen zorgverzekeraars in Nederland. Zilveren Kruis is de grootste met ruim 5,1 miljoen verzekerden, daarna volgt Coöperatie VGZ. Hiertoe horen ook IZA Zorgverzekeraar, IZZ Zorgverzekeraar, Univé, Zorgverzekeraar UMC. CZ, waar onder Delta Lloyd en Ohra vallen, Menzis, inclusief Anderzorg en AZIVO, ONVZ, ASR, met De Amersfoortse en Ditzo. De steeds meer landelijk opererende zorgverzekeraar DSW uit Schiedam, Zorg en Zekerheid uit de regio Leiden. De kleinere zorgverzekeraars Salland, ZorgDirect en HollandZorg vormen samen het concern Eno. Iedere najaar maken de zorgverzekeraars hun premies bekend (Zorgvisie, 2018). Het Nederlandse zorgstelsel garandeert goede en toegankelijke zorg voor iedereen. Zorgverzekeraars moeten iedereen als verzekerde accepteren voor het basispakket. Leeftijd of gezondheid mogen hierbij geen rol spelen. Iedereen betaalt mee aan de zorgverzekering. Gezonde jongeren betalen bijvoorbeeld mee aan medisch-specialistische zorg die ouderen vaak nodig hebben. En ouderen betalen mee aan de kraamzorg die voor jonge moeders belangrijk is (Rijksoverheid, 2019).

1.2 Marktwerving

Wat betekent marktwerving en hoe speelt het in de onderzoekcontext een rol? Bij marktwerving wordt transparantie en concurrentie nagestreefd die op deze manier de ontwikkeling van nieuwe producten en diensten bevorderen. Ook is er ruimte voor nieuw aanbod en kunnen partners in de keten worden vervangen indien zij slecht functioneren. Voor het laatste is het belangrijk zo weinig mogelijk monopolyposities in wet- en regelgeving vast te leggen (Encyclo, 2019).

Het doel van marktwerving binnen de zorg is; dat concurrentie tussen verzekeraars moet leiden tot goede én betaalbare zorg. Verzekeraars onderhandelen met zorgverleners over de prijs van geleverde zorg. Op die manier wordt de zorg ook betaalbaarder (Rijksoverheid, 2019). Met de wijziging van de Zorgverzekeringswet krijgt de verzekeraar tegelijk meer mogelijkheden om de markt voor zorg te 'vormen' (Rijksoverheid, 2016). Zij kunnen in de praktijk straks in grotere mate bepalen wie wel en wie geen brood kan verdienen in de zorg. Het is een schrikbeeld voor patiënten- en brancheorganisaties in de zorg. Het zou namelijk betekenen dat de zorgverzekeraar feitelijk bepaalt waar patiënten hun zorg vandaan moeten halen en wie in staat is om een praktijk, ziekenhuis of zorgorganisatie te runnen en wie niet (Ark, 2014). Maar ondanks de marktwerving die in de zorg geïntroduceerd is lijken de kosten voor zorg alleen maar te stijgen, waar ligt dit aan? Hebben de zorgverzekeraars wel in beeld waar de kosten van de zorg naartoe gaan en zo ja, weten ze dan waar en hoe het goedkoper kan?

1.3 Academisch ziekenhuis²

Dit onderzoek vindt plaats in een academisch ziekenhuis in Nederland, aangeduid als Organisatie SAAM. Binnen dit ziekenhuis werken medewerkers, vrijwilligers en studenten. Zij werken aan veilige topzorg voor patiënten met complexe zorgvraag, zeldzame aandoeningen of acute zorgbehoeften. Ook heeft het academisch ziekenhuis een eigen opleidingscentrum en levert toponderwijs aan ambitieuze, nieuwsgierige en getalenteerde studenten. Werken aan internationaal toonaangevend wetenschappelijk toponderzoek dat ziekten en aandoeningen helpt begrijpen, voorspellen, behandelen en voorkomen, is een van de belangrijkste speerpunten voor het ziekenhuis (SAAM, 2018).

Het academisch ziekenhuis heeft de volgende missie en visie; het staat voor een gezonde bevolking en excellente zorg door onderwijs en onderzoek en is erkend als leidend in innovaties voor gezondheid en zorg (SAAM, 2018). Het ziekenhuis dekt een gebied af van 4,5 miljoen inwoners, vele ziekenhuizen en drie universiteiten. Maar waar ook verschillende

² Bron voor deze informatie over de SAAM-organisatie: hun eigen website die hier verder anoniem blijft.

samenwerkingsverbanden zijn georganiseerd. Ook is er de Europese Unie en de programma's die vanuit Brussel worden geïnstigeerd en gesubsidieerd, en de rest van de wereld als het gaat om onze duurzame samenwerkingsverbanden met onderzoeksinstituten. De organisatie heeft hele aanbod van de geneeskunde binnen zijn muren. Binnen dit onderzoek zal de focus liggen op een keten binnen een universitair ziekenhuis. Het specialisme cardiologie is het specialisme waar binnen dit onderzoek de focus op zal zijn gericht.

1.4 Cardiologie

Voor dit onderzoek is de keten binnen de cardiologie gekozen, dit om het onderzoek te kunnen afbakenen. Binnen de cardiologie zijn een aantal specialismen vertegenwoordigd, waaronder cardiologie longziekten en thoraxchirurgie. En hier vallen een aantal afdelingen onder, zoals de kliniek (patiëntenafdeling), polikliniek, planningsbureau, operatiekamers, interventiekamers en intensive care, en dergelijke. Al deze afdelingen spelen een rol binnen dit onderzoek, zij zijn allen een onderdeel van het patiënten productieproces. Cardiologie heeft een eigen themadirecteur en een medisch directeur die leidinggeven aan unitmanagers, leidinggevend en medewerkers van de verschillende afdelingen. Zowel de directeurs, unitmanagers en leidinggevend vallen dan ook onder het begrip middelmanagers die bij dit onderzoek betrokken zouden moeten zijn. Allen zitten ze midden in het productieproces en ondersteunen initiatieven vanuit het operationele niveau en combineren deze met conceptuele nieuwe strategieën (Wooldridge, 1990).

1.5 Interventiecardiologie

Onderdeel van de keten is de afdeling interventiecardiologie, deze afdeling is een ingrepenafdeling waar de minimaal invasieve ingrepen aan het hart worden uitgevoerd,³ te denken aan percutane coronair interventies (PCI).⁴ Maar de afdeling interventiecardiologie doet binnen SAAM meer behandelingen; in Vignet 1 wordt een beeld gegeven van de ingrepen die men daar uitoefent en in Tabel 1 is een overzicht van de aantallen ingrepen, die worden uitgevoerd te zien.

Vignet 1: Ingrepen interventiecardiologie in SAAM.

- Behandeling van congenitale patiënten door sluiten van atrium septum defecten
- Pulmonaal klep vervangingen en opheffen van vernauwingen in de aorta.
- Controle van de harttransplantatie patiënten door het doen van een rechterkamer hartbiopsie. Behandeling van patiënten met aortaklepstenose, door het uitvoeren van een Transcatheter Aortaklepvanging (TAVI).
- Plaatsen van tijdelijke hart-long machine (ECMO Extra Corporale Membraan Oxygenatie). Behandeling van patiënt met mitralisklepinsufficiëntie,⁵ door een clip te plaatsen op de 2 klepbladen.

Deze afdeling behandelt zo'n 1700 patiënten per jaar met een PCI, zo'n 250 patiënten met een TAVI, 200 patiënten met een congenitale aandoening en 500 overige behandelingen. In het kader van dit onderzoek is er gekozen naar het patiënten productieproces van de keten rondom deze afdeling te kijken, dit omdat er een exponentiele groei te zien is in de patiënten die minimaal invasief worden behandeld (zie Tabel 1). Maar ook omdat er een uitdaging ligt in de keten als het gaat om het snelle behandelen van patiënten en de opnameduur en werk wat eraan vast zit betreffende deze ingrepen.

³ Bij een invasieve ingreep dringt men een te onderzoeken lichaam of voorwerp binnen.

⁴ In de volksmond ook wel dotterbehandeling genoemd.

⁵ Bij deze onvoldoende werking (insufficiëntie) in het lichaam lekt de hartklep tussen de linkerboezem en kamer van het hart.

Tabel 1: Procedures bij cardiale aandoeningen (Bron: SAAM, 2018, UZ-afdeling Interventiecardiologie)

Procedures	Aantallen 2018*	Verwachte aantallen 2019*
<i>Dotterprocedures</i>	1600	1750
<i>Klepprocedures</i>	260	325
<i>Katheterisaties</i>	770	750
<i>Hartbipoten</i>	100	100
<i>Overige</i>	500	550

*Aantallen zijn geen precieze gegevens, zijn een schatting

1.6 Productieprocessen

Wat wordt precies bedoeld met het begrip productie in de context van dit onderzoek? Processen binnen ziekenhuizen versnellen (Ark, 2004), patiënten gaan sneller met ontslag, de zorg moet kwalitatief goed zijn maar met zo weinig mogelijk geld. Een passende term om in dit onderzoek een beter beeld te geven van wat er bedoeld wordt met (patiënten) productieprocessen, is *arbeidsproductiviteit*. Het begrip arbeidsproductiviteit lijkt simpel: de productie per ingezette eenheid arbeid. In de zorgsector stuit dit begrip echter op de nodige drempels, zowel conceptueel als operationeel. Het begint met de vraag: wat is de productie van de zorgsector? Als je een product wilt definiëren, is vaak iets anders dan wat zorginstellingen in hun administratie registreren. Het meten van productie in zinvolle eenheden is meestal niet mogelijk. Anders dan bij industrieel vervaardigde goederen, zijn zorg-diensten bijna per definitie unieke producten. Vergelijkingen in de tijd zijn daardoor extra moeilijk, omdat die producten veranderen en versnellen zonder dat dit goed wordt gemeten (Hiltner van, 2005). Men weet vrij nauwkeurig hoeveel de kosten van de zorg stijgen: ongeveer 55 procent tot en met 2003, niet gecorrigeerd voor inflatie. Ook weet men met hoeveel procent de arbeidsinzet, is gegroeid: een kleine 20 procent in dezelfde periode (Mosseveld, CBS, 2004). Zoals dit voorbeeld aangeeft: de verschillen tussen het vergroten van productie (met betrekking tot meer zorg met minder personeel), is enorm gegroeid in de afgelopen jaren.

1.7 Middelmanagers

Al een geruime tijd terug is in meerdere studies aangetoond dat het waardevol is voor een organisatie om middelmanagers toe te voegen aan het strategische organisatieproces (Wooldridge, 1990). De hedendaagse zakelijke omgeving gedijt bij een mix van topmanagement- en middelmanagementinitiatieven (Wooldridge, 1990). Een middelmanager binnen de zorg zijn er van verschillende niveaus en verschillende rollen (Jansen, 2018). Om in dit onderzoek de keten rondom afdeling Interventiecardiologie als voorbeeld te gebruiken, kunnen daar de volgende rollen als middelmanagers gezien worden; dag coördinatoren die het patiënten aanbod en de zorg van die dag coördineren, teammanagers die de verschillende teams aansturen, unitmanagers die een volledige of meerdere afdeling(en) aansturen en er zijn medisch coördinatoren die op medisch vlak de zorg coördineren. Dan zijn er ook nog organisatorische middelmanagers, te denken aan; Medisch (thema) directeur en de Thema directeur. Deze personen staan allemaal te midden van het (patiënten) productieproces binnen de zorg rondom de patiënt op de afdeling Interventie cardiologie en hebben allen nog steeds aansturing van een hoger level van management.

1.8 Naar een probleemstelling

Wat wordt precies bedoeld met het begrip productie in de context van dit onderzoek? Processen binnen ziekenhuizen versnellen (Ark, 2004), patiënten gaan sneller met ontslag, de zorg moet kwalitatief goed zijn maar met zo weinig mogelijk geld. Een passende term om in dit onderzoek een beter beeld te geven van wat er bedoeld wordt met productieprocessen, is *arbeidsproductiviteit*. Het begrip arbeidsproductiviteit lijkt simpel: de productie per ingezette eenheid arbeid. In de zorgsector stuit dit begrip echter op de nodige drempels, zowel conceptueel als operationeel. Het begint met de vraag: wat is de productie van de zorgsector? Als je een product wilt definiëren, is vaak iets anders dan wat zorginstellingen in hun

administratie registreren. Het meten van productie in zinvolle eenheden is meestal niet mogelijk. Anders dan bij industrieel vervaardigde goederen, zijn zorgdiensten bijna per definitie unieke producten.

Vergelijkingen in de tijd zijn daardoor extra moeilijk, omdat die producten veranderen en versnellen zonder dat dit goed wordt gemeten (Hilten van, 2005). Men weet vrij nauwkeurig hoeveel de kosten van de zorg stijgen: ongeveer 55 procent tot en met 2003, niet gecorrigeerd voor inflatie. Ook weet men met hoeveel procent de arbeidsinzet, is gegroeid: een kleine 20 procent in dezelfde periode (Mosseveld, CBS, 2004). Zoals dit voorbeeld aangeeft: de verschillen tussen het vergroten van productie (met betrekking tot meer zorg met minder personeel), is enorm gegroeid in de afgelopen jaren. Helaas heeft deze groei een negatief effect op het behoud van het personeel (Hoven, Gisbergen, & Ninaber, 2015); (1) personeel gaat hierdoor sneller weg uit de zorg, en (2) er wordt door ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheid bezuinigd op personeel, opleiding en ontwikkeling van personeel (Aa, 2017). Middelmanagers lijken moeite te hebben met het vinden van een middenweg als het gaat om behoud van personeel en meer productie draaien. Kortom, zij hebben moeite om tegelijk de arbeidsproductiviteit en kwaliteit van zorg te behouden (Godwin, 1992).

Geruime tijd terug is in meerdere studies aangetoond dat het waardevol kan zijn voor een organisatie om middelmanagers toe te voegen aan het strategische organisatieproces (Wooldridge, 1990). De hedendaagse zakelijke omgeving gedijt bij een mix van topmanagement- en middelmanagementinitiatieven (Wooldridge, 1990). Een middelmanager binnen de zorg zijn er van verschillende niveaus en verschillende rollen (Jansen, 2018). Zo zijn er dag coördinatoren die de zorg van die dag coördineren. Er zijn teammanagers die de verschillende teams aansturen. Er zijn unithoofden die een volledige afdeling aansturen. En er zijn medisch coördinatoren die op medisch vlak de zorg coördineren. Zij staan allemaal te midden van het productieproces binnen de zorg rondom de patiënt en hebben aansturing van bovenaf.

Dit levert allerlei vragen op. Ervaren middelmanagers druk binnen de productieprocessen? Hoe moeten middelmanagers omgaan met deze druk? Welke blokkades ervaren zij binnen dit productieproces, waar de zorg voor de mens centraal dient te staan? Welke bijdragen leveren middelmanagers bij dit proces? En hoe serieus worden middelmanagers genomen binnen hun functie in de zorg? Wat is de nut en noodzaak van het hebben van een middelmanager? Hoe behoudt een middelmanager zijn personeel?

1.9 Doelstelling

Het beoogde doel van dit onderzoek is dat de resultaten een beeld geven over de blokkades die middelmanagers ervaren rondom de (groter wordende) (patiënten) productieprocessen, binnen de keten van afdeling interventie cardiologie in een universitair ziekenhuis. De informatie die is verzameld kan door managers gebruikt worden om verbeteringen aan te brengen binnen de processen, in toekomstig onderzoek of om zelf deze peiling uit te voeren, om zo de blokkades te zien van andere middelmanagers in een andere organisatie. Middelmanagers kunnen de gevonden informatie gebruiken om te reflecteren ten aanzien van de eigen werkplek. En de focusgroep die mogelijke acties/aanbevelingen doet om de blokkades te voorkomen kunnen bijdragen aan het voorkomen of oplossen van deze blokkades. De onderzoeksbenadering die gebruikt is in dit onderzoek is explorerend van aard, dit omdat er belang te meten wat men hiervan vindt van het patiënten productieproces (De Boer & Smaling, 2011).

De wetenschappelijke relevantie ligt op het gebied van management. Er is veel onderzoek gedaan naar middelmanagers in de zorg, ook naar blokkades in productieprocessen die middelmanagers ervaren, maar naar ervaringen in deze processen en naar blokkades en ervaringen op het gebied van logistieke processen zoekt men tevergeefs naar literatuur (Jansen, 2018; Sweers, 2014; Jonkers, 2014; Benders, 2007). De combinatie hiervan is nauwelijks onderzocht; dit kan een mogelijk eerste interessante aanzet geven/bieden. En zoals eerder is aangegeven, is de relevantie van het verkrijgen van deze gecombineerde informatie belangrijk en nodig, om inzicht te krijgen in de groter wordende productie in de

zorg en de daarbij behorende oorzaken en gevolgen, dit heeft tot gevolg dat het ervaren van de blokkades een eventueel groter wordend probleem is en wordt.

Hoofdstuk 2. Methodologie van dit onderzoek

2.1 Kwalitatief onderzoek, waarom?

In het veldonderzoek is gekozen voor een inductieve aanpak. Er wordt gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek, omdat deze methode het beste past bij het aantal betrokkenen en de exploratieve aard van het onderzoek. Ook worden er geen data in de vorm van cijfers verkregen, zoals bij kwantitatief het geval is. Doel is juist een duidelijk beeld krijgen van de heersende meningen en benaderingen bij de verschillende lagen bestuurders, artsen, teamleiders, uitvoerend personeel en (middel)managers binnen de organisatie. Dit kan niet op de juiste wijze worden verkregen met kwantitatief onderzoek. Om echt goed tot de essentie van de problemen/drempels binnen de keten te komen, dienen er open gesprekken en vragen te worden gesteld in interviews, die de geïnterviewde de ruimte geven om de drempels en/of blokkades binnen deze keten vanuit hun eigen perspectief te beantwoorden.

Kwalitatief onderzoek en de mogelijkheden binnen kwalitatief onderzoek bieden hier de juiste gelegenheid voor.

2.2 Onderzoeksstrategie

In dit onderzoek heb ik een gecombineerde onderzoeksstrategie gehanteerd. Enerzijds gebruik ik een praktijk gestuurde exploratieve theoriebenadering, anderzijds gebruik ik etnografie als benadering, om tot slot mij ook nog te beperken tot een gevalsstudie (organisatiecasus studie).

De eerste benadering die in dit onderzoek gebruikt is, wordt aangeduid als praktijk gestuurde theoriebenadering (*grounded theory*, afgekort tot GT). Kenny en Fourie (2015) geven aan dat er drie benaderingen van deze GT-benadering bestaan: de klassieke, een interpretatieve en een constructieve. De laatste benadering sluit het beste bij dit onderzoek aan, omdat deze benadering een open en flexibele manier van onderzoeksopzet vereist en zo het juiste antwoord op de onderzoeksvraag helpt te verkrijgen (Kenny & Fourie, 2015; De Boer, 2016).

Een tweede aspect van deze gecombineerde onderzoeksstrategie is etnografie. Hierbij gaat het erom dat de verzamelde kwalitatieve informatie uit de praktijk het verhaal of de probleemstelling zo duidelijk mogelijk weergeven, dit door mee te lopen met de praktijk en als onderzoeker te ervaren hoe het werkelijk is. Etnografie betekend letterlijk; 'over mensen schrijven', het is dus praktijkgericht explorerend onderzoek wat vanuit de praktijk op papier zal worden beschreven (Madden, 2017; Carlos, 2018). Etnografische kenmerken zijn terug te vinden in dit onderzoek. Zoals de wijze waarop de informatie op verschillende manieren verzameld zullen worden. Er worden interviews afgenomen bij middelmanagers met allerlei functies en niveaus (Rubin & Rubin, 2012); deze stap past het beste bij een etnografische strategie. De etnografische strategie heeft als aanpak voordelen ten opzichte van andere methoden (als discourse analyse, theorie gefundeerd onderzoek en actieonderzoek), onder andere omdat ik onderdeel ben van de te onderzoeken context, en dus participerende observaties kan doen (Naidoo, 2012). Daarbij is de subjectiviteit van mensen door mij in acht genomen. De verschillende aanpakken van het doen van onderzoek binnen de etnografie sluit goed aan; zo is een dialoog met een individu goed passend maar ook het doen van participerende observaties (Naidoo, 2012).

Tot slot richt ik mij in mijn onderzoeksstrategie op een specifieke casussituatie, c.q. de keten in een specifieke context, dus alleen in SAAM gericht op één specifieke specialisatie (Eriksson, 2015; Yazan 2015).⁶ Deze onderzoeksstrategie sluit het beste aan, omdat ik ook onderdeel ben van de onderzochte doelgroep en het onderzoek. Echter, zoals Yin beschrijft in zijn casestudie onderzoeksmethode, is hier vooral belangrijk dat men de hoe en waarom vraag moet stellen om tot een goed antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen komen (Yazan, 2015). Kenmerkend voor een kwalitatief onderzoek is dat een dergelijk onderzoek plaatsvindt in een natuurlijke setting, dat verschillende onderzoeksmethoden worden gebruikt, dat het een

⁶ *Ibidem*.

interpretatief karakter kent en dat ik een sociaal fenomeen in zijn geheel bekijk (Creswell 2003).

In dit onderzoek is het doel één universitaire ziekenhuisorganisatie dwars door de organisatie (*cross-sectional*) te verkennen en vooral gericht op de groep middelmanagers en hun rol en te kijken naar de verschillende blokkades die men ervaart binnen een productieproces (Ede, 2011). Binnen dit onderzoek ligt de focus op een specifieke groep middelmanagers, die allen te maken hebben met de keten rondom het (patiënten) productieproces op de afdeling Interventiecardiologie, om zo het onderzoek af te bakenen en een eerste beeld te geven van de mogelijke drempels/blokkades waar middelmanagers binnen een dergelijk keten uitdagingen ervaren. De steekproefomvang (c.q. de aantallen interviews) zal ongeveer 10 tot 15 personen bevatten. Dit geeft een representatief beeld, binnen de groep middelmanagers binnen de keten interventie cardiologie. De informatie die zo verzameld wordt, zal door mij zelf (Kenny & Fourie, 2015) geanalyseerd worden.

2.3 Informatie-verzamelmethoden

Er zijn verschillende methoden gebruikt om aan informatie te komen: documenten vanuit Saam, eigen observaties, interviews, een eigen logboek en de literatuur.

Semigestructureerde diepte-interviews helpen belangrijke gegevens over de situatie boven tafel te krijgen. De reden dat de interviews semigestructureerd zijn uitgevoerd is dat er door de interviewer de ruimte werd geboden aan de geïnterviewde, om zijn eigen invulling en/of verhaal te kunnen vertellen over de drempels/blokkades die men ervaart. Dit is binnen dit onderzoek belangrijk, om te voorkomen dat de geïnterviewde op welke mogelijke manier dan ook een richting in zou worden gestuurd. De interviews zijn gehouden met 12 middelmanagers van de verschillende lagen binnen de keten rondom de afdeling interventie cardiologie. De interviews zijn oog in oog (*face-to-face*) afgenomen. De gesprekken duurden ongeveer 60 minuten en de interviews zijn opgenomen met een voicerecorder, nadat hiervoor toestemming was verkregen. Vervolgens zijn van de gesprekken transcripties gemaakt. De interviews zijn niet meer ter verificatie voorgelegd aan de respondenten, omdat ze letterlijk zijn uitgewerkt.

Voor de keuze van personen voor de interviews is gelet op twee aspecten. Ten eerste of men in zijn functie of rol binnen de keten van afdeling interventie cardiologie voldoet aan de term middelmanager (Jansen, 2018). En ten tweede of men werkzaam is in de keten rondom interventie cardiologie.

Er zijn ook *observaties* uitgevoerd door mij. Dit was in dit onderzoek wel lastig want ik heb niet van alle (wenselijk) betrokken partijen toestemming verkregen om informatie die geobserveerd werd te gebruiken. Deze partij heeft een aanzienlijke omvang in het keten patiënten proces en heeft daarom veel impact op de omvang van de verkregen observaties. De observaties zijn daarom minimaal gebruikt als gegevens voor dit onderzoek.

In dit onderzoek is tenslotte ook gebruik gemaakt van een *persoonlijk logboek*, om daar aantekeningen, reflecties en voortgang bij te houden. Deze aantekeningen en reflecties hebben ervoor gezorgd dat het doen van dit onderzoek een continu verteringsproces onderging en de eventuele gemaakte keuzes bijgesteld konden worden.

2.4 Kwaliteit van het onderzoek

Kwaliteit is belangrijk als het gaat om onderzoek doen. Er zijn een aantal zaken die belangrijk zijn, een kwalitatief hoogstaand onderzoek is valide (ofwel geldig) en betrouwbaar. Deze criteria gelden voor alle soorten onderzoek (Burg, 2011).

Om in dit onderzoek de *interne validiteit* (de mate waarin het onderzoek beredeneerd heeft plaatsgevonden) te waarborgen heeft tijdens het onderzoek de scriptiebegeleider en de meeleezer de rol van externe auditor gehad. Een externe auditor overziet het gehele onderzoek en kan een beoordeling geven gedurende het onderzoek (Creswell, 2003). Tijdens dit onderzoek zijn er verscheidene afspraken, beoordelingsmomenten en mail wisselingen geweest met de scriptiebegeleider. Hierdoor heeft de scriptiebegeleider de verschillende stappen in het proces gevolgd en meegedacht over mogelijke vervolgstappen en aanbevelingen gedaan.

De *externe validiteit* heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Hierbij gaat het er dus om of de resultaten en conclusies ook overdraagbaar zijn naar andere ketens en/of afdelingen (Creswell, 2003). Dit onderzoek beschrijft een keten voor een specifieke afdeling, namelijk de drempels en blokkades ervaren door middelmanagers in de keten van afdeling interventie cardiologie. Het onderzoek heeft weliswaar in meerdere personen betrokken, toch kan niet gesproken van generaliseerbaarheid. Dit komt omdat de uitkomsten gerelateerd zijn aan een specifieke afdeling en ziekenhuis, namelijk de afdeling interventie cardiologie en organisatie SAAM. De uitkomsten zouden mogelijk wel een aanzet kunnen geven om binnen SAAM te verkennen of andere middelmanagers in andere ketens deze drempels ook ervaren.

Bij *betrouwbaarheid* gaat het om de mate waarin ik navolgbaar en controleerbaar ben (Creswell, 2003) en de mate waarin het onderzoek stabiel en consistent is over de tijd en tussen verschillende onderzoekers en methoden (Burg, 2011). Om de betrouwbaarheid te borgen, zijn alle interviews door mij afgenomen. Tevens zijn de interviews opgenomen door middel van een voicerecorder en zijn deze uitgewerkt in transcripties. Daarnaast is de gegevensanalyse systematisch uitgevoerd door gebruik te maken van thema's bij de analyse van de interviews. Echter, doordat de interviews geen vast omlijnd kader hebben en semigestructureerd zijn uitgevoerd, is het lastig deze te reproduceren.

2.5 Analysemethoden

Bij het analyseren van informatie is de coderingsmethode gebruikt die beschreven is door Holton (Kenny & Fourie, 2015) en Gioia *et al.* (2013). Deze methode wordt ook wel *open coderen* genoemd; dit houdt in dat elke blokkade is gecodeerd met een sleutelwoord en de gecodeerde woorden daarna met elkaar zijn vergeleken om te kijken of de code aansluit bij de blokkade die beschreven is (Kenny & Fourie, 2015). Zo zijn onderlinge relaties duidelijk geworden en zijn de belangrijkste kern categorieën beschreven. Deze methode sloot het beste aan op de manier waarop de interviews zijn uitgewerkt en vastgelegd, maar ook om de vraagstelling in dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

In dit onderzoek is er ook voor gekozen om vanuit de praktijk naar theorie toe te werken, dit omdat van tevoren niet duidelijk was wat de te vinden blokkades zouden zijn en welke theorie er beschreven moest worden. Ook wordt deze aanpak onder onderzoekers in de GT-traditie beschouwd als de beste methode om op deze manier zo objectief mogelijk te coderen en vermindert het vermogen van mij om van tevoren al beïnvloed te zijn (Kenny & Fourie, 2015).

2.6 Meervoudige rollen

In dit onderzoek heeft de onderzoeker meerdere rollen vervuld. Zowel de rol van teammanager (middelmanager) op de afdeling interventie cardiologie, als de rol van de onderzoeker en student bedrijfskunde aan de RSM.

Na het doen van de interviews heb ik ervaren dat het splitsen van je rol als onderzoeker versus medewerker essentieel is. Het is belangrijk zo objectief mogelijk te zijn en afstand te nemen van de voorbeelden en/of situaties die de geïnterviewde verteld. Voor de afbakenen van het onderzoek is het belangrijk geen sturing te geven in de eventuele uitkomsten. Natuurlijk zal ik (als onderzoeker) wel sturing geven in de afbakening bij de te verkrijgen informatie, maar dit kan door gerichte vragen te stellen. Ook is sfeer, moment, ruimte en houding erg belangrijk tijdens een interview, maar het blijft lastig om als onderzoeker de juiste setting te creëren, omdat je binnen dezelfde setting werkt als de collega's.

Wat een nog belangrijker punt is bij deze methode van onderzoek doen is dat de geïnterviewde graag in anonimiteit willen kunnen spreken, men moet niet het gevoel hebben dat wat ze vertellen eventueel met naam en toenaam, ook in de beschreven stukken komt, als onderzoeker dien je hier oog voor te hebben en dit duidelijk te bespreken.

Hoofdstuk 3. Resultaten uit de ziekenhuispraktijk

3.1 Empirische resultaten

Er zijn in dit onderzoek 12 interviews verzameld en 2 observaties. De 12 interviews geven een representatief beeld omdat dit in deze keten ongeveer 75% van de groep middelmanagers betreft, op allerlei lagen van deze keten en ook met verschillende functies en afdelingen. De observaties zijn niet vastgelegd door middel van een opname; dit omdat er geen toestemming was/is van de gehele groep deelnemers aan dit onderzoek. Op de bevindingen van de interviews daar zal vooral de focus liggen binnen dit hoofdstuk. De interviews bevatten veel relevante informatie en zullen een duidelijk antwoord kunnen geven op de hoofdvraag/doelstelling van dit onderzoek. Er zullen geclusterde resultaten besproken worden die als “blokkade” ervaren worden. Er zijn 8 thema’s die behandeld zullen worden.

3.2 Blokkades

De 8 thema’s die uit de interviews en observaties naar voren zijn gekomen zijn; Patiënten informatiesysteem, Organisatiegrootte, Cultuur, Informatievoorziening, Planning, Overhead, Taakgerichtheid en Capaciteit. Hieronder is in Tabel 2 weergegeven in welke mate binnen de verschillende interviews de thema’s zijn besproken of genoemd.

Tabel 2: Overzicht Thema’s

Thema’s	Aantal
<i>Patiënten informatiesysteem</i>	6
<i>Organisatiegrootte</i>	9
<i>Cultuur</i>	17
<i>Informatievoorziening</i>	20
<i>Planning</i>	8
<i>Overhead</i>	16
<i>Taakgerichtheid</i>	16
<i>Capaciteit</i>	11

In dit onderzoek zijn er nog veel meer thema’s naar voren gekomen, maar Tabel 2 bevat de overlappende thema’s (dus in meerdere interviews werd hierover gesproken) en de meest relevante thema’s. Dit heb ik gefilterd door te kijken naar de aantal keren waarop een thema besproken is in de verschillende interviews, bovendien heb ik rekening gehouden met de hoofdvraag. Het gaat erom dat er wordt beschreven wat de blokkades zijn van middelmanagers en niet andere blokkades die zich mogelijk kunnen afspelen binnen een ziekenhuis.

3.3 Diagnostiek van de topics

3.3.1 Patiënten informatiesysteem

Het patiënten informatiesysteem is een elektronisch informatiesysteem dat wordt gebruikt in ziekenhuizen. Het systeem bevat alle patiëntgegevens en het doel van het systeem is om de zorgprocessen rondom een patiënt te verbeteren en inzichtelijk te krijgen, maar is ook een belangrijke tool als het aankomt op facturatieprocessen richting zorgverzekeraars.

Het thema patiënten informatiesysteem is in 3 interviews aan de orde gekomen, maar in de observaties door mij is het patiënten informatiesysteem als een belangrijke blokkade geobserveerd. Vooral de informatie die uit het systeem gehaald zou kunnen worden maar

vooral nog niet kan worden gehaald, is een heikel punt. Ook de manier waarop men ermee dient te werken of de wijze waarop het systeem ingericht is om mee te werken is een blokkade, zoals blijkt uit de volgende uitspraken:

IN 1: "Het patiënten informatiesysteem heeft het ingewikkeld gemaakt en niet makkelijker." (p. 9)

IN 1: "En dan komt er een invoering van een patiënten automatiseringssysteem overheen, waardoor sommige problemen veel scherper worden, bijvoorbeeld de planningshorizon van 3 maanden, die er maar maximaal is en vroeger meer dan 1 jaar. Een ICD-drager die normaal al een afspraak na een jaar gewoon meekreeg en die meneer Jansen die echt wel na een jaar braaf op die dag en die tijd komt zonder problemen. Die hoort nu een brief krijgen, maar krijgt die een brief niet en 3 maanden van tevoren pas krijgt hij een brief met die datum en die schikt natuurlijk niet dan gaat die onze polibellen." (p. 9)

IN 1: "Als een patiënt met de ambulance komt maar mogelijk overgeplaatst is van een ander ziekenhuis staat deze patiënt geregistreerd op het andere ziekenhuis. Nou dat zijn dan zijn de registratie issues waarvan je je afvraagt hoe kan dat nou? En dat heeft te maken met de opbouw van het systeem. En de manier waarop wij administreren de dagelijkse praktijk en vinkjes die je moet zetten. Informatie gaat verloren of wordt verkeerd geïnterpreteerd." (p. 14)

IN 2: "Medewerkers kennen nog niet goed het patiënten informatiesysteem en weten er dus nog niet zo goed mee te werken, halen er niet alle capaciteiten uit die erin zitten." (p. 7)

IN 11: "Het zou bij de bron gelijk goed moeten gaan maar het patiënten informatiesysteem is een heel onvriendelijk systeem. Dat het gewoon bij de werkvloer meteen goed geregistreerd wordt." (p. 5)

IN 11: "Ja het is wel in ieder geval een extra belemmering geworden, het was ook niet 100 procent voorheen maar het is wel allemaal nieuw en niet heel gebruiksvriendelijk. Je kan als er bijvoorbeeld iets gecorrigeerd moet worden ook niet heel gemakkelijk doen is heel omslachtig. Je moet zo ontzettend veel handelingen doen en als iets in een bepaalde module zit is het helemaal omslachtig. Het patiënten informatiesysteem is zo ingericht dat alles in 1 keer goed moet gebeuren." (p. 5)

IN 11: "Er wordt natuurlijk heel veel in het patiënten informatiesysteem geregistreerd. Dus je denkt er is heel veel informatie uit te halen maar niemand kan nog zeggen of dat uit het systeem te halen is? Dus ja waar haal je je informatie vandaan?" (p. 16)

3.3.2 Organisatiegrootte

Een gemiddeld academisch ziekenhuis binnen Nederland staat erom bekend behoorlijk groot te zijn qua omvang en hiermee wordt bedoeld, het aantal bedden, het aantal medewerkers en het aantal afdelingen waar men mee te maken heeft.

In 4 interviews is het thema organisatiegrootte genoemd en hierbij is dan vooral de blokkade beschreven dat men heel erg moet zoeken naar de te bewandelen wegen binnen dit ziekenhuis, dus waar regel ik zaken en hoe regelt men zaken. Relevante uitspraken ter illustratie:

IN 9: "En toen werd er juist ook gezegd dat wij van de academische centra degene zijn die de meeste academische patiënten aan boord hebben en daardoor zo weinig patiënten die niet academisch zijn en hij zou hebben. Bijvoorbeeld; het is net of je met vakantie gaat en we nemen een paar grote pakken mee en die stop je in je koffer en je hebt nog een heleboel sokken en onderbroeken en die stop je erin om de gaatjes op te vullen Wij hebben in dit ziekenhuis te weinig sokken en onderbroeken, we hebben alleen maar grote pakken die er op een gegeven moment echt niet meer in passen." (p. 11)

IN 10: "De structuur van hoger management is ver weg en afstandelijk. Die afstand wordt naar mijn idee steeds groter. Ik denk wel dat het op de werkvloer zinvol is om te zien welke mensen werken hier nou eigenlijk allemaal en met welke mensen heb ik eigenlijk te maken." (p. 14)

IN 11: "Alles bij elkaar werk ik nou eenmaal in een grote organisatie. Dit is een van de punten waardoor communicatie niet altijd overal goed gaat is mijn idee. Ja we kunnen de communicatie onderlinge sowieso beter afstemmen en verbeteren." (p. 9)

IN 12: "De organisatie is te groot geworden. Een voorbeeld is de grote laag met operatiekamers SAAM die mensen voelen zich niet meer een deel van een van een team. Op een kleinere schaal werken zorgt ook voor een goede binding. Je weet waarvoor je het doet. Dus ik denk dat sommige dingen moeten we soms weer misschien wat terugbrengen tot een wat kleinere schaal." (p. 6)

IN 12: "Ja je moet dus je moet heel erg heel erg zoeken en de weg weten en weten wie waar wie waar zit en net die ene die ene weten die dan daarvoor wel verantwoordelijk voor is. En nou ja daar ook is. Het is binnen dit ziekenhuis best moeilijk dingen voor elkaar te krijgen of om het beter te krijgen." (p. 7)

IN 12: "Ja we zijn log, het is ook nog wel een behoorlijk politieke organisatie." (p. 16)

3.3.3 Cultuur

Als men het begrip cultuur binnen een organisatie wil beschrijven kan worden gezegd dat cultuur wordt gevormd door de normen en waarden die er binnen de organisatie gedeeld worden, maar ook door de leden van de organisatie gevormd worden. Schein (2017) hanteert de volgende definitie; "De cultuur van een groep kan worden gedefinieerd als het geaccumuleerde gedeelde leren van die groep, omdat het zijn problemen van externe aanpassing en interne integratie oplost; die goed genoeg heeft gewerkt om als geldig te worden beschouwd en daarom aan nieuwe leden te worden onderwezen als de juiste manier om met betrekking tot die problemen waar te nemen, te denken, te voelen en zich te gedragen. Dit gecumuleerde leren is een patroon of systeem van overtuigingen, waarden en gedragsnormen die als vanzelfsprekend als basisaannames worden beschouwd en uiteindelijk uit het bewustzijn verdwijnen" (p. 17).

In 9 interviews is het thema cultuur genoemd en dan vooral in de context dat men zich nog vooral bezighoudt met "vroeger deden we dit al zo", of de moeite om te veranderen is ook behoorlijk in de cultuur ingebed. Uitspraken die dit illustreren zijn:

IN 1: "De cultuur in dit ziekenhuis is opener dan die was. Ik denk wel dat er nog steeds af en toe barrières zijn. D'r zijn in de organisatie mensen die naar mij toe anders zijn dan de andere. En dat merk ik dan uit als ik interacties zie, ja. Ik denk ook dat dat sommige van mijn directe collega's zijn makkelijker en opener te benaderen door collega's en andere mensen verschillen daarin." (p. 15)

IN 1: "Ja ik denk dat we er in dit ziekenhuis op vooruit zouden gaan als we wat meer aandacht aan onze soft skills in communicatie zouden schenken en daar wat gericht aandacht aan te besteden. En het normaler te maken dat je elkaar aanspreekt op van goh zouden we naar die beter dan naar links kunnen gaan in plaats van rechts?" (p. 16)

IN 2: "Ja ik hoorde dat de ze een heel erg bijzondere afdeling of keten zijn ze erg ja eigenwijs." (p. 4)

IN 2: "Die hele aanspreekcultuur is er niet: het zeggen wat je wil zeggen gebeurt niet." (p. 5)

IN 3: "Weerstand is iets natuurlijk in de zorg. Met name met management van mensen, het is gewoon een heel groot onderwerp. En als het gaat om persoonlijke beperkingen kan ik me daar enorm aan irriteren. En tuurlijk dat past bij zorgen en bij de zorg. De zorg werkt met name met mensen die heel erg blij zijn met een vaste structuur, maar aan de andere kant wel klagen de mensen in de zorg enorm om te kunnen klagen, want echt veranderen vinden ze lastig. Dat is ook te merken in deze keten en is wel vaak een ding." (p. 20)

IN 4: "Als ik naar de afdeling kijk dat zie ik dat een bepaalde groep mensen veel moeite hebben met de veranderde wind die waait. Ja dat is zeker een cultuur ding." (p. 10)

IN 4: "Maar het is een soort eilandjes cultuur. Dit heeft soms ook wel voordelen maar maakt soms dat dingen niet heel snel gaan." (p. 10)

IN 5: "Medewerkers voelen zich niet mede-eigenaar van de doelstelling van de afdeling. Nou ja wat je ziet verschil tussen denkwijze van het management versus het team en daarbij komt dan wel weer een stukje verleden kijken. Er wordt teruggevallen op methodes van het verleden en er wordt niet gekeken naar hoe we bijvoorbeeld, nu efficiënter aan de slag kunnen en niet ten koste van kwaliteit." (p. 9)

IN 5: Er is nog steeds wel een negatieve cultuur, vroeger deed ik dat al dus nu ook. Daar zou ik wel vanaf willen." (p. 17)

IN 6: "Wat ik ook merk is dat mensen zich bedreigd voelen, ze voelen zich bedreigd dat ze dat hun werk afgenomen wordt. En dokters vinden het wel handig, want dit is van oudsher altijd al zo geweest. En die vinden het vertrouwd als dat bij één en dezelfde persoon blijft. En dat kan ik me ook voorstellen." (p. 20)

IN 7: "Ik denk dat er heel veel op basis van hoe we het vroeger deden nog gedaan of gebruikt wordt als excuus. Hoe vaak wordt er niet gezegd; "ja maar zo doen we het al jaren en we hebben het al eens een keer anders geprobeerd maar dat werkte niet". Nee dat zie je wel. Dit is mij wel opgevallen. Maar ook de manier van hoe gaan wij om met mensen die misschien wel minder goed functioneren. Ja dat is wel heel erg voorzichtig en ouderwets. (p. 17)

IN 8: "Een cultuur ding betreffende deze keten/afdeling wordt wel weer heel duidelijk als het gaat om een ziekenhuis brede aanbesteding, de enige die dan dwarsliggen is dit onderdeel. Daar kan wel aan gewerkt worden, misschien heeft deze keten wel een goed punt maar je moet het ook wel goed managen en meedenken in de oplossingen." (p. 14)

IN 11: Ja misschien is dit wel cultuur dat erin is gesloten met de jaren, iedereen concentreert zich op zijn eigen stukje. Het boeit mensen ook niet hoe het verder in het proces gaat, soms is dat de mentaliteit." (p. 14)

3.3.4 Informatievoorziening

Met het thema informatievoorziening wordt bedoeld dat men niet altijd gegevens krijgt die nodig zijn om op de juiste wijze een afdeling te managen, dat kan op financieel gebied zijn maar ook op het gebied van productie, kosten/baten overzichten, visie van een manager of op het gebied van wat de mogelijkheden zijn hoe men zich kan ontwikkelen.

In alle 12 de interviews is dit thema besproken of genoemd. Relevante uitspraken:

IN 1: "De begroting is een goeie vraag. Iets wat ik me niet gerealiseerd dat weet maar begroting in Jaarplan als dat dan terugkomt en is vastgesteld dat komt wel een keer terug in de staf. Maar dat zou eigenlijk ook op de werkvloer niveau moeten worden vertaald. Het zou een heel goed experiment zijn voor onze plannen van 2020. Vooral het bespreken van knelpunten en ambities." (p. 20-21)

IN 2: "We konden bij de bank waar ik werkte gewoon elke kwartaal bij elkaar komen, alle medewerkers bij elkaar, of elk half jaar komen alle leden bij elkaar gewoon even voortgang vertellen. Het management vertelt wat is er nou gebeurd de afgelopen periode waar gaan we nu naartoe? Dat doen we hier niet of in ieder geval te weinig." (p. 11)

IN 3: "Het wordt ons niet makkelijker gemaakt om bedrijfsmatig te denken, we moeten het doen met heel erg weinig stuurinformatie. Er komt vanuit centraal eigenlijk heel erg weinig tot geen stuurinformatie." (p. 2)

IN 3: "Niet de gehele keten is betrokken bij productieafspraken. Dat is misschien wel onze grootste kritiekpunt. Dit jaar doen we voor het eerst aan overzichten, om te zorgen dat mensen een idee krijgen wat de productieafspraken zijn. Er is gewoon te zien dat bepaalde afdelingen geen informatie hebben gekregen en ik wel en dat is natuurlijk niet juist." (p. 7)

IN 4: "We hebben een poos heel erg onderbezet gezeten en cijfers werd ook nooit over gesproken. Misschien waren de hoge heren dus wel erg tevreden maar wij hadden geen idee. Nu is dat al iets inzichtelijker en dat maakt je ook trots. En daardoor worden besluiten ook meer gedragen." (p. 7)

IN 5: "Mijn zorg is wel eens of er daadwerkelijk helemaal doorberekend is wat de gevolgen zijn op de werkvloer van het verhogen van de productieafspraken. Ik zou wel heel graag willen weten hoe bepaalde cijfers tot stand komen en met welke aspecten wordt er rekening gehouden? En wat de gevolgen zijn voor de gehele keten, bij ontbreekt deze informatie en kan deze dan dus ook niet vertalen naar mijn medewerkers." (p. 13)

IN 5: "Ja kijk je hoort wel een heleboel dingen in de wandelgangen, van daar is iets besproken, maar uiteindelijk merk je toch dat er een heleboel dingen beslist worden waar je geen invloed op had of waar essentiële informatie ontbreekt." (p. 14)

IN 6: "Ah ja dat denk ik wel, ik denk wel eens weet je het is handiger als je dingen moet plannen dat je weet hoe is de structuur eromheen geregeld. Hoe het nu georganiseerd is eromheen weet ik niet." (p. 13)

IN 7: "We doen hier en daar nog onvoldoende aan informatievoorziening, je hebt het proces van business cases, maar er wordt nog niet met de volledige capaciteiten in de gehele keten rekening gehouden. Dit gebeurt al wel meer maar kan beter. In het opstellen van business cases moet de gehele keten worden meegenomen en nu zijn helaas vaak de secretariële zaken niet meegenomen." (p. 5)

IN 7: "Je bent heel erg afhankelijk van data als manager, daar zit nog wel een manco, eigenlijk wil ik nog wel meer data hebben." (p. 13)

IN 8: "Ik heb echt informatie over de inhoud nodig om het grote geheel te snappen en te kunnen handelen. Dus dit zou wel prettig zijn als deze informatie meer voorhanden is." (p. 4)

IN 9: "Het ene moment dan hoor je opeens, "o we hebben wel erg veel klepprocedures, blijkbaar is de productie omhooggegaan?" Maar voor sommige zaken wordt een duidelijke business case gemaakt en ben je betrokken maar soms ook helemaal niet." (p. 10)

IN 10: "Ik heb geen idee hoe ze tot een bepaald aantal komen, ik neem aan dat het aantal bedden en dergelijke meegenomen wordt en gekeken wordt wat haalbaar is." (p. 11)

IN 10: "Hoor niet van hogerhand waar men naartoe wil, er is een grote koers uitgezet door de raad van bestuur en is prachtig maar weet niet wat er voor mij of de keten veranderd. Het zou goed zijn als ze uit het grote het kleine trekken waar moeten wij ons nou mee bezig houden als specifiek onderdeel." (p. 16)

IN 11: "De beste cijfers die we nu hebben zijn van 2016, dus het is lastig inschatten qua productie." (p. 7)

IN 12: "Wij hebben toch op een aantal gebieden betrekkelijk slechte informatie, of helemaal niet. Of informatie dat pas heel laat boven water komt. Onze begroting is gerealiseerd op oude informatie en dat geeft dus geen realistisch beeld binnen de begroting." (p. 7)

3.3.5 Planning

Met het thema planning wordt bedoeld de planning betreffende patiënten en dus ook de capaciteitsplanning. De inschatting hoeveel ruimte er beschikbaar is voor zowel operaties, ingrepen, bedden als personeel is een blokkade die ervaren wordt. In 5 interviews wordt dit thema besproken. De volgende uitspraken richten die richting op:

IN 2: "De planning wordt maar 1 week van tevoren uitgeleverd dat is te kort op. En dan zijn er ook nog heel veel mensen die zich met de planning bemoeien. De planner zou de baas moeten zijn." (p. 4)

IN 3: "Het begint al aan de voorkant bij de planning dat het onprofessioneel is. De patiënten krijgen geen informatie over hoe lang men nog moet wachten voordat een ingreep gepland wordt. Patiënten worden dus kort van tevoren opgeroepen. Patiënten moeten meer op de hoogte zijn van hen planning, dan weten ze ook waar ze aan toe zijn. Wij zouden hier veel actiever achteraan moeten gaan." (p. 10)

IN 5: "Patiënten staan 9 maanden op een wachtlijst en horen eigenlijk vrij weinig van ons, dit is absoluut een verbeterproces. De patiënt blijft te lang in het ongewisse." (p. 3)

IN 5: "Een afgestemde planning is belangrijk, die samenhangt met de doelstelling maar ook met het kennisniveau van het personeel." (p. 12)

IN 6: "Er zijn te veel planbureaus met verschillende specialismes, alles zou bij elkaar moeten zijn." (p. 19)

IN 9: "Het op elkaar afstemmen van de planning dat zou een goede stap zijn, alle afdelingen maken gebruik van dezelfde bedden dus is het goed als er 1 planbureau is. Bijvoorbeeld; Zomaar op 1 dag kunnen er 11 patiënten die geopereerd of ingrepen ondergaan op 1 afdeling moeten met maar 16 bedden, die ook voor klinische patiënten zijn. En als er dan ook maar 1 langer blijft liggen loop je vast." (p. 5)

IN 10: "Wij kunnen nooit alle ingrepen opvangen, OK's en Ingrepen die tegelijk op 1 afdeling moeten dat is een grote uitdaging. Onderling communiceren is belangrijk." (p. 19)

3.3.6 Overhead

Overhead, ook wel overheadkosten of vaste lasten, zijn alle kosten die binnen een onderneming of organisatie zelf worden besteed, maar niet worden gebruikt voor productiedoelenden. Er bestaat ook een meer uitgewerkte definitie van overhead: het geheel van functies gericht op sturing en ondersteuning. Dat gaat om: 1. Directie, management en secretariële ondersteuning, 2. Personeel en organisatie, 3. Informatisering en automatisering, 4. Financiën en control, 5. Communicatie, 6. Juridische zaken en 7. Facilitaire zaken (Ensie, 2016).

In 8 interviews is dit thema aan de orde gekomen. Vaak in de context dat het binnen overhead veel tijd kost om te zaken te regelen. En ook dat hierin de zaken te log georganiseerd zijn. Enkele relevante uitspraken:

IN 1: "Wij hebben rondom aanstellingen enorm veel papierwerk hier in huis. Daar gaat ook veel fout, bijna dagelijks. Een simpele basale aanstelling gaat nog fout." (p. 12)

IN 1: "In de huidige situatie doet het zich nog wel eens voor dat ik nog een handtekening moet zetten ondanks dat een personeelslid al 1 of 2 weken aan het werk is." (p. 12)

IN 2: "Bijvoorbeeld de PSA het gaat allemaal over te veel schrijven. Er is gewoon te veel communicatie en te veel schrijven waar iets langs moet." (p. 10)

IN 3: "Als er een aanstelling verstuurd moet worden moet dat eerst via onze eigen PSA en daarna gaat het naar centraal, iedereen moet er zijn plasje over doen. Als je eens kijkt hoeveel tijd hierin in gaat zitten en werkt enorm vertragend." (p. 3)

IN 3: "Echt een ding waar je als manager weinig invloed op kan uitoefenen zijn de zelfvoorzienende dingen, bijvoorbeeld het PSA-verhaal." (p. 19)

IN 9: "Dat de mensen die primair voor de patiëntenzorg gaan zoveel last hebben van de het bedrijf. Dat is voor mij een frustrerende bezigheid zal ik maar zeggen. Soms heb je het gevoel dat je een soort van gevecht aan het voeren bent. Bijvoorbeeld je hebt 16 bedden en je wilt als verpleegkundige niet al die 16 bedden zelf soppen, hier heb je geen tijd voor, er moet een nieuw bed geleverd worden, als dat niet gebeurt raken mensen gefrustreerd. Dan heb je maandagochtend briesende verpleegkundige aan je bureau staan. Wat ik me heel goed kan voorstellen. Waarbij ik ook wel moet zeggen, ik ben als manager in dit bedrijf niet eens in staat het goed te regelen voor mijn mensen." (p. 14)

IN 11: "Wat ik regelmatig zie is dat zaken verkeerd geprijsd zijn door bijvoorbeeld afdeling inkoop. Dit moet echt in 1 keer goed uitgevoerd worden. Het keten bureau zou pro actiever moeten zijn, checken op prijsverschillen. Hier hebben we veel slagen te maken denk ik." (p. 8 & p. 11)

IN 11: "Overhead is veel te hoog. De kosten die men daaraan kwijt is hier heb ik moeite mee dit zou richting de zorg moeten gaan. De volgorde is naar mijn idee verkeerd en hierdoor wordt uiteindelijk te veel op de zorg beknipt, terwijl ik denk dat die ondersteunende afdelingen zo gigantisch zijn en het werkt niet heel goed, dat vind ik wel zorgelijk." (p. 19)

IN 12: "Nou. Ik zou bijvoorbeeld voor morgen weer opnieuw met iemand van inkoop en logistiek, over dan voorraad verschillen. Hoe zit nou met de btw-verhoging? Allemaal van dat soort dingen. En dan? Het lijkt soms alsof niemand hier weet hoe het echt zit... En dat geeft een beetje een vervelend gevoel. Heel veel dingen zijn sterke mate gecentraliseerd overigens is dat op zich ook heel goed met heel veel dingen kun je in theorie ook centraal heel erg goed regelen, maar soms staat het daardoor ook te ver weg van de werkvloer zou je kunnen zeggen. En soms denk ik wel eens van we moeten dingen weer juist wat kleiner maken." (p. 6)

IN 12: "Dat HR hier centraal wordt aangestuurd werkt niet, want als je hier wordt aangesteld krijg je pas na 6 maanden een welkom in dit ziekenhuis briefje thuis. En dat is iets om je voor te schamen denk ik." (p. 6)

IN 12: "Als je op sommige afdelingen rondloopt heb je hele bataljons aan secretaresses, dan denk ik hoeveel secretaresses hebben we hier nodig? Wie kijkt hiernaar? Ik stel dan de vraag maak eens een model met wie hebben we nodig voor wat." (p. 7)

IN 12: "Er zijn heel veel dingen waar we geld aan uitgeven waar geen patiënt aan te pas komt. Ik denk dat we daar eigenlijk eerst naar moeten kijken. Kijk je hebt zeg maar onze fabriek als je in die fabriek gaat snijden dan worden er op een gegeven moment minder "koekjes" gebakken zeg maar, maar als we in HR, kwaliteit of andere zaken tegen een goede kwaliteit voor een mindere prijs kunnen organiseren, is het hele instituut hiermee geholpen." (p. 15)

3.3.7 Taakgerichtheid

Taakgerichtheid betekent: doet men het werk wat men behoort te doen, binnen deze organisatie. In 9 interviews is dit thema besproken. Wat er vooral aangegeven werd is dat de medewerkers zich niet houden aan de taken die voor hen bedoeld zijn. Of dit nu van oudsher is ontstaan of dat dit nu langzaamaan afgedwongen wordt, sommige medewerkers doen meer dan ze zouden moeten doen en andere weer minder. Hiervoor als illustratie de volgende uitspraken:

IN 1: "We hebben veel missing data, we hebben recent studenten ingezet om dit up to date te maken maar dit is een administratief proces wat eigenlijk hoort bij de ingreep of operatie. Het is onze maatschappelijke verantwoordelijkheid dit inzichtelijk te maken en juist te doen." (p. 13)

IN 1: "Het is een stukje menselijke slordigheid om niet goed te registreren denk ik. Dit soort administratieve dingen is niet wat wij het allerleukst vinden." (p. 14)

IN 2: "Artsen nemen geregeld nieuwe collega's aan en hierbij wordt met regelmaat aan andere medewerkers gevraagd de aanstellingsformulieren in te vullen. Dit is niet de taak van deze mensen en men kan deze verantwoordelijkheid ook niet dragen. Dat past niet bij hen rol." (p. 6)

IN 2: "Bepaalde orders worden nu niet door de juiste personen gedaan dit is van oudsher zo gegroeid, echter het systeem waar we nu makkelijker deze orders kunnen aanmaken is anders ingericht en hoort dit bij de artsen thuis. Dit levert nu een bepaalde kwetsbaarheid op en dit moeten we daarom herorganiseren naar mijn idee." (p. 2)

IN 4: "Als coördinator wil je wel een bepaalde flexibiliteit binnen het productieproces. Er zijn mensen die als je er heel lang werkt vanuit, dit hebben we altijd gedaan dingen doen, en dus een beetje vastgeroest zijn." (p. 4)

IN 6: "Er is een afdeling die afwijkt van wat de nieuwe gang van zaken is binnen ons patiënten informatiesysteem. Door deze afwijking moet er voor een 2^e keer gecontroleerd worden en goed gelezen worden, een controle noemen wij dit. Dit hoort niet bij onze afdeling." (p. 6)

IN 7: "Een voorbeeld is een team staat klaar maar er is geen arts aanwezig of waarom staat er een team en een arts maar is er geen patiënt. Afstemming moet beter dit hebben we nog steeds niet optimaal." (p. 11)

IN 7: "We moeten duidelijk maken wat we verwachtten van medisch coördinatoren, dit moeten we duidelijker uitspreken." (p. 14)

IN 9: "Ja sommige verpleegkundigen hebben daar natuurlijk ook soms best wel moeite mee en ook dokters en de ene dokter is daar wat gevoeliger voor dan de andere dokter. Waarop de verpleging wel eens geïrriteerd wordt want bij dokter A wordt die patiënt overgeplaatst en dokter B zegt nou nee laten we toch nog maar even wachten, waardoor patiënt C er niet in past, nou ja dit is een continue discussie." (p. 7)

IN 10: "Dat zijn toch wel vaak dokters die geen besluit maken. Van tevoren is gedefinieerd welke patiënten binnen dit ziekenhuis moeten blijven, maar niet iedereen houdt zich daaraan." (p. 8)

IN 11: "Achter de schermen gaan er nog veel dingetjes mis. Bijvoorbeeld bij de DBC-afdeling waar men nu ziet dat onderdelen niet ingevuld zijn en het DBC-team doet dit nu maar dit horen artsen te doen." (p. 2)

3.3.8 Capaciteit

Letterlijk betekent dit begrip; "[...] vermogen tot opslaan of vermogen tot verwerken (Encyclo, 2019). Binnen dit thema gaat het vooral om de capaciteit om patiënten te behandelen, op te nemen of de zorg te kunnen leveren die nodig is. In 6 interviews is dit thema besproken.

IN 2: "Nou ja gewoon puur capaciteit, als je gewoon de productie verhoogd, maar ja dat je er ook over nadenkt over dat ook dat consequenties heeft voor het plannen. Je moet wel in het geheel overzien." (p. 7)

IN 3: "Als men niet optimaal gebruik maakt van het programma. Dat betekent dat planningsbureau de planningsprogramma's niet gebruiken zoals die is bedoeld. En dat geeft heel veel beperkingen zeg maar in dit hele proces waardoor de zaken niet op tijd worden gesignaleerd. Waarom we soms mensen vergeten die gepland moeten worden en omdat je niet optimaal gebruik maakt van het programma en daar zijn ze wel een slag te maken ook qua capaciteitsmanagement." (p. 12)

IN 4: "Waar je vaak tegenaan loopt is inderdaad een plek voor de patiënt, om een patiënt uit de regio klinisch op te nemen. Er zijn dagen dat het soepel verloopt, maar soms merk je van oeh dit wordt lastig." (p. 4)

IN 7: "Een belangrijk topic is arbeidskrapte en capaciteit dan heb je wel echt de grote brokken te pakken. Op verschillende afdelingen is capaciteit een hot topic. Helaas moeten we heel vaak nee verkopen." (p. 3)

IN 7: "Een optimale benutting van capaciteit, daar is echt nog een wereld te winnen." (p.11)

IN 9: "We hebben het natuurlijk ook over dat wij onze productie willen halen en we niet onnodig lege bedden willen hebben, maar we willen ook weer bedden leeg hebben om patiënten op te nemen. Die balans is een eeuwige discussie en dergelijke geeft een enorme druk op het werk. Ik denk dat capaciteitsproblemen 1 van onze belangrijkste problemen zijn." (p. 2)

IN 9: "Patiënten waarbij hun operatie niet door kan gaan of een andere behandeling, dan denk ik niet aan onze eigen productie maar aan wat het voor jou als patiënt betekend als je plots hoort dat zo'n grote operatie niet doorgaat omdat er geen bed is. Ik bedoel dat is nogal wat. Een groot onderdeel hiervan is personeelsgebrek. Of dat nou op de OK is of een laborant of personeel bij de polikliniek. Er is altijd wel ergens een schakel waar het vastloopt." (p. 3)

IN 10: "Capaciteit is wel een probleem, dat denk ik wel. We hebben een systeem om patiënten te kunnen scoren om zo te zorgen dat verpleegkundigen beter kunnen kijken wanneer een patiënt nog een bepaalde zorgbehoefte heeft. 3 of 4 patiënten per 24 uur, da is behoorlijk veel." (p. 3)

IN 10: "Soms zeggen we na 24 uur of 48 uur het is jammer maar we moeten overplaatsen, vinden we soms wel moeilijk maar ja we hebben niet genoeg capaciteit, om die patiënten allemaal in huis te houden. Bovendien zijn we er formatief ook nog niet." (p. 5)

IN 10: "Ik loop er dagelijks tegenaan dat er eigenlijk te weinig bedden zijn voor deze patiëntenstroom." (p. 8)

IN 11: "Langzaamaan verbetert dit wel maar je ziet dat er nog wel wat verbetering kan. In ieder geval elke week overleggen draagt bij aan dat het binnen de keten wel verbeterd. Voorheen zag je nog wel dat men de geplande patiënten lastig kwijt kon." (p. 17)

3.4 Samenvattend

Na het coderen en uit specificeren van bovenstaande thema's en specifieke voorbeelden wordt duidelijk dat dit toch wel de meest dringende blokkades zijn waar de middelmanagers in deze keten tegenaan lopen. Wat opvalt is dat één thema, cultuur, door iedereen wordt genoemd en het niet uitmaakt op welk level men managet of manager is. Ook het thema informatievoorziening is een veel genoemd punt. Sommige zaken zijn zeer specifiek voor deze organisatie maar sommige zaken zijn mogelijk een-op-een te spiegelen aan andere organisaties.

Er is een overlap te zien in de thema's, en dat is *samenwerking* of eigenlijk het *gebrek aan onderlinge samenwerking*. Bijvoorbeeld te herleiden/terug te zien in de volgende quotes;

IN 5: "Ja kijk je hoort wel een heleboel dingen in de wandelgangen, van daar is iets besproken, maar uiteindelijk merk je toch dat er een heleboel dingen beslist worden waar je geen invloed op had of waar essentiële informatie ontbreekt." (p. 14)

IN 4: "Maar het is een soort eilandjes cultuur. Dit heeft soms ook wel voordelen maar maakt soms dat dingen niet heel snel gaan." (p. 10)

IN 8: "Een cultuur ding betreffende deze keten/afdeling wordt wel weer heel duidelijk als het gaat om een ziekenhuis brede aanbesteding, de enige die dan dwarsliggen is dit onderdeel. Daar kan wel aan gewerkt worden, misschien heeft deze keten wel een goed punt maar je moet het ook wel goed managen en meedenken in de oplossingen." (p. 14)

IN 6: "Ah ja dat denk ik wel, ik denk wel eens weet je het is handiger als je dingen moet plannen dat je weet hoe is de structuur eromheen geregeld. Hoe het nu georganiseerd is eromheen weet ik niet." (p. 13)

IN 5: "Een afgestemde planning is belangrijk, die samenhangt met de doelstelling maar ook met het kennisniveau van het personeel." (p. 12)

IN 6: "Er zijn te veel planbureaus met verschillende specialismes, alles zou bij elkaar moeten zijn." (p. 19)

Dit is een greep uit de quotes waaruit op te maken is dat er nog niet op de juiste wijze wordt samengewerkt in deze keten. Om te kunnen achterhalen waar deze blokkades door ontstaan of hoe men deze op de juiste wijze kan oplossen, zal in het volgende hoofdstuk de theorie onderzocht worden.

Hoofdstuk 4. Verdieping door literatuurstudie

Voor de beantwoording van de in Hoofdstuk 1 uitgewerkte vraagstelling, is behoefte aan een theoretisch onderbouwing van de gevonden informatie uit de praktijk. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek wordt in dit Hoofdstuk 4 een aantal aspecten verder aan de hand van literatuur uitgediept en bestudeerd. De functie van dit hoofdstuk is ook, op basis van bestaande theorie een kader te creëren, waarmee we het onderwerp waarin dit onderzoek geïnteresseerd is, gericht kunnen bestuderen. De verzameling en interpretatie van gegevens uit de interviews kunnen geplaatst worden tegenover een dergelijk kader. Aan het einde van dit hoofdstuk zal duidelijk worden welke voorwaarden volgens de theorie mogelijk bevorderen dan wel belemmeren dat professionals gaan samenwerken in een keten.

4.1 Samenwerken

“Samenwerken is een middel om met elkaar (met verenigde krachten), gemeenschappelijk aan dezelfde taak werkend, het werk tot stand te brengen dat nodig is om een bepaald doel of resultaat te bereiken” (Smetzers, 2007).

Hoe kunnen we samenwerking, ofwel hoe kunnen we ervoor zorgen dat het inzetten van een team of een keten goed gebeurt om zo een optimale samenwerking te bereiken? Samenwerking vindt pas plaats als er minimaal twee personen betrokken zijn en zo ook tussen een groep of meerdere groepen. Samenwerken is een essentiële competentie om zo een uiteindelijk doel te kunnen bereiken. Je kunt in een organisatie nooit je probleem alleen oplossen, of het nu gaat om ontwikkelingen, uitdagingen, innovatie of veiligheid, samenwerken is nodig. Om goed samen te werken moet men in staat zijn een deel van hun autonomie of resultaatverwachting op te geven en erin vertrouwen dat men er meer voor terugkrijgt, dit omdat je samen een beeld moet vormen van het uiteindelijke doel en die kan weer anders zijn dan die van andere teamleden, Of, zoals Kaats en Opheij (2016,) het formuleren:

“Samenwerken is kansrijk als mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie. Het is de grote opgave om daarvoor de juiste condities te scheppen” (p. 7).

Samenwerken doet men niet zomaar, het moet altijd iets opleveren. Wat samenwerken kan opleveren verschilt per partij die betrokken is in een samenwerkingsverband. Men werkt over het algemeen samen als men samen iets kan bereiken, wat men alleen niet zou kunnen bereiken. Om continuïteit in samenwerking te waarborgen is het nodig dat een organisatie zich blijft ontwikkelen en blijft leren. In het kader van samenwerken is het ook essentieel samen te leren anders blijft eenieder in zijn eigen context denken en werken (Kaats & Opheij, 2016, p. 29).

Ook vraagt de ‘buitenwereld’ of in de context van dit onderzoek de patiënt, dat men zaken op elkaar afstemt en dat niet de ‘klant’ of de patiënt zich van het kastje naar de muur laat sturen. Zeker in de zorg verwacht men goed afgestemde dienstverlening, soms is dit zelfs wettelijk verplicht. Kaats en Opheij (2016) hebben ook uit verschillende literatuur een aantal inhoudelijke motieven gevonden die aangeven hoe belangrijk het is om goed samen te werken, te denken aan; snel en goed kunnen reageren op marktontwikkelingen, realiseren van kostenvoordelen, ontwikkeling van kennis en hanteren van externe druk (p. 29).

Zoals eerder te lezen was is het belangrijk dat de teamleden een deel van hun autonomie opgeven om samenwerking te verbeteren, het is soms lastig autonomie op geven als je elkaar niet echt begrijpt en je het over verschillende doelen of zaken hebt. Even kort toelichten wat er in dit onderzoek met de context met autonomie bedoeld wordt, we hebben het hier over klinische autonomie, dit betekend de vrijheid om zelfstandig te handelen of om beslissingen te nemen (V&VN, 2019). In het kader van Kaats en Opheij (2016) is het noodzakelijk binnen goede samenwerking deze autonomie deels los te laten voor het samenwerkingsbelang. Een

groot probleem tussen binnen een groep is spraakverwarring als het over samenwerken gaat, niet een inhoudelijk verschil van inzicht maar juist de verwarring die ontstaat door verschillen in taal en verschillen in verwachting en perceptie binnen een groep/team zijn het grootste probleem.

4.1.1 Samenwerken in de zorg

We hebben in Nederland te maken met een dubbele zorgkloof (zorgvraag en beschikbare zorg) en een veranderde zorgvraag, dit heeft gevolgen voor de ziekenhuizen. De urgentie van die zorgkloof is vooral te zien op de volgende topics; dubbele vergijzing, betaalbaarheid van zorg en oplopend personeelstekort.

Helpt het eigenlijk dan wel als men (beter) gaat samenwerken in de zorg? Wat gaat er nu beter als er meer wordt samengewerkt en wat gaat er mis als er niet wordt samengewerkt? Er is nauwelijks *evidence* over dit thema beschikbaar. Een belangrijk onderdeel om beter samen te werken lijkt het vergroten van de kwaliteit van zorg én de patiëntveiligheid te zijn (Hammelburg, 2014). Maar ook van belang is om de optimale zorg voor een patiënt te kunnen bieden (Gerritsen, 2008). Daarnaast kan slecht of niet samenwerken tot grote problemen voor zorgverleners en de organisatie leiden. Hoewel er methodologische valkuilen zijn met betrekking tot het aantonen van de effectiviteit van samenwerken, begint vanuit de praktijk de noodzaak tot beter samenwerken wel steeds meer gezien en erkend te worden. De verschillende disciplines zien de nut en noodzaak van samenwerken als groep en zijn ook meer geneigd macht en status hierbij minder een rol te laten spelen, dit is wel voorzichtig gezegd want het blijft een lastige kwestie binnen de gezondheidszorg.

Onder invloed van de expliciete vermelding van 'samenwerken' als één van de zogenaamde CanMEDS-competenties,⁷ komt ook in het medisch onderwijs 'samenwerken' steeds vaker in de aandacht. Samenwerken in de zorg is niet samen te vatten onder één definitie. Dat heeft onder andere te maken met de vele verschillende invalshoeken, van waaruit samenwerken wordt bekeken. Het vindt immers plaats tijdens de directe patiëntenzorg, tussen professionals in teams en in instellingen maar ook daarbuiten, mono- en multidisciplinair en bij richtlijnontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek (Hammelburg, 2014). De zorg en ook het samenwerken in de zorg wordt steeds complexer. De eenvoudige tweedeling dokter-verpleegkundige bestaat al heel lang niet meer. Er zijn inmiddels vele verschillende beroepen in de zorg die elk een eigen professionaliseringstraject doormaken. Domein denken in elk beroep kan leiden tot een niet-functionele statushiërarchie, terwijl samenwerken juist gelijkwaardigheid vereist (Hammelburg, 2014).

4.1.2 Ontwikkelingen in de zorg die invloed hebben op samenwerking

Er zijn verschillende ontwikkelingen in de zorg die een ingrijpende verandering teweegbrengen binnen de Nederlandse gezondheidszorg, hierdoor komt de huidige zorg onder druk te staan. Zo heeft men te maken met demografische ontwikkelingen, bijvoorbeeld ontgroening en vergijzing (dubbele zorgkloof) (WRR, 2006, p. 66). Het gemiddelde geboortecijfer zal de aankomende jaren gaan dalen, terwijl een grote hoeveelheid Nederlanders steeds ouder wordt. De periode dat de oudere mens behoefte heeft aan zorg neemt met het stijgen van het ouder worden der jaren toe. Ook het aantal mensen dat tijdens het leven meerdere ziekten ontwikkelt, neemt toe (Hartstichting, 2018). Naast demografische zijn er ook continue technologische ontwikkelingen gaande. Er is alsnog meer mogelijk, technologische ontwikkelingen in de zorg volgen elkaar in hoog tempo op. In een ziekenhuis is het tegenwoordig vanzelfsprekend om met een digitaal patiënten informatiesysteem te werken. En bij de cardiologische zorg is de ontwikkeling van *E-health* erg in opkomst.⁸ Deze ontwikkelingen dragen enorm bij aan de vooruitgang van de zorg, maar brengen ook de nodige complexiteit met zich mee. Ook is er sprake van aantal sociaaleconomische ontwikkelingen, zo neemt bijvoorbeeld de diversiteit binnen de samenleving toe.

⁷ CanMEDS staat voor een methodiek, ontleend aan het Canadian Medical Education Directives for Specialists, om scholing voor zorgverleners te kwalificeren in termen van competenties.

⁸ *E-Health* gaat over digitale toepassingen in de zorg, hier met name (thuis)monitoring).

De huidige samenleving wordt gekenmerkt door veel verschillende levenswijzen en verschillende samenlevingsvormen. De mate aan uniformiteit is afgenomen, Nederlandse burgers willen minder collectief leven en men wil zelf keuzes maken (Hoevenagel, 2012). Zoals eerdergenoemd zal de vraag naar zorg toenemen, maar dit zal niet het enige zijn vraag gestuurde zorg wordt ook steeds belangrijker, de patiënt moet centraal staan. De zorgvraag zal individualiseren, daarom zal het zorgaanbod ook meer maatwerk moeten zijn (Bos, 2011, p. 26-27). Door de demografische, technologische en sociaaleconomische ontwikkelingen ontstaat een toenemende druk binnen de zorgsector, zo ook binnen de ziekenhuizen. Door deze toenemende druk is het wenselijk dat ziekenhuizen veranderingen aangaan om aan die kwaliteitseisen te voldoen (Bos, 2011, p. 32).

Samenwerking in de zorg wordt door al deze verandering steeds belangrijker en is mogelijk een oplossing om met deze druk om te kunnen gaan. Samenwerken zorgt ervoor dat men de werklast kan verdelen onder verschillende disciplines, maar ook dat de juiste zorg, met de juiste disciplines, op het juiste moment gegeven kan worden. Wat natuurlijk veel patiënten* willen als zij plots worden opgenomen met een hartinfarct of een dergelijke hartaandoening, is snel, de juiste en beste zorg en/of behandeling. Om specifiek in te gaan op de cardiologische zorg, deze categorie van zorg is zeer gespecialiseerd, de snelheid waarmee technieken zich ontwikkelen en de cardiologische zorg zich manifesteert is van bizarre proporties, het is hierbij noodzakelijk zaken binnen de keten multi- of interdisciplinair af te stemmen en zo nodig kennis te delen.

4.2 Samenwerking in productieprocessen

Productie is het vervaardigen van een of meer tastbare producten middels het gebruik van machines, gereedschappen en/of arbeid teneinde deze te gebruiken/verbruiken of verkopen. Productie is echter meer dan 'slechts' het vervaardigen van tastbare producten. Nu zult u denken productie draait om integraal ketenbeheer (*supply-chain*) en, ja, dat is direct het verband tussen productie en samenwerking. Het draait hierbij eveneens om *samenwerking*; immers, produceren is niet de taak van één individu. Voor dergelijke samenwerkingsverbanden geldt dan ook dat de keten zo sterk is als de zwakste schakel. Een goede beheersing van de keten bepaalt voor een groot deel het succes.

Een goed voorbeeld van het bereiken van het ultieme productieproces wordt tegenwoordig veelal gerealiseerd door *Lean-productie*. In de tweede helft van de 20ste eeuw was het vooral Toyota die zichzelf in zijn productieproces onderscheidde door grote ontwikkelingen op dit gebied. In Lean-productie worden assemblagelijnen opgesplitst in flexibele cellen en personeel wordt een breder werkgebied geboden. In dit klantgerichte productieproces staat de mens centraal. De persoonlijke ontwikkeling van het personeel krijgt veel aandacht. Het belang van hooggekwalificeerde en het uitwisselbaar maken van medewerkers is groot en steeds meer verantwoordelijkheden worden toebedeeld aan de werknemers in plaats van het management (Simchi-Levi, 2010). Bij Toyota waren er 3 onderwerpen die binnen Lean-productie essentieel waren; 1) reduceren van afval (reduceren van alle vormen van afval, te denken aan; tijd, kosten, energie, voorraad en defecten), 2) het streven naar continue verbetering (verbeteren van kwaliteit, continue het proces analyseren en bijstellen en het design van het product verbeteren), 3) investeren in mensen en in samenwerken (teamwork) (verbeteren van probleemoplossend denken, motiveren van teamleden om procesverbeteringen in te brengen en verzorgen van flexibiliteit als het gaat om cross-training van de teamleden) (Simchi-Levi, 2010, p. 148).

Zoals hiervoor te lezen is, zou deze manier van Lean-productie ook een goede manier zijn om teamsamenwerking te bevorderen en verbeteren en waarom zou dit niet werken in de zorg? Een patiënt is dan wel geen auto, maar waarom zou er een verschil zijn tussen de logistiek van een ziekenhuis en een ander productiebedrijf? Wat betreft Rouppe en Benders is Lean in de zorg geen vraag, maar een uitgangspunt. Het staat voor continu alles wat je doet verbeteren. Met respect voor elkaar en op de continuïteit van de organisatie. Om de klant op de meest efficiënt mogelijke manier te helpen. En uiteindelijk door die klant beloofd te worden met een glimlach (Rouppe & Benders, 2012). Zo zijn er nog meer voorvechters voor Lean in

de gezondheidszorg en verschillende data te vinden dat Lean zou werken in de zorg (Trip, 2009).

4.2.1 Lean strategie

De lean strategie is erop gericht, dat iedereen in een organisatie of in het team die deze strategie toepast, waarde creëert. De klant of patiënt staat centraal, je wil de maximale winst behalen met de minimale inzet of veranderingen aan te brengen in je proces, dat moet het doel op zich zijn. Het lean principe begint aan de basis met de 4 P's (binnen de Engelstalige begrippen) die in de 'Toyota way' gebruikt zijn: filosofie, processen, mensen en partners, en problemen oplossen. De filosofie van een bedrijf is essentieel voor een goede lean manier van werken, een bedrijf of instelling moet niet alleen met zichzelf bezig zijn maar ook met zijn maatschappelijke relevantie. Hierbij is vooruitkijken belangrijk, kort termijn denken werkt hier niet. Om te zorgen dat een bedrijf of instelling dit goed kan doen, moet men zijn processen optimaal inrichten. Dit kan men doen door bijvoorbeeld efficiënter te gaan werken, waarbij je zo min mogelijk tijd gebruikt om een bepaald product of behandeling te doen of men kan de nadruk leggen op verbeteren en dan moet de focus vooral liggen op het minimaliseren van fouten. Om dit goed te kunnen realiseren is het belangrijk om het gedrag van de mensen en partners te ontwikkelen, mensen moeten getraind worden in efficiënt werken. Men moet het gevoel hebben dat er een open sfeer hangt in een bedrijf of instelling om verbeteringsvoorstellen te kunnen en durven doen. Kan het bedrijf of instelling het zelf niet oplossen dan is het ook belangrijk dat men investeert in contacten of het netwerk (partners) om gezamenlijk de processen te verbeteren. Probleem oplossen is bij lean een onderdeel waar veel aandacht voor is. Dit is nu juist wat het doel van lean is, problemen oplossen, als het dan nodig is om bepaalde processen zelf tijdelijk stop te zetten om ze te kunnen herzien is dat ok. Waarbij het essentieel is regelmatig met elkaar te kijken wat er in het proces gebeurt (LeanSixSigma.nl, 2019).

Lean principe en de methode van optimaliseren van samenwerking laten veel overlap zien als het gaat om het verbeteren in samenwerking, zelfs een aantal van de stappen zijn hetzelfde of willen in ieder geval hetzelfde doel bereiken. Lean zou als praktisch invulling, dus een mooie aanpak of tactiek kunnen zijn om de samenwerking binnen productieprocessen te verbeteren. Lean geeft vooral richting in doelen en eventuele strategieën, geeft minder handvatten op het gebied van persoonlijke (medewerkers/teamleden) ontwikkeling of interprofessioneel ontwikkelingsgebied.

4.2.2 Forecasts in productieprocessen

Een belangrijk onderdeel van productieprocessen in de *supply chain* is het voorspellen (*forecasts*), dit om de logistieke processen beter in te kunnen richten. Door het doen van een accurate forecast kan een leverancier of bedrijf aan de toekomstige vraag voldoen. Als men een goede forecast heeft wordt het ook gemakkelijker te kijken naar waar de verspillingen zitten in het proces. En zoals eerder aangegeven werd bij het onderwerp lean strategie, kan men ook beter bepalen hoe men de klant of patiënt centraal kan laten staan. Wat heeft dit nu te maken met samenwerken? Als men goede voorspellingen kan maken, kan men de processen zo inrichten dat eenieder rekening met elkaar kan houden. Zo levert accuraat forecasts een groot voordeel voor de gehele keten, men weet waar men rekening mee moet houden en waar de toekomst naartoe gaat. Kan men dit ook gebruiken in de zorg om productieprocessen te stroomlijnen? De zorg is zoals eerder aangegeven een veranderende omgeving, waar bijvoorbeeld vergrijzing veel invloed op heeft.

Het wordt steeds belangrijker om naar die toekomst te kijken, wat voor patiëntencategorie kan ik verwachten, welke zorgvraag hebben deze patiënten en hoe kan ik daar als zorgaanbieder aan voldoen? Als je naar de zorg en forecasts kijkt wordt er vaak gesproken over een 'rolling strategy' of 'rolling forecast'; dit houdt in dat men in de zorg statische, jaarlijkse planningen moeten loslaten en veel meer moeten denken in een continu proces (Leeuwen, 2019). Wat vaak bij een 'normale' forecast als nadeel wordt gezien is dat als de tijd is gekomen om de periode af te ronden is de forecast alweer achterhaalt. Ook een ziekenhuis moet sneller inspelen op de veranderende verwachtingen, wensen en behoefte van de klant (de patiënt).

Het is binnen dit principe van rolling forecasten aan te bevelen periodieke prognose te doen van 4 tot 6 kwartalen, maar wel continue de voortgang blijven bewaken (Leeuwen, 2019). Rolling forecasten ondersteund ook het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op de toekomst, en vraagt onderling vertrouwen, discipline en openheid. Ook is het voor een organisatie nodig om een geautomatiseerd systeem te hebben die een continu overzicht geeft van de forecast, wat meer training en discipline vraagt van een team.

Waarom is het onderwerp 'voorspellen' uitgewerkt binnen het theoretisch kader van dit onderzoek, zal men zich afvragen. Voorspellen draagt bij aan een verbeterende samenwerking, in het kader van het maken van visie/missie en doelstelling voor een team. Voorspellen heeft ook een directe link met productieprocessen in de ruimste zin van het woord. In dit onderzoek is in de praktijk de relevantie van het in de toekomst beter voorspellen onderschreven en zal er in de analyse ook verder op worden ingegaan.

4.3 Multidisciplinair versus Interdisciplinair

Twee begrippen die voor het samenwerken van professionals uit verschillende disciplines gebruikt worden, zijn: multidisciplinair samenwerken en interdisciplinair samenwerken (Schuman, 2010). Deze begrippen refereren vooral aan het handelen van professionals. Echter, dit handelen staat altijd in dienst van de ondersteuning en begeleiding van, in de context van dit onderzoek, de patiënt.

Maar wat is nu het verschil tussen multidisciplinair en interdisciplinair samenwerken? *Multidisciplinair samenwerken* zijn verschillende disciplines betrokken, maar werkt elke discipline vanuit het eigen perspectief, met een eigen vaktaal en een eigen logica en probeert de eigen doelstellingen te realiseren. Professionals behouden hun autonomie en werken min of meer parallel aan elkaar. Bepaalde disciplines hebben meer status dan andere (Schuman, 2010). Bij *interdisciplinair samenwerken* formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel, hanteren zij een gemeenschappelijke taal, die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is, en zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair en waardevol. De betrokken professionals leveren als het ware een stukje van hun autonomie (en soms status) in (Buntinx & Bijwaard, 2004). Interdisciplinair samenwerken gaat een stap verder dan multidisciplinair samenwerken, bij interdisciplinair samenwerken, stopt het niet bij uitwisselen van informatie of ideeën zoals bij multidisciplinair samenwerken, maar het gaat om het vormen van een vergaande samenwerking, waarbij een gezamenlijk doel, een gedeelde verantwoordelijkheid en een gedeelde visie essentieel zijn (Tsakitzidis & Royen, 2012). Wanneer gesproken wordt over interdisciplinair samenwerken, lijkt het meestal te gaan om samenwerking in de gezondheidszorg tussen paramedici, verpleegkundigen en artsen.⁹ In Vignet 2 wordt ter verduidelijking hiervan een voorbeeld gegeven.

⁹ Zie bijvoorbeeld een recente publicatie van het Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011); zie ook de publicaties van het invloedrijke Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE): (Schuman, 2012).

Vignet 2: Voorbeeld van interdisciplinaire samenwerkingen (Bron: Tsakitzidis & Royen, 2012)

"In het ziekenhuis heeft een kankerpatiënt achtereenvolgens (of sequentieel) een consult bij de radioloog, de chirurg en de oncoloog. De zaalarts en de hoofdverpleegkundige verzamelen alle nodige informatie rond de verdere behandeling en stellen in overleg met elkaar en de patiënt een verdere planning op. Deze multidisciplinaire aanpak is totaal verschillend van een interdisciplinaire samenwerking, waarbij tijdens een gepland patiënten overleg, met alle genoemde professionals, informatie doorgegeven wordt om van daaruit samen een doelgericht behandelplan op te stellen. Tevens wordt tijdens het interprofessionele overleg bepaald wie deze gemeenschappelijke aanpak met de patiënt bespreekt. De verschillende betrokken disciplines houden elkaar rechtstreeks op de hoogte en ook de patiënt wordt bij elke stap betrokken."

Hoe zal ik naar de samenwerking in SAAM kijken, multidisciplinair of interdisciplinair? In dit onderzoek verkies ik een theorie van interdisciplinair samenwerken. Deze vorm van samenwerken sluit het beste aan in deze situatie, omdat het hebben van afstemming en een gemeenschappelijke taal tussen deelnemers aan de keten/groep binnen deze definitie belangrijk is binnen de samenwerking. Zo ook wordt eerder in dit theoretische kader, door Kaats en Opheij aangegeven dat het uitermate belangrijk is om een stukje autonomie en/of status in te leveren om zo optimale samenwerking te kunnen bewerkstelligen en er uiteindelijk meer voor terug te krijgen (Kaats & Opheij, 2016, p. 101). Dit lijkt in dit onderzoek een essentieel argument om betere samenwerking te bewerkstelligen, dit omdat men vooral bezig met zijn eigen onderdeel en dit ook het meest belangrijke vindt in het proces. Het vormen van een gezamenlijk doel, gemeenschappelijk visie en gedeelde verantwoordelijkheid zal bijdragen aan het vormen van een optimale samenwerking binnen deze organisatie. De afstemming met alle professionals is bij interdisciplinair is een gemeenschappelijk taal en richting essentieel, wat in dit onderzoek net zo essentieel lijkt.

Bij multidisciplinair gaat het erom dat zaken zich sequentieel opvolgen, dit lijkt niet wenselijk in dit onderzoek: zaken dienen samen te gaan en in een samenwerking in de keten die er is. Bij een interprofessioneel model is de kans ook groter dat men sneller een volledig beeld krijgt van de patiënt en zijn probleem. Niet alleen de medische problematiek, maar ook de haalbaarheid en betrokkenheid van de patiënt met zijn probleem in zijn context (bio psychosociaal/economisch en emotioneel/spiritueel) (Tsakitzidis & Royen, 2012). Ook is het bij interprofessionele teams nodig dat er tussen deze verschillende professionals wordt samengewerkt om een opdracht of doel succesvol te realiseren, dat is in de context van dit onderzoek ook passend (De Waal, 2018).

Vignet 3 geeft een korte weergave van de definitie van interdisciplinaire samenwerking, zoals hiervoor beschreven. Hiermee wordt verduidelijkt welke voorwaarden aanwezig dienen te zijn om interdisciplinaire samenwerking te bevorderen.

Vignet 3: Definitie interprofessioneel samenwerken (Diverse bronnen)

Er zijn *overlegmomenten* tussen de verschillende professionals waarbij er uitwisseling is van informatie, ideeën en aanbevelingen.

Er is een *interprofessioneel team*, waarbij men in samenspraak en gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkelt (Vinicor, 1995).

Interdisciplinariteit *analyseert, synthetiseert en harmoniseert* de relaties tussen de disciplines in een gecoördineerd en coherent geheel (Choi, 2006) (Tsakitzidis & Royen, 2012).

4.3.1 Interdisciplinair samenwerken essentieel?

Tsakitzidis en Royen bespreken een 7-tal punten die aangeven waarom het binnen de gezondheidszorg belangrijk is interdisciplinair met elkaar samen te werken en zaken af te

stemmen. Waar moet men aan werken of wat moet men ontwikkelen binnen een keten of een team om interdisciplinaire samenwerking te verbeteren? Vignet 4 geeft op basis van hun opsomming een goed beeld waar de te verbeteren onderdelen zijn te traceren in dit onderzoek en bij deze keten.

Vignet 4: Aspecten bij interdisciplinair samenwerken (Bron: Tsakitzidis & Royen, 2012).

1. <i>Betere en effectievere communicatie tussen individuen en professionele groepen</i> Als beroepen beter met elkaar zouden communiceren, dan zou ook samenwerking minder problemen opleveren.
2. <i>Tegengaan van de tendens naar toenemende specialisatie en profilerende disciplines.</i> Samenwerking wordt lastiger als het aantal disciplines toeneemt, het aantal verschillende sub specialismen wordt soms zo groot, dat samenwerking onmogelijk wordt. Men kent de ander zijn expertise niet meer zodat ook geen verantwoordelijkheden meer gedeeld of doorgegeven kunnen worden, vanuit een attitude van wederzijds respect en vertrouwen
3. <i>Omgaan met complexiteit en met noden die de capaciteit van één enkele professie overstijgen</i> De problematiek van patiënten wordt alsmaar complexer, waardoor meer verschillende zorgbeoefenaars bij dezelfde patiënt betrokken zijn (Boaden & Leaviss, 2000) Een zorgteam moet continuïteit garanderen, naast complementariteit en coördinatie van zorg.
4. <i>Betere kennis en erkenning van elkaars expertise</i> Deze betere kennis en erkenning zijn de basisvoorwaarden voor elke vorm van samenwerking en vooral voor het werken als team. Interprofessioneel samenwerken respecteert de integriteit van elk beroep. Doordat technieken en kennis samengevoegd worden, vergroot je ook de deskundigheid.
5. <i>Oplossen van onderlinge wedijver en stress – verhogen van job tevredenheid</i> Tussen disciplines en beroepen is er vaak competitie. Dat wordt versterkt door verschillen in macht en status, die ook verband houden met verschillen qua opleiding, geslacht en klasse. Verschillende beroepen hebben ook vaak verschillende inzichten en belangen, daardoor wordt gezamenlijk overleg over de te nemen beslissingen noodzakelijk.
6. <i>Verbeteren van de kwaliteit van zorg</i> Samenwerking wordt bekeken als een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Men komt beter tegemoet aan de eigenlijke zorgbehoeften. Disciplines die nauw samenwerken, zullen elkaar ondersteunen, ze zullen elkaars functioneren bewaken zo worden fouten in de zorg niet alleen bespreekbaar, maar ook beter te voorkomen.
7. <i>Betere verdeling van de werklast en verantwoordelijkheden</i> De tijd is voorbij dat een beperkt aantal professionals de zorg opneemt voor een bepaald aantal patiënten. Men start ook niet meer als professional om zijn functie voor de rest van zijn loopbaan te blijven uitoefenen. Daarnaast is het garanderen van de continuïteit in de zorgverlening en het aanbieden als één geheel belangrijk. Door samen te werken als team kan men hier beter aan voldoen.

4.4 Interdisciplinaire samenwerking optimaliseren

4.4.1 Succesfactoren om interprofessioneel samenwerken te verbeteren

Er zijn een aantal succesfactoren van interdisciplinair teamsamenwerking, deze kunnen zich manifesteren op individueel en interpersoonlijk, team-, (inter-) organisatie- en internationaal niveau. Op individueel en interpersoonlijk niveau blijken vooral professionele competenties belangrijke succesfactoren te zijn. Meerdere onderzoekers onderscheiden twee kerncompetenties:

1. Begrijpen en kunnen waarderen van elkaars professionele rollen en verantwoordelijkheden, en
2. Effectief kunnen communiceren (Suter, 2009).

Vignet 4 geeft een korte weergave van de essentiële componenten voor interdisciplinaire samenwerking, zoals hiervoor beschreven en hiermee wordt verduidelijkt wat in de praktijk aanwezig zou moeten zijn.

4.4.2 Competenties

4.4.2.1 Vertrouwen

Zonder wederzijds begrip van professionele rollen en verantwoordelijkheden wordt communicatie en relaties bemoeilijkt. Zodra een collega gezien wordt als concurrent die taken en rollen overneemt, worden professionals meer beschermend ten aanzien van hun eigen praktische werkzaamheden, laten ze meer weerstand zien tegen samenwerking en wordt hun professionele ervaring en expertise onderbenut (Suter, 2009). Ook leidt rol vervaging tot een grotere kans op conflicten en burn-out bij de teamleden. Een juiste balans tussen het erkennen van wederzijdse afhankelijkheid, de behoefte aan autonomie en het erkennen van elkaars expertise is een belangrijke succesfactor.

In het kader van effectieve interprofessionele samenwerking is het belangrijk dat men het vermogen heeft om duurzame relatie aan te gaan met wederzijds vertrouwen en respect (Suter, 2009; Kaats & Opheij, 2016). Vertrouwen is te onderscheiden in dispositioneel vertrouwen, institutioneel vertrouwen en interpersoonlijk vertrouwen. Vertrouwen in de vorm van *dispositie* betekend, de mens is in wezen goed en tot het goede geneigd, mensen zijn over het algemeen te vertrouwen zo is de overtuiging (Kaats & Opheij, 2016, 133). *Institutioneel vertrouwen* gaat over een samenleving die gebaat is bij het regelen van kwesties op macroniveau en het beleggen van zeggenschap bij de daartoe in het leven geroepen instituties (Kaats & Opheij, 2016, 133). *Interpersoonlijk vertrouwen* zegt iets over de relatie tot een of meer specifieke personen of gelijkheid tussen professionals, waarbij men moet denken aan: 'opvattingen verwachtingen tegenover een ander, waarbij imago en reputatie een rol spelen' (*trusting beliefs*); 'de bereidheid om je afhankelijk te maken van anderen, je geeft je als het ware over' (*trusting intentions*), en tot slot; 'vertrouwenwekkend gedrag, waarbij iemand zich vrijwillig afhankelijk van een ander opstelt vanuit een gevoel van zekerheid' (*trusting related behaviour*) (Kaats & Opheij, 2016, p. 135; Mc. Knight & Chervany, 2001).

Bij interpersoonlijk vertrouwen en de hiervoor genoemde topics is het ook belangrijk om te beseffen dat de machtsverschillen tussen professionals bijvoorbeeld op basis van gender of verschillen in sociale status (functie of titel) de samenwerking belemmeren. Een veel voorkomend voorbeeld is de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Bij samenwerking die als echte partnership wordt gezien, is macht of gedeelde macht, gebaseerd op kennis en ervaring en niet op functie of titel (D'Amour, 2005). Weinig vertrouwen in elkaar leidt ook tot angst, scepsis en cynisme. En veel vertrouwen leidt tot hoop, geloof en vertrouwen met betrekking tot de relatie en individu en is geneigd om initiatieven te nemen. Als er geen vertrouwen is kan er geen constructief dialoog zijn en zal men zich niet veilig voelen binnen de keten of groep.

Om te garanderen dat men zich binnen een groep vertrouwd/veilig voelt is het altijd goed rekening te houden met een groepsdynamiek, ook als men een groep samenstelt is het

belangrijk hier een duidelijk beeld bij te vormen. Er is natuurlijk niet één dynamiek maar er zijn door Remmerswaal wel een aantal basiskennmerken beschreven die van belang zijn. De volgende worden genoemd; motivatie (motivatie om deel uit te maken van deze groep), doelstelling (men ontwikkelt samen een doelstelling), structuur (een structuur op basis van normen, rollen, status, macht en affectieve relaties), interdependentie (wederzijds betrokkenheid van de leden op elkaar) en interactie (verschillende vormen van interactie, zowel verbaal als lichamelijk en emotioneel) (Kaats & Opheij, 2016, p. 156; Remmerswaal, 2009).

4.4.2.2 Communicatie

Communicatie vraagt om een interactief perspectief, aldus Watzlawick *et al.* In 1974 hanteren zij in hun boek *Pragmatische aspecten van menselijke communicatie* een vijftal basisuitgangspunten voor communicatie: het is onmogelijk niet te communiceren, alle gedrag leidt tot invloed uitoefenen op elkaar, elke boodschap is een manier van reactie uitwisseling. Via communicatie geven mensen informatie door aan elkaar, over zichzelf, over elkaar en over de wijze waarop men iets met elkaar wil te maken hebben.

In dit onderzoek wordt met het begrip communicatie het volgende bedoeld; communicatie is pas communicatie als de ontvanger de boodschap heeft ontvangen. Dit geldt dus ook voor non-verbale communicatie; dit is pas een vorm van communicatie als de ontvanger deze non-verbale manier van communiceren heeft begrepen of zoals ook Watzlawick *et al.* aangeven dat gedrag allesomvattend is en bevat, uitspraken, houding, mimiek en intonatie (Watzlawick *et al.*, 1974; Reijnders, 2010). Communicatie is een vak op zich, en is voor mensen die verder denken en kunnen analyseren. Communicatie is altijd teamwerk, zoals eerder ook al werd aangegeven door Reijnders, je hebt bij communicatie altijd een ander nodig om dit te kunnen realiseren (Michels, 2016).

Als we in de literatuur kijken wordt er over een aantal vaardigheden gesproken als het gaat om communicatie bij interprofessionele samenwerking; het kunnen onderhandelen over de verschillende gezichtspunten, persoonlijkheidsverschillen kunnen overbruggen en het kunnen bereiken van een consensus over een bepaalde aanpak (Suter, 2009). Korte communicatielijnen en een goed onderling contact zorgt voor een positieve invloed op de communicatie tussen teamleden. Goede communicatie zorgt ook voor een vrije en open discussie onder teamleden, waardoor consistentie in het uitvoeren van taken door de professionals wordt vergroot. Ook blijken teamleden beter in staat te zijn om relevante kennis te delen op het moment dat zij ervaren een goede ‘netwerkpositie’ hebben binnen het team/keten, oftewel ze zijn in staat gemakkelijker met alle teamleden te communiceren (Reinholt, 2011).

Belangrijk om rekening mee te houden binnen het communiceren in een team, waarbij men elkaar ziet, is rekening houden met de non verbale houding. Het kan zomaar zo zijn dat de boodschap niet aankomt bij de ontvanger, de houding, de kleding, bewegingen en stemgebruik overschaduwen vaak wat er uit woorden opgemaakt wordt (Steehouder, *et.al*, 2016). Het geven van directe feedback geven is ook zo’n essentieel onderdeel van communicatie, feedback geven wordt vaak niet als kritiek ontvangen, het gevoel voor eigenwaarde wordt aangetast, en is dus niet gemakkelijk om goed te doen. Het is essentieel bij het geven van feedback dat men deze als opbouwende boodschap brengt. Het geven of ontvangen van feedback veronderstelt wel een goede, open en eerlijke relatie tussen de teamleden (Steehouder *et al.*, 2016). Teamleden trainen in de verschillende onderdelen van communicatie of de teamleden de mogelijkheid geven om communicatievaardigheden te ontwikkelen is ook een manier om de gezamenlijke samenwerking te verbeteren. Wat belangrijk is bij communicatie is dat iedereen in een team elkaar begrijpt dat iedereen zich op dezelfde wijze gedraagt als het gaat om communicatie. Vooraf met elkaar afstemmen wat de juiste wijze van communicatie in een team is, essentieel.

Er zijn nog veel meer zaken waar met onderling, binnen een team, communiceren rekening mee gehouden dient te worden. In dit onderzoek is ervoor gekozen een korte opsomming van een aantal van deze aspecten te geven die ook van invloed zijn op dit onderzoek. Ook zijn dit de aspecten die de juiste voorwaarde scheppen om goed te kunnen samenwerken. Mocht

men na dit onderzoek in de organisatie besluiten de focus vooral te leggen op de communicatie dan is daar aanvullende informatie voor nodig.

Is er een korte samenvatting te geven van de benodigde competenties om een team/keten goed interdisciplinair met elkaar te laten samenwerken? Ja, dan spelen de volgende aspecten: elkaar met respect en vertrouwen behandelen, door middel van heldere communicatie en niet in eigenbelang handelen, ervoor zorgdragen dat interdisciplinair samenwerken een succes wordt, of eigenlijk gezegd zorgen voor een juiste basis om interdisciplinair samenwerken tot een succes te maken.

4.4.3 Het proces van samenwerken verbeteren

De eerste stappen die men zal nemen om een goede samenwerking te kunnen bewerkstelligen zijn, ondanks dat men verschillen in achtergrond en functie heeft, een gemeenschappelijk beeld vormen, een collectieve ambitie hebben. Deze ambitie moet gezien worden als een samen gevormde combi van missie/visie, doel en strategie (Kaats & Opheij, 2016; De Waal, 2018). Een missie/visie geeft antwoord op de vraag waarom bestaat deze keten en is het belangrijk dat deze groep mensen samenwerken. Ook geeft het aan welke toegevoegde waarde eenieder aan de samenwerking heeft. De missie/visie moet gebaseerd zijn op met elkaar gedeelde waarden en normen (Kaats & Opheij, 2016). Een doelstelling geeft antwoord op de vraag wat willen we binnen deze samenwerking bereiken. Dit zijn specifieke, van de missie afgeleide, meetbare resultaten en die op een vooraf bepaald tijdstip bereikt moeten zijn (Kaats & Opheij, 2016). Strategie moet antwoord geven op welke manier de gestelde doelen gerealiseerd gaan worden, te denken aan bijvoorbeeld een actieplan (Kaats & Opheij, 2016, p. 74).

Bij het opstellen van een missie/visie, doel en strategie is het belangrijk op zoek te gaan naar de verschillende belangen die er spelen binnen een keten. Een individueel belang is iets waarmee iemands voordeel of zelfs geluk mee gemoeid is. Maar denk ook aan de organisatiebelangen en collectieve belangen die meespelen binnen een keten. Bij het verbeteren van samenwerkingsrelaties speelt het organisatiebelang een grote rol. Om de interdisciplinaire samenwerking te verbeteren waarbij meerdere mensen moeten samenwerken is het niet goed om aan de hand van machtsverhoudingen te bepalen wat de oplossing is. Dan worden alleen de belangen van machtigste gediend, de meeste of de handigste. De mensen die er dan geen vertrouwen in hebben haken dan af of gaan zelfs tegenwerken. Het is derhalve een weg van het zoeken naar de beste oplossing voor iedereen (*mutual gains*). Mensen ontwikkelen samen een oplossing die niemand puur op eigenbelang zou kunnen creëren (Kaats & Opheij, 2016; Golanowski, 2007). Analyseren van welke issues er spelen is het meeste belangrijk zodat er duidelijk wordt wat er op de verschillende niveaus speelt te denken aan; bestuurlijk, maatschappelijk, inhoudelijk en/of persoonlijk. Interviews kunnen hiervoor een goed strategie zijn. Daarna is het belangrijk een gezamenlijk vertrekpunt te vinden en daarna een dialoog met elkaar aan te gaan, doormiddel van luisteren, uiten, respecteren en uitstellen (opschorten van aannames) (Kaats & Opheij, 2016, p. 116).

Rolverwachtingen naar elkaar uitspreken en van tevoren afspreken is ook zo'n onderdeel wat essentieel is. Met namen hoe teamleden hun eigen rol en die van andere leden zien en zoals eerder beschreven is bij het onderdeel respect is het even belangrijk dat men elkaars onderlinge rol ook erkennen, dit bevordert een goede samenwerking en vermindert de kans op een gefragmenteerde samenwerking. Als er onenigheid is over rollen dan ziet men vaak dat dit vaak conflicten geeft over status en hiërarchie (De Waal, 2018).

Om het proces te waarborgen is het hebben van regelmatig teamvergaderingen en het uitvoeren van audits blijkt een positief effect te hebben op dit proces. Ook het vermogen van een team om reflexief te zijn is een voorwaarde om als team een succes te boeken, dit houdt in dat men als team hun eigen samenwerking kritisch kan bekijken en waar nodig kan aanpassen, een lerende instelling als team is dus nodig. Men moet dus bereid zijn van elkaar te leren, zonder dat het ten koste gaat van de cohesie (De Waal, 2018). Om deze samenwerking en reflexiviteit te kunnen nastreven is het belangrijk dat een team van tevoren duidelijke protocollen, procedures en mechanismen hebben opgesteld die aangeven hoe met conflicten binnen het team of keten om te gaan (De Waal, 2018).

Zoals hierboven te lezen is zijn er een aantal stappen te nemen binnen het proces van interdisciplinaire samenwerking om deze zo goed mogelijk te laten verlopen. Ook het beschrijven en uitspreken van zaken naar elkaar is essentieel om zo onduidelijkheid en conflicten te voorkomen.

4.4.4 Teamsamenstelling

Hierboven zijn al een aantal voorwaarde geschetst die noodzakelijk zijn om interdisciplinaire samenwerking te bewerkstelligen. Maar nog een essentieel onderdeel is de teamsamenstelling. Waarbij teamgrootte, huisvesting van het team en de beschikbaarheid van support van de organisatie belangrijke onderdelen zijn. Teamgrootte en teamsamenstelling zijn van invloed op de effectiviteit van teams in het algemeen. Grote teams hebben een lager samenwerkingsniveau dan kleinere teams en het samenwerkingsniveau hangt samen met de effectiviteit van een team (De Waal, 2018). De ideale teamgrote beschreven door Robbins en Judge (2013) is een team met 5 tot 9 deelnemers (p. 352). Het hebben van een specifieke locatie om bijvoorbeeld te vergaderen of samen te komen, zorgt voor een duidelijke status van het team/keten, een beter onderling contact en bevordert informatie-uitwisseling tussen de verschillende teamleden.

4.4.5 De rol leiderschap en samenwerking binnen interdisciplinaire teams

Onderzoek naar teams en het bewerkstelligen van goede samenwerking bevestigen dat een essentiële voorwaarde voor succes goed leiderschap is. Leiderschap zorgt voor duidelijke doelstellingen, een hoog participatieniveau, commitment aan excellentie en support voor innovatie (Kearney & Gebert, 2009). Ook is het belangrijk dat een leider kan faciliteren in teamontwikkeling en ook van individuele interprofessionele competentie ontwikkeling. Teams zijn van nature geneigd om met een leider te werken, meestal de hiërarchische op positie gebaseerde leiderschapskeuze, dit hoeft geen probleem te zijn maar meestal is de leider die gekozen is of vanzelfsprekend leider wordt niet de meest geschikte persoon die wel als leider kiezen. Vaak worden er leiders gekozen die toekomst creëren en organiseren, deze leiders vinden het vaak moeilijk om ruimte te geven aan reflecteren en dialoog voeren. Deze leiders helpen een team niet de ideale teamontwikkeling door te laten maken en dus ook niet het optimale resultaat te behalen. Ook is een keuze voor een hiërarchisch aangewezen leidinggevende geen handige keuze, omdat er juist geen sprake moet zijn van hiërarchische relaties binnen het team/keten.

Persoonlijke samenwerkingsvaardigheden van leiders zijn van grote betekenis. Leiders die de samenwerkingsvaardigheden reflecteren en dialoog voeren bezitten zijn wel in staat toekomst te creëren en te organiseren. Helaas zijn deze leiders schaars (De Waal, 2018; Kaats & Opheij, 2016). Wil je als team echt invulling geven aan effectief leiderschap is het ook belangrijk om ook dialoog en reflectie toe te passen op de manier waarop leiderschap wordt uitgevoerd. Leiderschap in teams is een altijd aanwezige en beïnvloedende factor, maar we hebben het hier zelden over, teams zijn het niet gewend om hier met elkaar over in gesprek te gaan. Maar is belangrijk als men op de juiste respectvolle wijze interdisciplinaire samenwerking wil behalen.

4.4.6 Taakverdeling binnen team/keten

Teams komen tot een beter resultaat als het men beter lukt om gebruik te maken van ieders zijn expertise, kennis en ervaring. Dus diversiteit in een interdisciplinair team is goed. Dit vraagt binnen een team wel dat men van elkaar weet welke expertise, kennis en ervaring heeft en hoe deze ingezet kan worden. Zoals eerder al genoemd is maar bij dit onderdeel belangrijk is nogmaals te herhalen, het is belangrijk dat ieder teamlid elkaars unieke bijdrage waardeert en men elkaar stimuleert deze zichtbaar te maken. Dit draagt bij aan het voelen van verantwoordelijkheid voor het resultaat en voorkomt luiere (West & Hirst, 2005). Taken verdelen lijkt primair een organisatorische activiteit, echter het is belangrijk binnen interdisciplinaire samenwerking juist dialoog met elkaar aan te gaan en reflectief te zijn. Teamleden zullen nieuwsgierig moeten zijn en elkaar moeten bevragen. Als een team heeft

besloten wie welke taak krijgt dan moet dat gekoppeld zijn aan een doel of opdracht, want zo heeft eenieder in zijn rol het gevoel dat men toekomst aan het creëren is. Het blijft wel belangrijk op te volgen of het iedereen lukt de vooraf afgesproken bijdrage te realiseren (De Waal, 2018, p. 93). De teamrollen van Belbin is een van de bekendst beschreven teamrollen overzichten (Belbin, 1993). De aanname van Belbin is het ideaal zou zijn als het team bestaat uit alle negen genoemde teamrollen (zie Tabel 3).

Tabel 3: Teamrollen (Bron: Belbin, 1993. Afbeelding: Google, 2019).

			Teamrol bijdrage	Toelaatbare zwakte
DENKER	Plant		Creatief, verbeeldingsrijk en onorthodox. Brengt visie en nieuwe zienswijzen.	Gaat soms voorbij aan de realiteit. Kan helemaal in eigen gedachten opgaan, wat communicatie bemoeilijkt.
	Monitor		Verstandig, doordacht en rationeel. Bewaart het overzicht en weegt alle mogelijkheden af	Afstandelijk en niet zo inspirerend naar anderen toe.
	Specialist		Toegewijde, soms wat eenzelvige vakman die bijzondere en of zeldzame kennis en vaardigheden inbrengt.	Draagt maar op een beperkt gebied bij. Kan blijven hangen in eigen specialismen.
DOENER	Vormer		Dynamisch, gedreven en uitdagend. Zet druk op het team en ruimt weerstanden uit de weg.	Snel gefrustreerd en geprovoceerd. Ongeduldig. Kan anderen kwetsen.
	Bedrijfsman		Taakgericht, nuchter en ordelijk. Zet plannen en ideeën om in praktische taken en bezigheden.	Vasthoudend aan regels. Staat niet altijd open voor nieuwe mogelijkheden.
	Zorgdrager		Nauwgezet en precies. Zorgzaam en waakzaam t.a.v. wat mis kan gaan. Zet de puntjes op de i	Overbezorgd, piekert te veel. Geeft niet graag iets uit handen.
MENSGERICHT	Voorzitter / coördinator		Brengt mensen bijeen en coördineert de inspanningen van het team. Op zoek naar het gezamenlijke besluit.	Een tikje manipulatief in het vinden van consensus. Legt eigen werkzaamheden bij anderen neer.
	Groepswerker		Opmerkzaam, behulpzaam en diplomatiek. Luistert en ondersteunt. De sfeermaker.	Ontloopt conflicten. Besluiteloos in spannende omstandigheden.
	Brononderzoeker		Extravert, enthousiast en vaardig in de communicatie. Verkent mogelijkheden en legt contacten.	Te optimistisch. Verliest gemakkelijk belangstelling als het eerste enthousiasme is geluwd.

Bij het verdelen van de rollen is het vaak dat eenieder zelf beoordeeld welke rol bij/zij toebedeeld zou moeten krijgen, maar elkaar beoordelen, welke rol het beste past, werkt vaak het beste. Vaak zijn teamleden verrassend eensluidend over hun inschattingen en dient deze input voor een teambuildingssessie. Belangrijk bij het bespreken van de teamrollen is het belangrijk aan te geven dat rollen of posities niet altijd hetzelfde hoeven te zijn (De Waal, 2018).

4.4.7 Teamontwikkeling

Essentieel is dat teamleden in hun samenwerking ruimte maken, ruimte voor elkaar voor individuele expertise en kwaliteiten. Zodat alle aanwezige kennis en ervaring benut wordt. Die ruimte wordt teamontwikkeling genoemd, er zijn vier activiteiten die men dient te ondernemen om deze teamontwikkeling te bevorderen. Dat zijn; reflecteren (vanuit verschillende perspectieven kijken en evalueren), organiseren (afspraken wie wat doet, wanneer, binnen welk budget, op welk termijn etc.), dialoog voeren (onderzoeken en doorvragen) en toekomst creëren (vaststellen van het teamresultaat op korte en lange termijn). In de ideale teamontwikkelruimte voelen teamleden zich vrij, uitgedaagd en uitgenodigd om hun kennis en ervaring te delen. Ze vertrouwen elkaar en durven te experimenteren, risico's te nemen en afwijkende standpunten en meningen in te brengen. Men is in staat om verschillende, soms conflicterende ideeën met elkaar te bespreken en te onderzoeken. Wel blijft men gericht op het doel en het beoogde resultaat. Hoe meer teamontwikkelruimte teams maken hoe beter hun resultaten zijn (De Waal, 2018, p. 87; Derksen, 2019).

Toen ik deze passages teruglas, realiseerde ik me dat veel van het bovenstaande belangrijk is voor ieder team dat goed wilt samenwerken. Dat is zonder meer zo, maar voor interdisciplinaire teams is het in het bijzonder van belang vanwege het feit dat de teamleden vanuit verschillende disciplines eenzelfde doel moeten nastreven. De kans dat er bijvoorbeeld conflicten ontstaan tussen teamleden uit verschillende disciplines over het belang waarborgen is groter in interprofessionele teams dan in multi- of monodisciplinaire teams. Ook is het moeilijker om een interdisciplinair team tot een gemeenschappelijk gedeelde missie/visie en doelstelling te laten komen dan bij een multi- of monodisciplinair team (De Waal, 2018). Omdat het in dit onderzoek ook gaat over productieprocessen is ook naar een manier van *supply chain management* gekeken, en dan vooral naar het optimaliseren van een productieproces. Hierin zit veel overlap als gekeken wordt naar interdisciplinair samenwerken optimaliseren. Maar Lean geeft ook nodige handvatten om dit eventueel nog beter te optimaliseren.

Hoofdstuk 5. Analyse, conclusies en aanbevelingen

In dit explorerende onderzoek was de hoofdvraag en het beoogde doel dat de resultaten een beeld geven over de blokkades die middelmanagers ervaren rondom de (groter wordende) (patiënten) productieprocessen, binnen de keten van de cardiologie in een universitair ziekenhuis.

5.1 Keten of netwerk?

De hoofdvraag beschrijft het begrip keten, maar gaat het in de onderzochte situatie over een keten en wie zijn erbij betrokken? Het productieproces, zoals eerder is beschreven, heeft een aantal betrokkenen, c.q. de verschillende afdelingen binnen het Universitaire ziekenhuis. Deze betrokkenen hebben allen het doel om de zo best mogelijke patiëntenzorg te leveren. De keten in dit onderzoek betreft de cardiologie; hierbij zijn meerdere personen betrokken, managers, verpleegkundigen, planners, artsen en secretaresses.

Om nader naar het begrip keten te kijken is er in de literatuur gezocht naar de verschillen tussen een netwerk en een keten. Om zo te kijken wat het beste aansluit bij dit productieproces. Zo is er beschreven door Poorthuis *et al.* (2003) dat netwerken vrijblijvend zijn van aard, ze ontstaan *bottom-up*. Organisaties of personen blijken in een bepaald perspectief plots verbonden. Een paar voorbeelden van netwerken zijn; beroepsgroepen, gebruikers van een bepaald merk, lezers van dezelfde krant, gezamenlijk verzekerden, ondernemers op een gezamenlijk bedrijventerrein of regelmatig aan elkaar doorverwijzende professionals.

Een netwerk vormt de context waarbinnen ketens kunnen worden ontwikkeld. Een keten geeft een professioneel doel aan een netwerk. Het kenmerkt zich door de betrokkenheid van meerdere deelnemers, die moeten of willen samenwerken om tot een gewenst resultaat te komen. De deelnemers binnen de keten zijn, op basis van gelijkheid, elk voor een klein stukje betrokken om een dienst te leveren of een probleem op te lossen. Zo ontstaat er een gedeelde verantwoordelijkheid, managers kunnen niet vanzelfsprekend iemand als eindverantwoordelijke aanspreken. De verantwoordelijkheid binnen een netwerk ligt veelal op individueel niveau. In een keten is dit niet het geval; hier is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid. Een keten zorgt dat er expliciete prestaties worden bepaald voor iedere deelnemer, waardoor de druk op het netwerk om harde afspraken te maken over deelbijdragen toeneemt (Poorthuis *et al.*, 2003).

Het begrip keten lijkt dus de juiste keuze in de context van dit onderzoek: het gaat om meerdere professionals die samenwerken en men heeft allen hetzelfde doel voor ogen. Of dit doel ook wordt bereikt dat is de volgende stap.

Ondanks dat er binnen een keten geen centraal gezag is, maar een aaneenschakeling van verschillende onderdelen binnen een proces zijn. Is er wel een verantwoordelijke die de verbindende factor/schakel is binnen de keten: dat is de leider. Als we 'normaal' spreken van leiderschap denken we al snel aan een bepaalde ongelijkheid in deze context, maar een belangrijk onderdeel van leiderschap die nodig is in een keten is verbinden. Zoals in paragraaf 4.4.5 beschreven, houdt interdisciplinair samenwerken in: een dialoog aangaan; ook is reflecteren voor een leider in de keten of bij het bevorderen van samenwerken belangrijk. In dit onderzoek is de middelmanager de sleutelfiguur als het gaat om het productieproces en de keten. De middelmanager faciliteert de keten, is onderdeel van de keten en zorgt voor een continuïteit. Het is echter wel zo dat binnen de keten, die in dit onderzoek beschreven wordt, meerdere middelmanagers op verschillende onderdelen de verantwoordelijkheid hebben om bepaalde doelen in het productieproces te behalen. Iedere afdeling heeft zo zijn eigen doel te halen. Dat is een aspect is dat het ingewikkeld maakt om samen te werken. Er is misschien wel duidelijk in de hiërarchie bevoegd zijn om besluiten te nemen, dus wie de eindverantwoordelijke is binnen de keten, want dat is vastgelegd binnen de beleidsplannen van het ziekenhuis. Maar het is niet duidelijk wie de eindverantwoordelijkheid en de bevoegdheden heeft om zaken anders te doen of besluiten te nemen, over de specifieke doelen en business cases binnen de praktische uitvoering van de keten.

5.2 Blokkades, beschrijving vanuit betrokkenen

In de praktijk is zijn aantal blokkades gevonden die aandacht behoeven binnen de keten. Er zijn uit de interviews 8 topics naar voren gekomen die een belangrijk overzicht geven van wat er besproken is. Echter, is ervoor gekozen de meest voorkomende en meest besproken thema's uit te kiezen, omdat deze karakteristiek zijn voor de huidige situatie binnen de keten. Wat opvalt is dat binnen alle thema's er veel gesproken wordt over onderlinge communicatie en samenwerking. Men lijkt zich vooral te storen aan het feit dat ieder onderdeel van de keten los van elkaar lijkt te functioneren en niet als 1 geheel. Men geeft in alle thema's aan dat dit een punt is van aandacht, allemaal met mogelijk de focus of het onderwerp net even anders. Maar de grote lijnen laten deze 2 blokkades wel als essentie zien. In hoofdstuk 3.4 is hier al kort op ingezoomd. De volgende analyse zal dit ook weer bevestigen.

Cultuurproblemen geven indirect weer dat er geen juiste samenwerking is. Een organisatiecultuur of keten cultuur wordt beter als de onderlinge samenwerking verbeterd. Zoals de cultuur binnen de keten momenteel ervaren wordt, draagt dit niet bij aan een goede samenwerking, maar ook is deze cultuur niet motiverend voor een goede samenwerking. Iedereen doet alles op zijn eigen "eilandje". Men is vooral bezig met zijn eigen doelen en niet met die van de keten. Zijn die doelen van de keten eigenlijk wel duidelijk? Dat lijkt ook niet het geval. Men lijkt vooral te zoeken naar het grote plaatje, wat is de visie van de keten en waar wil men naartoe? Als dit duidelijk zou zijn, kan iedereen zich hieraan verbinden en de motivatie vinden om die doelen te bereiken. Verandering van Cultuur is dat nodig? Of eerst samenwerking aanpassen? In een organisatie zal het mogelijk zijn verschillende culturen tegen te komen, zeker in de grote van organisatie die SAAM is. Moet men samenwerking los zien van cultuur? Nee, een samenwerkingscultuur kan een onderdeel zijn van de organisatiecultuur. Een aantal voorbeelden van quotes, die laten zien dat binnen het thema cultuur, samenwerking aandacht heeft.

IN 4: "Maar het is een soort eilandjes cultuur. Dit heeft soms ook wel voordelen maar maakt soms dat dingen niet heel snel gaan." (p. 10) Coördinator

IN 11: Ja misschien is dit wel cultuur dat erin is geslopen met de jaren, iedereen concentreert zich op zijn eigen stukje. Het boeit mensen ook niet hoe het verder in het proces gaat, soms is dat de mentaliteit." (p. 14) Financieel

Als er cultuurproblemen zijn, wordt het samenwerken alleen maar bemoeilijkt; ieder onderdeel van de keten heeft zijn eigen cultuur, zo wordt duidelijk in de interviews. Als men goed wil samenwerken is het belangrijk dat er een gezamenlijk doel wordt nagestreefd. Kan dit wel binnen deze keten? Of is dit iets waar juist de focus op gericht zou moeten zijn?

Zo ook bij het thema informatievoorziening wordt er indirect aangegeven dat er in de samenwerking stappen niet juist verlopen. Men mist onderlinge informatie-uitwisseling en weet niet goed van elkaar wat er gebeurt en waar zaken vastlopen binnen de keten. Maar ook mist er informatie om vooruit te kunnen kijken. Informatie die essentieel is om te weten wat voor plannen er zijn voor een afdeling binnen de keten. Men zoekt erg naar de gemene deler. Onderstaande voorbeelden illustreren dat:

IN 2: "We konden bij de bank waar ik werkte gewoon elke kwartaal bij elkaar komen, alle medewerkers bij elkaar, of elk half jaar komen alle leden bij elkaar gewoon even voortgang vertellen. Het management vertelt wat is er nou gebeurd de afgelopen periode waar gaan we nu naartoe? Dat doen we hier niet of in ieder geval te weinig." (p. 11) Manager

IN 3: "Niet de gehele keten is betrokken bij productieafspraken. Dat is misschien wel onze grootste kritiekpunt. Dit jaar doen we voor het eerst aan overzichten, om te zorgen dat mensen een idee krijgen wat de productieafspraken zijn. Er is gewoon te zien dat bepaalde afdelingen geen formatie hebben gekregen en ik wel en dat is natuurlijk niet juist." (p. 7) Manager

IN 5: "Ja kijk je hoort wel een heleboel dingen in de wandelgangen, van daar is iets besproken, maar uiteindelijk merk je toch dat er een heleboel dingen beslist worden waar je geen invloed op had of waar essentiële informatie ontbreekt." (p. 14) Teammanager

IN 6: "Ah ja dat denk ik wel, ik denk wel eens weet je het is handiger als je dingen moet plannen dat je weet hoe is de structuur eromheen geregeld. Hoe het nu georganiseerd is eromheen weet ik niet." (p. 13) Coördinator

IN 7: "We doen hier en daar nog onvoldoende aan informatievoorziening, je hebt het proces van business cases, maar er wordt nog niet met de volledige capaciteiten in de gehele keten rekening gehouden. Dit gebeurt al wel meer maar kan beter. In het opstellen van business cases moet de gehele keten worden meegenomen en nu zijn helaas vaak de secretariële zaken niet meegenomen." (p. 5) Directeur

IN 10: "Hoor niet van hogerhand waar men naartoe wil, er is een grote koers uitgezet door de raad van bestuur en is prachtig maar weet niet wat er voor mij of de keten verandert. Het zou goed zijn als ze uit het grote het kleine trekken waar moeten wij ons nou mee bezig houden als specifiek onderdeel." (p. 16) Teammanager

Informatievoorziening is een onderdeel van samenwerken: als de gehele keten niet de juiste en volledige informatie bezit is het lastig, misschien wel onmogelijk, om samen te werken en een doel te behalen. De vooraf gestelde doelen zijn binnen deze keten niet duidelijk en afwezig. Wat is ervoor nodig om de informatie-uitwisseling te verbeteren? Meer overleggen? Of een betere structuur die aangeeft wat standaard vastgelegd en verspreid wordt binnen de keten? Zou een geautomatiseerd informatiesysteem kunnen bijdragen aan informatievoorziening? Dit zijn zaken die kunnen bijdrage aan de onderlinge keten samenwerking omdat iedereen over de juiste en up-to-date informatie beschikt en weet waar men aan toe is, binnen het productieproces.

Een andere vraag is hoe het thema capaciteit iets te maken kan hebben met samenwerking? Capaciteit zegt in deze context wat over de aantal bedden die er bezet zijn binnen de keten, maar ook hoeveel patiënten kan deze organisatie aan. Hoeveel patiënten kunnen er worden behandeld? En hoe lang kan een patiënt maximaal blijven liggen? De volgende quotes laten zien wat men ervaart;

IN 1: "De begroting is een goeie vraag. Iets wat ik me niet gerealiseerd dat weet maar begroting in Jaarplan als dat dan terugkomt en is vastgesteld dat komt wel een keer terug in de staf. Maar dat zou eigenlijk ook op de werkvloer niveau moeten worden vertaald. Het zou een heel goed experiment zijn voor onze plannen van 2020. Vooral het bespreken van knelpunten en ambities." (p. 20-21) Directeur

IN 3: "Als men niet optimaal gebruik maakt van het programma. Dat betekent dat planningsbureau de planningsprogramma's niet gebruiken zoals die is bedoeld. En dat geeft heel veel beperkingen zeg maar in dit hele proces waardoor de zaken niet op tijd worden gesignaleerd. Waarom we soms mensen vergeten die gepland moeten worden en omdat je niet optimaal gebruik maakt van het programma en daar zijn ze wel een slag te maken ook qua capaciteitsmanagement." (p. 12) Manager

IN 7: "Een optimale benutting van capaciteit, daar is echt nog een wereld te winnen." (p. 11) Directeur

IN 9: "We hebben het natuurlijk ook over dat wij onze productie willen halen en we niet onnodig lege bedden willen hebben, maar we willen ook weer bedden leeg hebben om patiënten op te nemen. Die balans is een eeuwige discussie en dergelijke geeft een enorme druk op het werk. Ik denk dat capaciteitsproblemen 1 van onze belangrijkste problemen zijn." (p. 2) Manager

Zo is te lezen dat men binnen de keten niet optimaal plant en dat de bedbezetting niet goed benut is. Dat blijft een lastig punt om op te lossen, omdat het hierbij ook essentieel is dat men beschikt over informatie (up-to-date data). Waarbij communiceren essentieel lijkt. Hoe kan men deze communicatie verbeteren? En wie moet hier de uiteindelijke keuzes maken welke patiënt op welk bed komt en voor hoe lang? Als de informatievoorziening beter is kan men

mogelijk ook beter plannen, het lijkt erop dat onderlinge communicatie en inzicht in wat er qua capaciteit maximaal kan, een groot onderdeel van het probleem zijn.

Ook het thema taakgerichtheid, wat in dit onderzoek betekend, houdt men zich bezig met de juiste taken? Heeft iedereen inzichtelijk wat men moet doen binnen zijn functie? Zijn er een aantal quotes die te maken hebben met samenwerken:

IN 4: "Als coördinator wil je wel een bepaalde flexibiliteit binnen het productieproces. Er zijn mensen die als je er heel lang werkt vanuit, dit hebben we altijd gedaan dingen doen, en dus een beetje vastgeroest zijn." (p. 4) Coördinator

IN 7: "Een voorbeeld is een team staat klaar maar er is geen arts aanwezig of waarom staat er een team en een arts maar is er geen patiënt. Afstemming moet beter dit hebben we nog steeds niet optimaal." (p. 11) Directeur

IN 9: "Ja sommige verpleegkundigen hebben daar natuurlijk ook soms best wel moeite mee en ook dokters en de ene dokter is daar wat gevoeliger voor dan de andere dokter. Waarop de verpleging wel eens geïrriteerd wordt want bij dokter A wordt die patiënt overgeplaatst en dokter B zegt nou nee laten we toch nog maar even wachten, waardoor patiënt C er niet in past, nou ja dit is een continue discussie." (p. 7) Manager

Taakonduidelijkheid en rolonduidelijkheid werken samenwerking niet in de hand. Het gevoel hebben een team te zijn is belangrijk voor samenwerking. Men lijkt nu het idee te hebben dat zaken jaren al zo gaan dus dat dat gewoon zo door kan gaan. Maar de organisatie en keten verandert met de jaren en daar hoort ontwikkeling van je rol of functie binnen de keten ook bij. Zijn mensen binnen de keten persoonlijk en binnen hun functie mee ontwikkeld? Hier ligt waarschijnlijk een punt van aandacht. Als er nieuwe dingen worden ingevoerd moet de gehele keten nadenken over de consequenties. Men moet open staan voor verandering en hier een positieve bijdrage aan leveren. Maar je kunt alleen mee veranderen als je ook weet welke richting je op moet veranderen en daar speelt onderlinge communicatie en informatievoorziening een grote rol.

Bij het thema planning zijn er ook een aantal van die aandachtspunten. Met planning wordt bedoeld; planning van patiënten, ingrepen en bedden op de afdelingen. Bij thema planning, spelen informatievoorziening en capaciteit allen een rol. Je kunt niet plannen zonder informatie over de behandelingen en weten welke capaciteit je hebt. Hiervoor is onderlinge afstemming, dus communicatie essentieel. Er wordt momenteel niet naar de gehele keten gekeken, men kijkt vooral naar de afdeling die ingrepen moet doen om de productiedoelstellingen te halen. Maar als er meer ingrepen plaatsvinden heeft dit impact op de gehele keten en dus de planning. Planning moet gezamenlijk en afgestemd. Is het dan opgelost door de juiste mensen uit de keten bij elkaar te zetten? Of moet je hiervoor een duidelijke strategie of methode hebben, om dit op de juiste wijze te doen? Een aantal quotes van het thema planning, die wat zeggen over de onderlinge samenwerking:

IN 5: "Een afgestemde planning is belangrijk, die samenhangt met de doelstelling maar ook met het kennisniveau van het personeel." (p. 12) Teammanager

IN 6: "Er zijn te veel planbureaus met verschillende specialismes, alles zou bij elkaar moeten zijn." (p. 19) Coördinator

IN 9: "Het op elkaar afstemmen van de planning dat zou een goede stap zijn, alle afdelingen maken gebruik van dezelfde bedden dus is het goed als er 1 planbureau is. Bijvoorbeeld; Zomaar op 1 dag kunnen er 11 patiënten die geopereerd of ingrepen ondergaan op 1 afdeling moeten met maar 16 bedden, die ook voor klinische patiënten zijn. En als er dan ook maar 1 langer blijft liggen loop je vast." (p. 5) Manager

IN 10: "Wij kunnen nooit alle ingrepen opvangen, OK's en Ingrepen die tegelijk op 1 afdeling moeten dat is een grote uitdaging. Onderling communiceren is belangrijk." (p. 19) Teammanager

Alle blokkaden die hiervoor beschreven zijn laten zien dat de samenwerking niet goed verloopt. Men is vooral bezig met zijn eigen doelen, het mist in communicatie en duidelijke missie/visie, strategie en doel voor de keten. Wat dus resulteert in problemen voor de keten productie: patiënten passen niet op de afdeling omdat bedden nog bezet zijn door andere patiënten en behandelingen/ingrepen kunnen niet doorgaan omdat er beddentekort zijn. Onderlinge communicatie, maar ook informatie delen en toekomstgericht kijken, kunnen bijdragen aan de oplossing voor dit probleem. De thema's (keten) cultuur en taakgerichtheid, ligt ook voor een groot deel bij teamontwikkeling of ketenontwikkeling. Men moet zich met elkaar ontwikkelen, elkaar scherp houden en op verantwoordelijkheden wijzen. Maar lijkt erop dat het vertrouwen, respect en/of open communicatie er niet is of niet als zodanig goed ervaren wordt, dat die ketenontwikkeling zal plaatsvinden. De uitdaging lijkt ook te liggen in het onderling informeren. Dit gebeurt nu te weinig. Essentiele stuurinformatie mist en moet zelf verzameld worden. Dit draagt niet bij aan het voorkomen van problemen, maar werkt deze juist in de hand. Het lijkt erop dat samenwerken, communicatie en mogelijk ketenontwikkeling de punten de grootste blokkades zijn, binnen deze keten.

5.3 Nadere analyse van de onderzoeker, enige observaties

Als meewerkend onderzoeker heb ik verschillende observaties gedaan in de praktijk die ook bovenstaande gevonden blokkades ondersteunen. Helaas heb ik de observaties niet in de resultaten kunnen beschrijven in verband met het niet hebben van toestemming voor het beschrijven van deze situaties. Maar als onderzoeker heb ik wel een zo objectief mogelijke mening gevormd die ik ook kort wil samenvatten, om zo, mogelijk een nog helderder beeld van de huidige situatie te schetsen.

Zelf ben ik ook middelmanager en een onderdeel van deze keten. Wat opvalt is dat de keten vooral bezig is met zijn eigen activiteiten en niet met het algemeen belang of het grotere geheel of doel van de keten. Dit is iets wat ook in veel van de interviews naar voren komt en ook te lezen is onder de verschillende thema's. Het niet met elkaar werken maar voor elkaar werken is iets wat mij als onderzoeker ook is opgevallen, dit zorgt voor veel onrust en het gevoel hebben niet gewaardeerd te worden binnen de organisatie. Omdat men het idee heeft continu achter de feiten aanloopt, zo heb je het een geregeld komt het volgende onderdeel in de keten weer met het volgende probleem dat daarop volgt, dat voelt niet echt als voldoening hebben van je werk.

Zelf ervaar ik regelmatig dat zaken adhoc geregeld worden. Dat zie ik ook terug in veel overleggen; er wordt niet echt gepraat over toekomst maar meer over het nu. Er zijn wel overleggen gepland wekelijks, maar niet met alle betrokkenen. Er missen altijd wel schakels van de keten, waardoor men altijd uit zo'n overleg gaat met zaken die dan weer overlegd moeten worden met derde. Zo blijkt dat er partijen afwezig zijn in deze overleggen. Het doel van de organisatie en van de afdeling waar ik werkzaam ben is mij duidelijk, maar ik heb ook wel gemerkt dat dit niet voor iedereen binnen de keten het geval is. Wie voelt zich nu verantwoordelijk voor wat en waar stopt deze verantwoordelijkheid? Dat is wel een lastige kwestie, denk ik te zien voor velen in deze keten. Samenwerken wil men wel, maar wie stuurt hierop aan en wie zorgt voor de structuur? Dat is naar mijn idee de essentie van de blokkades.

5.4 Samenwerken in de toekomst?

Samenwerken is in deze analyse daarom de meest belangrijke blokkade, waar deze keten in de toekomst mee aan de slag mee zal moeten gaan. Als de samenwerking verbetert zal dit de uiteindelijke ander blokkades ook tegoeven komen, denk maar aan informatievoorziening dat komt tot stand door communicatie, of cultuur veranderd wanneer men een verandering aangaat in de samenwerking, het plannen van capaciteit zal makkelijker worden doordat de onderlinge samenwerking en communicatie verbeterd. Goedee (2013) beschrijft dat sociale interactie tussen mensen de samenwerking in ketens als organisatievorm produceert. Hij baseert zich daarbij op meerdere auteurs (Gergen, 1999, 2001; Goedee, 2003; Weick, 1979, 1985; Hosking & Anderson, 1992; Boje, 2001).

5.4.1 Multidisciplinair versus interdisciplinair

In paragraaf 4.3 beschreef ik wat de verschillen zijn tussen multidisciplinair samenwerken en interdisciplinair samenwerken. Daar was de vraag: wat gebeurt er momenteel en wat zegt de literatuur dat beter zou passen in de context van deze keten? Momenteel wordt er vooral multidisciplinair samengewerkt en niet interdisciplinair dat is bij de volgende quotes te herkennen;

IN 4: "Maar het is een soort eilandjes cultuur. Dit heeft soms ook wel voordelen maar maakt soms dat dingen niet heel snel gaan." (p. 10) Coördinator

IN 11: Ja misschien is dit wel cultuur dat erin is geslopen met de jaren, iedereen concentreert zich op zijn eigen stukje. Het boeit mensen ook niet hoe het verder in het proces gaat, soms is dat de mentaliteit." (p. 14) Financieel

IN 5: "Een afgestemde planning is belangrijk, die samenhangt met de doelstelling maar ook met het kennisniveau van het personeel." (p. 12) Teammanager

IN 6: "Er zijn te veel planbureaus met verschillende specialismes, alles zou bij elkaar moeten zijn." (p. 19) Coördinator

IN 3: "Niet de gehele keten is betrokken bij productieafspraken. Dat is misschien wel onze grootste kritiekpunt. Dit jaar doen we voor het eerst aan overzichten, om te zorgen dat mensen een idee krijgen wat de productieafspraken zijn. Er is gewoon te zien dat bepaalde afdelingen geen formatie hebben gekregen en ik wel en dat is natuurlijk niet juist." (p. 7) Manager

IN 5: "Ja kijk je hoort wel een heleboel dingen in de wandelgangen, van daar is iets besproken, maar uiteindelijk merk je toch dat er een heleboel dingen beslist worden waar je geen invloed op had of waar essentiële informatie ontbreekt." (p. 14) Teammanager

IN 10: "Hoor niet van hogerhand waar men naartoe wil, er is een grote koers uitgezet door de raad van bestuur en is prachtig maar weet niet wat er voor mij of de keten veranderd. Het zou goed zijn als ze uit het grote het kleine trekken waar moeten wij ons nou mee bezig houden als specifiek onderdeel." (p. 16) Teammanager

Men probeert vooral zijn eigen doelen te behalen en werkt parallel aan elkaar en niet met elkaar. Zoals in de literatuur beschreven wordt zou het goed zijn om binnen deze keten interdisciplinair met elkaar te gaan samenwerken. Deze manier van samenwerken zal betekenen dat men de autonomie die men heeft zal moet laten gaan en men ook zijn hiërarchische positie en/of rol zal moeten loslaten. Wat waarschijnlijk zal bijdrage aan het gevoel van het zijn van 1 keten met 1 en hetzelfde doel. Ook zijn de aspecten die door Tsakitzidis en Van Royen (2012) beschreven worden in Vignet 4 beschreven een goede onderbouwing van welke voordelen het heeft om interdisciplinair samen te werken binnen deze keten.

5.4.2 Leiderschap

Om het juiste interdisciplinaire team en keten samen te stellen, is het goed objectief te kijken naar de team/keten samenstelling: is iedereen die aanwezig moet zijn aanwezig? Is er van ieder onderdeel van de keten een vertegenwoordiger? En welke rollen moeten de teamleden binnen de keten toebedeeld krijgen. Belangrijk is bij interdisciplinaire samenwerking maar ook bij goed samenwerken op zich is het kiezen van een leider belangrijk. Een leider moet vooral dialoog kunnen voeren, reflecteren en verbindingen leggen, zoals beschreven is in paragraaf 4.4.5, door De Waal (2018) en Kaats en Opheij (2016) als essentieel. Momenteel is er geen duidelijke leider aanwezig binnen deze keten, de hiërarchisch leider is er wel de directeur maar is niet praktisch aanwezig binnen uitvoerende werkzaamheden van de keten. Niet alleen het aanwijzen van een leider is belangrijk maar zo hoort ieder teamlid een rol te krijgen, zo voelt men zich gelijkwaardig en men heeft een bijdrage die in het verlengde ligt van de kwaliteiten van een medewerker, zoals beschreven wordt door West en Hirsch. Zoals er nu binnen de

keten wordt gewerkt, is dat ieder een rol heeft op basis van zijn functie - wat natuurlijk voor een deel logisch is. Echter, het wordt belangrijk om een team rol te hebben zoals beschreven in paragraaf 4.4.6, door De Waal (2018) en Belbin (1993). Het is belangrijk dat een team rol niet door het teamlid zelf worden gekozen maar door de andere teamleden of de keten.

5.4.3 Het proces van samenwerken

Zoals ook in paragraaf 4.4.3 op basis van suggesties van Kaats en Opheij (2016) wordt beschreven, is het ook belangrijk dat de keten een gezamenlijke missie/visie, doel en strategie gaat bepalen, men dient hierbij rekening te houden met het maken van een forecast, want dit is essentieel bij het op orde houden van productieprocessen of het nu gaat om een dienst of een product en om een goede strategie en doel te formuleren is forecasten net zo behulpzaam. Een methode die momenteel in de praktijk nog niet gebruikt wordt en waar de informatievoorziening optimaal voor dient te zijn. Het zou een overweging zijn om het patiënten informatiesysteem als zodanig in te richten dat er gemakkelijk data te verkrijgen is om een goede forecast te doen. Bij data moet men dan denken aan de ligduur van een patiënt per ingreep, om de capaciteit van bedden zo goed als mogelijk te benutten. Of financieel overzicht creëren per procedure om een goede DBC (diagnose behandeling combinatie) te maken en ook goede afspraken te maken met zorgverzekeraars. Maar ook het inzicht aan inzet van personeel per ingreep, geeft een middelmanagers een goed beeld van het aantal Fte (fulltime equivalent) een afdeling nodig heeft om de juiste kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Dit alles heeft te maken met het ontwikkelen van een goede missie/visie, doel en strategie. Momenteel is er binnen de keten als het gaat om productieprocessen geen duidelijke missie/visie, doel en strategie, die is er wel in het kader van de business case, zoals in onderstaande quote duidelijk wordt, maar niet gedragen en geformuleerd door de keten.

IN 5: "Mijn zorg is wel eens of er daadwerkelijk helemaal doorberekend is wat de gevolgen zijn op de werkvloer van het verhogen van de productieafspraken. Ik zou wel heel graag willen weten hoe bepaalde cijfers tot stand komen en met welke aspecten wordt er rekening gehouden? En wat de gevolgen zijn voor de gehele keten, bij ontbreekt deze informatie en kan deze dan dus ook niet vertalen naar mijn medewerkers." (p. 13) Teammanager

5.4.4 Communicatie

Als volgende stap is het belangrijk dat een keten of team zich blijft ontwikkelen, op het gebied van competentie ontwikkeling op bijvoorbeeld individueel niveau, maar ook vanuit het team. De competentie die als eerste aandacht behoeft is de competentie communicatie, dit is een essentieel onderdeel van samenwerking en dan vooral het kunnen onderhandelen over de verschillende gezichtspunten en het kunnen bereiken van een consensus over een bepaalde aanpak, dit zijn 2 van de 3 punten die Suter (2009) beschrijft als het gaat om communicatie bij interdisciplinaire samenwerking. De quote hieronder geeft daar een goed voorbeeld.

IN 1: "Ja ik denk dat we er in dit ziekenhuis op vooruit zouden gaan als we wat meer aandacht aan onze soft skills in communicatie zouden schenken en daar wat gericht aandacht aan te besteden. En het normaler te maken dat je elkaar aanspreekt op van goh zouden we naar die beter dan naar links kunnen gaan in plaats van rechts?" (p. 16) Directeur

5.4.5 Vertrouwen

Maar ook het hebben van vertrouwen in elkaar als mede teamlid is belangrijk: elkaar respecteren en vertrouwen is cruciaal, volgens zowel Suter als Kaats en Opheij. Deze twee competenties dragen bij aan het feit dat iedereen zich gewaardeerd voelt binnen de keten en ook een waardevolle bijdrage levert aan het productieproces. Interpersoonlijk vertrouwen is zo'n belangrijk aandachtspunt binnen een keten binnen het ziekenhuis. Het is belangrijk om te beseffen dat de machtsverschillen tussen professionals (bijvoorbeeld op basis van gender of verschillen in sociale status, functie of titel) de samenwerking kunnen belemmeren. Zeker omdat je te maken hebt met een bestaand cliché dat er hiërarchische verschillen zijn tussen verpleegkundigen en artsen, het wij en zij gevoel; dit belemmert een gelijkwaardige

samenwerking, volgens Roodbol (2015). Maar een nauwe samenwerking tussen beide is een voorwaarde om te kunnen voorzien in de juiste behoefte van de patiënt (Warmels, 2015).

Nu is dit niet specifiek als blokkade binnen dit onderzoek in de praktijk aan bod gekomen, hebben de geïnterviewde zich hier niet specifiek over uitgelaten, maar je leest in de interviews tussen de regels door dat mensen zich niet volledig veilig voelen binnen de keten. De volgende uitspraak geeft daarvan een voorbeeld:

IN 6: "Wat ik ook merk is dat mensen zich bedreigd voelen, ze voelen zich bedreigd dat ze dat hun werk afgenomen wordt. En dokters vinden het wel handig, want dit is van oudsher altijd al zo geweest. En die vinden het vertrouwd als dat bij één en dezelfde persoon blijft. En dat kan ik me ook voorstellen." (p. 20) Coördinator

Het is een feit dat binnen de zorg extra aandacht besteed zal moeten worden aan het overbruggen van deze vertrouwenskwesaties. Zoals Kaats en Opheij (2016) aangaven, is het belangrijk dat eenieder zich gelijk voelt binnen een keten of binnen een samenwerking, en eenieder moet een stukje van zijn autonomie loslaten om dit te kunnen bewerkstelligen (dat wil zeggen, de mogelijkheid hebben om zelfstandig te handelen (V&VN, 2019). Het is de bedoeling dat men zich binnen de keten uitgedaagd voelt en vrij genoeg voelt om kennis en ervaringen te delen, meningen in te brengen en te experimenteren.

5.4.6 Lean strategie

Een methode die kan helpen om binnen een productieproces samenwerking te bevorderen kan de lean strategie zijn. Bij deze strategie komen alle onderwerpen aan bod: van het proces tot aan de mensen. Lean is een methode en dus niet de uitvoering, de uitvoering is gerelateerd aan de werkplek waar lean wordt ingezet. Het doel van lean is problemen oplossen, van welke aard dan ook. Dus gerelateerd aan de blokkades die er gevonden zijn kan deze methode als zodanig worden toegepast. Zoals Simchi-Levi (2010) over "Toyota way" beschrijft, zijn de 3 onderdelen belangrijk om in acht te nemen. Om deze in de context van dit onderzoek te plaatsen, zijn ze aan de hand van de gevonden blokkades uitgewerkt.

- 1) Reduceren van vooral tijd door de juiste wijze van samenwerken en daardoor de juiste wijze van communiceren, binnen de keten te organiseren. Hiermee worden direct de kosten van het proces ook gereduceerd.
- 2) Continue verbeteren door het gehele samenwerkingsproces binnen de keten te herzien, dat betekent een leider aanwijzen zodat duidelijk wordt wie verantwoordelijk is, forecasten, zodat men weet waar de toekomst naartoe gaat, missie/visie, doel en strategie formuleren en teamrollen verdelen zodat men weet wat hen/zijn verantwoordelijkheid binnen de keten is.
- 3) Teamontwikkeling, zoals hiervoor al aangegeven is, wordt het belangrijk met de gehele keten een ontwikkeling aan te gaan. Alle betrokken van de keten die in het productieproces werken dienen betrokken te zijn. Vooral communicatie onderling wordt het eerste punt van aandacht. Maar ook het veilig en gerespecteerd voelen binnen de keten is belangrijk.

Zo zou de lean strategie er binnen de context van de gevonden blokkades eruit kunnen zien en kunnen bijdragen aan een ontwikkeling op het gebied van samenwerking.

5.5 Samenvatting

Met enige voorzichtigheid is te zeggen dat de belangrijkste gevonden blokkade in de praktijk samenwerking binnen de keten lijkt. Middelmanagers lopen hiertegen aan omdat dit het productieproces belemmert en men het in de weg staat van het op de juiste wijze managen van hun medewerkers. Het is belangrijk in acht te nemen dat dit onderzoek explorierend van aard is en dat alle resultaten met grote voorzichtigheid en niet als een vaststaand feit kunnen worden beschouwd. Ook gelden de resultaten enkel voor deze keten en dit specialisme. Het is zeker niet te concluderen dat dit iets is voor meerdere ketens of voor andere organisaties en dat middelmanagers van alle specialismen deze blokkades ervaren.

Belangrijk is het om vervolgonderzoek te doen met bijvoorbeeld het specifieke aandachtsgebied samenwerking binnen de keten of misschien wel breder, binnen de gehele organisatie. Om te kunnen zeggen of dat samenwerking de grootste blokkade is ervaren door middelmanagers in een productieproces binnen deze organisatie. Het onderzoek geeft een representatief beeld voor deze keten als het gaat om het aantal geïnterviewde, wat ongeveer 80 % van het aantal middelmanagers betreft. Maar is voor een gehele organisatie zeker niet representatief, er zullen meer ketens zijn die uit meer middelmanagers bestaan. Dus ook hierbij is het genoodzaakt om met enige voorzichtigheid om te gaan met de resultaten. Wel geeft dit onderzoek een eerste blik op de problemen die ervaren worden door middelmanagers. Men gaf ook aan het prettig te vinden de gelegenheid te hebben hierover te kunnen praten, in acht nemend dat er discreet met de resultaten omgegaan werd en dit anoniem werd verwerkt. Voor deze keten zijn de resultaten zeer waardevol en men is blij dat er een keer op deze manier gekeken wordt, dus vanuit deze context kan gezegd worden dat het altijd nuttig en waardevol kan zijn om op deze manier een open en verkennend onderzoek te doen binnen een keten.

5.6 Conclusies

- Er zijn 8 thema's te definiëren als blokkades ervaren door middelmanagers binnen dit productieproces; Patiënten informatiesysteem, Cultuur, Informatievoorziening, Taakgerichtheid, Planning, Organisatie grootte en Overhead. Uit deze 8 thema's lijkt, maar met enige voorzichtigheid te zeggen, dat onderlinge samenwerking binnen de keten grootst gevonden blokkade is.
- Ook is voorzichtig te concluderen dat niet alle partijen zich betrokken voelen binnen de keten als het gaat om het productieproces.
- Het lijkt erop dat men binnen deze keten het principe samenwerking benaderd vanuit een multidisciplinair oogpunt, dit zou meer gericht moeten zijn op interdisciplinair samenwerken.
- Binnen de keten is duidelijk wie er in de structuur van de organisatie de leidinggevende is die de keten aanstuurt, echter lijkt deze in de praktijk niet bij de uitvoering betrokken te zijn. Waardoor men sturing lijkt te missen als het gaat om het verbeteren van de productieprocessen.
- Met enige voorzichtigheid valt te concluderen dat de onderlinge communicatie niet op de juiste wijze verloopt. Niet alle betrokkenen doen dit op een eenduidige wijze en de ene partij heeft sommige informatie wel waar de andere partij deze weer niet heeft.

5.7 Aanbevelingen

- Presenteren van de resultaten van dit onderzoek aan de gehele betrokken keten. Dit kan bijdrage aan het begrip voor de blokkade die ervaren worden door andere partijen en kan bijdragen aan het inzien van de noodzaak tot verandering.
- Herzien van de samenwerkingsstructuur zoals deze er nu is, meer denken vanuit interdisciplinair samenwerken in plaats van multidisciplinair samenwerken. Ook vanuit hiërarchisch oogpunt, overbruggen van cliché die er bestaan tussen de verschillende disciplines, dus dit bespreekbaar maken en met elkaar over in gesprek gaan.
- Van elke afdeling die betrokken is moet met minstens 1 middelmanager binnen het productieproces afgevaardigd zijn in de keten. Binnen deze groep wordt het belangrijk

dat er een rolverdeling wordt bepaald. Ook is het belangrijk dat een leider gekozen wordt, met daarbij het in acht nemen van de voorwaarde die er voor een leider zijn om een goede samenwerking te bewerkstelligen (dialoog voeren, verbinding leggen en reflecteren).

- Binnen de keten en de nieuwe samenwerkingsstructuur een duidelijke missie/visie, doel en strategie opstellen. Deze dient gedragen te worden door de gehele keten, zo voelt men zich gerespecteerd en gewaardeerd.
- Bewerkstelligen van teamontwikkeling binnen het team dat de keten vertegenwoordigd. Vooral op het gebied van communicatie en vertrouwen opbouwen lijkt essentieel. Men dient met elkaar in gesprek te gaan en men dient een deel van zijn autonomie binnen zijn eigen rol lost te laten, dit in het grotere belang van de keten.
- Forecast maken, en dan de beste methode lijkt de “rolling forecast”. Continu herzien van de forecast, zodat men minder adhoc op zaken hoeft te reageren, maar meer vooruitdenkt en werkt als gehele keten.
- Een vervolgonderzoek die vooral toetsend van aard is, waarbij gemeten en getoetst wordt welke onderdelen van de samenwerking het meest aandacht behoeven, om de keten samenwerking te verbeteren.

Bibliografie

- Van Ark, E. (2014, 9 mei). Opgehaald van: *Follow the money*
<https://www.ftm.nl/artikelen/schippers-plan-nekt-kleinere-zorgverleners?share=1>.
- Belbin, R. M. (1993). *Team roles at work*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Benders, J. G. J. M., & Santbergen, S. (2007). "Lean" in Nederlandse Ziekenhuizen. *Management en Organisatie*, 61(2), 36-47.
- Boaden, N., & Leaviss, J. (2000). Putting teamwork in context. *Medical Education*, 34(11), 921-927.
- Bos, W. J., Koevoets, H. P. J., & Oosterwaal, A. (2011). *Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandsland of Droomland?* Den Haag: RVZ.
- Burg, E. (2011). *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek; Wetenschap met effect*. (Hoofdstuk 9). Amsterdam: Boom Lemma.
- Buntinx, W. H. E., & Bijwaard, M. (2004). *Professionaliteit in de zorg voor mensen met functiebeperkingen – Kenmerken, rol, voorwaarden*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Carlos, J. (2018). The what, where, how, and why: A review of being ethnographic: A Guide to the theory and practice of ethnography, *The Quality Report*, 23(4), 1013-15.
- Choi, B. C., & Pak A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine*, 29(6), 351-64.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L.S.M., & Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for Interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional care*, 19 (S1), 116-131.
- De Boer, F., & Smaling, A. (2011). *Benaderingen van kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom.
- De Boer, F. (2016). Opgehaald van: *Kwalon*
https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-16-1-25/De-Grounded-Theory-Approach-een-update.
- De Waal, V. (2018). *Interprofessioneel werken en innoveren in teams; Samenwerken in nieuwe praktijken*. Bussum: Coutinho.
- Derksen, K., De Caluwe, L., Rupert, L., & Simons, R.J. (2019). Breaking the paradox: Understanding how teams create developmental space. *Journal of Management Inquiry*, 28(3), 366-380.

Encyclo.nl (2019). Nederlandse Encyclopedie. *Capaciteit*. Opgehaald van: <https://www.encyclo.nl/begrip/capaciteit>

Ensie.nl (2016). Betekenis en definitie. *Overhead*. Opgehaald van: <https://www.ensie.nl/accounting/overhead>

Eriksson, P. (2015a). Ethnographic Research. In P. Eriksson, & A. Kovalainen (2015). *Qualitative methods in Business research* (pp. 150-151). Thousand Oaks, CA: Sage.

Eriksson, P. (2015b). Focus group Research. In P. Eriksson, & A. Kovalainen (2015). *Qualitative methods in Business research* (pp. 182-183). Thousand Oaks, CA: Sage.

Erlandson, D., Harris, E., Skipper, B., & Allen, S. (1993). *Doing naturalistic inquiry: a guide to methods*. Newbury Park, CA: Sage.

Galonowski, M., Beaudry, D., Kurz, L., Laffey, W. J., & Hook, L. M. (2007). Interdisciplinary Shared Decision -Making; Taking Shared Governance to the Next Level. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 341-353.

Gerritsen, A. G. A., & Nauta, A. P. (2008). Samenwerken is te leren! Maar hoe? *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(3), 109-119.

Goedee, J., Entken, A. (2013). (Ont)keten. *Verschil tussen netwerken en ketens*. Den Haag: Boom Lemma.

Google. (2019). *Afbeeldingen teamrollen Belbin*. Teamrollen bepalen succes; Teamrollen van Belbin. Opgehaald op 06-03-2018 van: <https://hbochallenge2018.wordpress.com/2018/03/06/teamrollen-van-belbin/...>

Hartstichting. (2018). Hart- en Vaatziekten in Nederland; Cijfers over risicofactoren, hartinterventies, ziekte en sterfte. *Rapport*. Den Haag: Hartstichting.

Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N. (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. Den Haag. Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Hoevenagel, J. (2012). *De kracht van Samenwerking; Over de realisatie van interprofessionele samenwerking in de zorg rondom kanker*. (Thesis). Utrecht: USBO.

Jansen, M., & Van der Molen, M. (2018). Middenmanager, kracht van het midden. Opgehaald van: <https://www.sigmaonline.nl/2018/05/de-middenmanager-kracht-van-het-midden/>

Kaandorp, M. (2018). College 2 MV 2. *Presentatie*. Rotterdam: EUR/RSM.

Kaandorp, M. (2018). College 3 MV 2. *Presentatie*. Rotterdam: EUR/RSM.

Kaats, E., & Opheij, W. (2016). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer. Vakmedianet.

Kearney, E., & Gebert, D. (2009). Managing diversity and enhancing team outcomes: the promise of transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 94(1), 77-89.

Kenny, M, & Fourie, R. (2015). Contrasting Classic, Straussian, and Constructivist Grounded Theory: Methodological and Philosophical conflicts. *The Quality Report*, 20(8), 1270- 89.

LeanSixSigma.nl. (2019). *Wat is Lean?* Opgehaald van: <https://www.sixsigma.nl/wat-is-lean>. De 4 P's van Toyota. 10-08-2019.

Leeuwen, S. (2019). *Zorgorganisatie van de toekomst, dit moet je doen*. Opgehaald van: <https://www.zorgmarketingplatform.nl/kennis/zorgorganisatie-en-zorgmarketeer-toekomst-moet/>.

Madden, R. (2017). *Being Ethnographic; A guide to the theory and practice of Ethnography*. London: Sage Publications Ltd.

McKnight, D. H., & Chervany, N. L. (2001). *Trust Distrust Definitions: One Bite at a time*. New York, NY: Springer.

Michels, W. (2016). *Communicatie handboek*. Groningen: Noordhoff.

Naidoo, L. (2012). Ethnography: An introduction to Definition and Method. In L. Naidoo (Ed.), *An Ethnography of Global Landscapes and Corridors* (pp. 1-8). Opgehaald op <http://ebooksmio.com/cultures-languages/58048-an-ethnography-of-global-landscapes-and-corridors.html>.

Poorthuis, AM., Van der Aa, A., Van Rheenen, T., Konijn, T., De Jager, W. (2003). *Ketens en Netwerken: Een zoektocht naar samenhang*. Kortenhoef: Lemma.

Reijnders, E. (2010). *Basisboek Interne communicatie; aanpak en achtergronden*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Reinholt, M., Pedersen, T., & Foss, N. J. (2011). Why central network position isn't enough: The role of motivation and ability for knowledge sharing in employee networks. *Academy of Management Journal*, 54(6), 1277-1297.

Rijksoverheid (n.d.), Opgehaald op 1-2-2019 van: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland>.

Rijksoverheid, Opgehaald op 9-2-2019 van: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Organizational Behavior*. Essex: Pearson.
Roupe, M., & Benders, J. G. J. M. (2010). *Lean in de zorg*. Den Haag: Boom Lemma

Rubin, H.J., & Rubin, I.S. (2012). Strengths of in-dept interviewing. In *Qualitative interviewing* (pp.3-7). Thousand Oaks, CA: Sage.

Schein, E.H., & Schein, P. (2017). *Organizational Culture and Leadership*. (5th Edition, Chapter 1). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Schuman, H. (2010). *Becoming a professional today means becoming interprofessional*. (Lectorale rede). Tilburg: Fontys Opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg.

Schuman, H. (2012). Interdisciplinair werken in de context van onderwijs en zorg. Samen sterker? Een onderzoek naar interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken. *Rapport*. Wijk aan Zee: Fontys/Heliomare.

- Shafritz, J.M. (2016). Introduction to organization theory. In J.M. Shafritz (Ed.). *Classics of Organization theory* (pp. 3-6). Boston, MA: Cengage Learning.
- Simchi-Levi, D. (2010). *Operations Rules; Delivering customer Value through Flexible Operations*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Smetsters, F. (2007). *Samenwerken in teams, een vanzelfsprekendheid?* Opgehaald van: http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/30069/30069%20_sameintee.pdf?sequence=1.
- Steehouder, M., Jansen, C., Van Gulik, L., Mulder, J., Van der Pool, E., & Zeijl, W. (2016). *Leren communiceren*. Groningen: Noordhoff.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51.
- Sweers, A. (2014, 10 27). Welke waarde heeft de middenmanager in welzijn. Opgehaald van <https://www.zorgwelzijn.nl/welke-waarde-heeft-de-middenmanager-in-welzijn-1629777w/>.
- Trip, A., Jong, L. J., & Does, R. J. M. M. (2009). Betere en efficiëntere zorg met Lean Six Sigma. *Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in de Zorg*. 19(5), 8-11.
- Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2012). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Wpg.
- V&VN. (2019). *Autonomie*. Opgehaald 6-8-2019 van: <https://www.venvn.nl/themas/excellente-zorg/autonomie>.
- Van Ede, J. (2011, 11 7). *Procesverbeteren*. Opgehaald van https://www.procesverbeteren.nl/procesgericht/verschillen_logistiek_zorg_en_productie.php
- Van Hilten, O., Kleima, F., Langenberg, H., & Warmes, P. (2004). Arbeidsproductiviteit in de zorg. Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector (pp. 3-5). *ESB-dossier*. Opgehaald van www.cbs.nl.
- Vinacor F. (1995). Interdisciplinary intersectoral approach: a challenge for integrated care. *Patient Education and counseling*. 26(1-3), 267-272.
- Warmels, H. (2015). Omdat de dokter het zegt? Tijd voor Dialoog. V&VN Magazine, 10(8), 4-5.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. (2012). *De pragmatisch aspecten van menselijke communicatie*. Den Haag: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- West, M. A., & Hirts, G. (2005). Cooperation and teamwork for innovation. In M.A. West, D. Tjosvold, K.G. Smith. (2003). *The essentials of team working. International perspectives* (pp. 257-279). Hoboken, NJ: Wiley.
- Wooldridge, B., Floyd, S.W. (1990). The strategy process, middle management involvement, and organizational performance. In *Strategic Management Journal*, 11(3), 231-241.

WRR (Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid. (2006). *De Verzorgingsstaat heroverwogen; over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Zorgvisie, Opgehaald 1-2-2019 van <https://www.zorgvisie.nl/thema/zorginkoop/#read-more>.