



DE KRACHT VAN SAMENWERKING

Jenny Hoevenagel, 17 augustus 2012

*Over de realisatie van
interprofessionele
samenwerking in de
zorg rondom kanker*

De kracht van samenwerking

Over de realisatie van interprofessionele samenwerking in de zorg rondom kanker

Jenny Hoevenagel

Studentnummer 3800601

Master Publiek Management

Utrechtse School voor Bestuurs – en Organiseringswetenschap

Accenture

Eerste lezer: Prof. Dr. Mirko Noordegraaf, Universiteit Utrecht

Tweede lezer: Mr. Drs. Monique Mulders, Universiteit Utrecht

Begeleiding Accenture: Drs. Tinke Wesseling MBA



Universiteit Utrecht

Samenvatting

De Nederlandse zorgsector staat momenteel onder druk om met minder of gelijke financiële middelen meer te presteren. Naar verwachting zal het aantal patiënten in Nederland aanzienlijk toenemen, daarnaast is de afgelopen jaren een verandering in de zorgvraag zichtbaar geworden. Patiënten zijn en worden steeds mondiger, verlangen naar meer zorg op maat en willen beter, sneller en goedkoper geholpen worden, zoals blijkt uit diverse literatuurstudies. Deze veranderende vraag heeft, samen met de groeiende behoefte aan zorg, consequenties voor zorgprocessen. Om te voldoen aan de groeiende zorgvraag kunnen (proces-) innovaties nodig zijn. Om een (proces-) innovatie succesvol te implementeren in de zorg, lijkt interprofessionele samenwerking van belang.

Het Sneldiagnose-project, van stichting Alpe d'HuZes waar Accenture een implementatie-partner is, is een voorbeeld van een procesinnovatie waarbij de focus ligt op interprofessionele samenwerking. Sneldiagnose is een zorgvernieuwing welke het diagnosepad optimaliseert zodat de (mogelijke) patiënt met een serieuze verdenking op kanker zo snel mogelijk uitsluitel krijgt over het al dan niet hebben van kanker. Voorheen verkeerden patiënten regelmatig meerdere weken in onzekerheid. Door de implementatie van de procesinnovatie Sneldiagnose is de uitslag veelal significant sneller beschikbaar. De ambitie van Sneldiagnose is dat 80% van de (mogelijke) kankerpatiënten die voor een verwijzing naar het ziekenhuis gaan binnen 48 uur uitsluitel krijgen over het feit of het wel of niet 'pluis' is, en 95% van de gevallen binnen vijf werkdagen.

Alpe d'HuZes verwacht door de implementatie van Sneldiagnose een flink aantal voordelen te kunnen behalen ten aanzien van de zorg rondom (mogelijke) kankerpatiënten. Zo zou in eerste instantie de (mogelijke) patiënt baat hebben bij een snelle diagnose vanwege het reduceren van stress met onder meer minder slapeloze nachten als gevolg. Daarnaast wordt het diagnoseproces efficiënter ingericht, hetgeen tot financiële voordelen kan leiden en waarbij zowel het ziekenhuis en de betrokken professionals mogelijke reputatiewinst kunnen behalen.

Sneldiagnose wordt niet zomaar gerealiseerd, het is een procesinnovatie waarbij de meeste ziekenhuizen hun (kanker-) diagnoseprocessen anders inrichten om te kunnen voldoen aan de gestelde ambitie ten behoeve van de diagnosetijd. Om deze ambitie te kunnen behalen zijn visie en daadkracht nodig en een bepaalde organisatievorm waarin een grote verscheidenheid aan betrokkenen en belanghebbende partijen participeren. Interprofessionele samenwerking lijkt essentieel te zijn om de ambitie te kunnen bewerkstelligen. Binnen dit onderzoek is onderzocht welke factoren de interprofessionele samenwerking beïnvloeden, gericht op de realisatie van een medische procesinnovatie als Sneldiagnose.

De totstandkoming van interprofessionele samenwerking lijkt wellicht makkelijker gezegd dan gedaan. Snelheid en slagvaardigheid, welke nodig zijn voor effectieve interprofessionele samenwerking, ontstaan niet automatisch. Zoals blijkt uit meerdere praktijkvoorbeelden is het veranderproces complex. Dit heeft onder meer te maken met de veelal weerbarstigheid van professionele organisaties en de natuurlijke weerstand die klassieke professionals, zoals artsen en specialisten, kunnen hebben om te veranderen. Veranderingen en vernieuwingen kunnen

dikwijls gepaard gaan met onrust en onzekerheid omdat de geregelde autonomie van professionals, de specifieke kennis, standaarden en routines gevaar dreigen te lopen. Deze karakteristieken, samen de *controlled content*, onderscheiden het ene type professional van de ander en kunnen de samenwerking bemoeilijken.

Dat interprofessionele samenwerking niet vanzelf gaat, kan ook te maken hebben met de mogelijke (macht-) strijd, de concurrentieverhoudingen tussen verschillende beroepsdomeinen en de weerstand die men kan hebben tegen vernieuwde werkwijzen. Dit heeft onder andere te maken met ontstane contradicties. Zo is flexibiliteit voor de één, inflexibiliteit voor de ander. Een andere contradictie: de vraag van de patiënt is leidend, echter is deze niet altijd eenduidig. Ook kunnen individuele en gemeenschappelijke belangen met elkaar in tegenspraak zijn. Deze contradicties maken het veranderproces ingewikkeld en creëren vaak weer nieuwe grenzen en obstakels.

Naast de contradicties spelen zowel structurele- als culturele factoren een rol bij vernieuwingsprocessen. Structurele factoren, zoals een gefragmenteerde arbeidsdeling, de besluitvormingsstructuur, de coördinatie, het personeel, de bezettingsgraad en de middelen zoals financiën, tijd, ruimte, maar ook de multidisciplinaire overleggen (MDO's) en het toepassen van procesoptimalisatie-technieken zoals Lean Six Sigma, kunnen allemaal invloed hebben op het succes van een procesinnovatie. Echter, bij een procesinnovatie als Sneldiagnose, zijn ook culturele factoren essentieel, deze zijn 'kwetsbaarder' omdat ze minder concreet en tastbaar zijn. Ze gaan onder meer over: routines en bepaalde 'ingesleten' patronen, over onderlinge machtsverhoudingen die van invloed zijn, over bepaalde service-ethiek, geloofsovertuiging en gemeenschappelijke normen en waarden, over de professionals die het nut van de innovatie al dan niet inzien en over hoe gezamenlijk, via een samenwerkingsmissie, tot een innovatief succes te komen.

Ofwel, het slagen van een procesinnovatie, zoals Sneldiagnose, wordt beïnvloed door zowel structurele als culturele factoren. In het UMC Utrecht is, ondanks de aanwezigheid van sommige contradicties gedurende de implementatie, Sneldiagnose succesvol neergezet. De ambitie van Alpe d'HuZes om Sneldiagnose op grote schaal binnen Nederland beschikbaar te maken lijkt daarmee realiseerbaar te zijn. Naast het UMCU zijn de ziekenhuizen zoals het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek, het VUmc, het Leids Universitair Medisch Centrum en het UMC St Radboud Nijmegen aangemeld voor, of gestart met, het Sneldiagnose-traject.

Voorwoord

'Art is an adventure into the unknown world, which can only be explored by those willing to take the risks' (Barnett Newman, 1943)

Een 'avontuur' in een onbekende wereld, zo heb ik regelmatig het afgelopen half jaar ervaren. Het nieuwe universum van Accenture, Alpe d'HuZes en de ziekenhuiswereld. Een dynamisch veld vol expertise, energie, passie, bevlogenheid, snelheid en enthousiasme. Maar ook met traagheid, weerstand, onvrede en kritiek. Eén ding werd mij direct duidelijk, in essentie willen we hetzelfde, namelijk de kankerpatiënt op een zo goed mogelijke manier helpen.

Dat dit niet altijd meteen vanzelf gaat, maakt het proces soms lastig en ingewikkeld. De missie en visie die Alpe d'HuZes ambieert en jaarlijks neerzet, willen we ook in de Nederlandse kankerzorg bereiken. Dit vergt moeite, maar bovenal ook lef. Experimenteren zal daarbij nodig zijn om vervolgens door middel van samenwerking het nieuwe avontuur aan te gaan en daar waar nodig te innoveren in de zorg rondom kanker. Het is fascinerend om over grenzen heen samen te werken en een gemeenschappelijk doel te bereiken. Een mix van mensen met diverse achtergronden is interessant en inspirerend, het helpt je om van je vertrouwde 'eiland' af te stappen en een nieuwe wereld te ontdekken en te leren van anderen. Natuurlijk is dit spannend en brengt het onzekerheid met zich mee want je weet immers nooit vooraf hoe bepaalde zaken zullen gaan lopen.

Maar uiteindelijk is die onbekende wereld snel weer 'eigen'. Als ik bedenk hoe ik aan dit onderzoek begonnen ben en zie waar ik nu sta, dan kijk ik met trots terug op hoe ik het onbekende 'eigen' heb gemaakt. Mijn stageperiode bij Accenture is een leerzame tijd geweest met onder andere als gevolg dat ik gegrepen ben door Sneldiagnose, het is mijn levenswerk geworden, mijn passie. Het afgelopen jaar heb ik de ene na de andere uitdaging gehad. Ik noem een aantal hoogtepunten; mijn onderzoek, het maken van het Sneldiagnose- filmpje, de reis naar de Alpe d'Huez en het van dichtbij meemaken van het indrukwekkende Alpe d'HuZes evenement, het radio-interview, en de organisatie van het 'Sneldiagnose Symposium'. Stuk voor stuk bijzondere ervaringen die ik niet had willen missen. Inmiddels heb ik een netwerk om me heen gecreëerd met een grote diversiteit aan inspirerende professionals. Deze mensen wil ik graag bedanken voor de input, visies en ervaringen. Zonder jullie had dit onderzoek niet gerealiseerd kunnen worden.

Het schrijven van een wetenschappelijk onderzoek vergt lef, discipline en doorzettingsvermogen. De praktische, maar ook morele steun van een aantal mensen is voor mij bijzonder belangrijk geweest. Mijn begeleider van Accenture, Tinke Wesseling, is daar een van. Een betere begeleider had ik mij niet kunnen wensen. Ik heb enorm veel van je geleerd, je bent en krachtige, inspirerende en betrokken vrouw. Bedankt voor je vertrouwen in mij, je enthousiasme, je hulp, je tips en je feedback. Je hebt mij als persoonlijke coach meegenomen in de wereld van Accenture en daarmee tegelijkertijd in de wereld van Sneldiagnose. Vanuit Accenture is ook Bram Elshof betrokken en behulpzaam geweest bij mijn onderzoek. Ik heb veel gehad aan je kritische, nuttige en opbouwende respons. Bedankt voor de tijd en moeite en het vertrouwen dat je me hebt gegeven.

Mijn eerste begeleider, van de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap en master Publiek Management, hoogleraar Mirko Noordegraaf, wil ik eveneens bedanken voor

de constructieve feedback. Je hebt me geholpen door mij 'op sleeptouw' te nemen en mij te verrijken met nieuwe ideeën, zonder die hulp en aanmoediging was ik hier niet gekomen. Daarnaast ben ik je ook dankbaar voor je aanwezigheid en je inspirerende presentatie tijdens het 'Sneldiagnose Symposium'. Ook Monique Mulders, mijn tweede begeleider, wil ik graag bedanken. Jouw frisse blik en input maakt mijn onderzoek nog completer. Mijn grote dank gaat ook uit naar de ambassadeur en initiator van Alpe d'HuZes Peter Kapitein. De bijzondere ontmoetingen hebben indruk gemaakt. Veel dank voor je bevologenheid en geloof in mij. Ook wil ik graag de projectleiders Sneldiagnose van Alpe d'HuZes, Hilda Folkerts en Bert Kersten, noemen. Bedankt voor jullie input, enthousiasme en betrokkenheid.

Tenslotte wil ik mijn tutorgroep bedanken, de feedbacksessie en de vele tips zijn belangrijk geweest. Jullie gaven me het gevoel dat ik er niet alleen voor stond, maar dat we samen 'sterk' zijn. En tenslotte mijn ouders die altijd in mij geloven, bedankt voor de 24uurs-support, aanmoediging en het vertrouwen.

Jenny Hoevenagel

Augustus 2012

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	5
Voorwoord.....	7
Inhoudsopgave.....	9
Figuren.....	12

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1. Sneldiagnose bij serieuze verdenking van kanker.....	13
1.1.1 Initiatiefnemer Alpe d’HuZes.....	13
1.2 Medische procesinnovatie.....	14
1.2.1 Wat is Sneldiagnose?.....	14
1.2.2 De werkwijze van Sneldiagnose.....	14
1.2.3 Ziekenhuizen.....	15
1.3 Samenwerkende professionals.....	15
1.4 Probleemstelling: vertaling van een maatschappelijke missie naar de praktijk.....	16
1.4.1 Vraagstelling.....	17
1.4.2 Doelstelling.....	17
1.5 Wetenschappelijke relevantie.....	18
1.6 Maatschappelijke relevantie.....	18
1.7 Leeswijzer.....	19

Deel 1 - Context en Theorie

Hoofdstuk 2 Zorgsector onder druk

2.1 Ontwikkelingen binnen de (kanker)zorg.....	23
2.2 Dubbele zorgkloof.....	24
2.3 Veranderende vraag.....	26
2.4 Gevolgen voor ziekenhuizen.....	28
2.5 Samenwerking als één van de oplossingen.....	29
2.6 Slot.....	30

Hoofdstuk 3 Professionals en samenwerkingsrelaties

3.1. Professionals.....	33
3.1.1 Definities en benaderingen.....	33
3.1.2 Controlled Content.....	33
3.2 Innovaties.....	36
3.2.1 Definities en benaderingen.....	36

3.2.2 Type innovaties	36
3.3 Samenwerking.....	39
3.3.1 Definities en benaderingen	39
3.3.2 Manieren van samenwerken; interprofessionele samenwerking	40
3.3.3 Professionele grenzen	41
3.4 Factoren	43
3.4.1 Structurele factoren.....	43
3.4.2 Culturele factoren	46
3.4.3 Het managen van veranderingen.....	49
3.5 Slot.....	51

Deel 2 - Empirie

Hoofdstuk 4 Onderzoeksaanpak

4.1 Type onderzoek.....	55
4.2 Operationalisatie.....	56
4.3 Onderzoeksaanpak.....	56
4.4 Methoden en Technieken	58
4.5 Criteria voor goed onderzoek.....	61
4.6 Slot.....	63

Hoofdstuk 5 Sneldiagnostiek

5.1 Introductie	65
5.2 Sneldiagnose principes.....	65
5.3 Verwachte voordelen	67
5.3.1 (Mogelijke) kankerpatiënt is er bij gebaat.....	67
5.3.2 Efficiëntie.....	68
5.3.3 Reputatiewinst.....	68
5.4 Sneldiagnose in ziekenhuizen	69
5.4.1 De actuele praktijk, het UMCU 'demarreert'	69
5.5 Organisatievormen.....	70
5.5 Slot.....	72

Hoofdstuk 6 Werken met Sneldiagnostiek

6.1 Betekenissen van Sneldiagnose	73
6.2 Ervaringen (veranderproces)	74
6.3 Contradicties	77
6.3.1 Flexibiliteit versus inflexibiliteit	77

6.3.2 De vraag van de patient.....	78
6.3.3 Individualiteit versus Collectiviteit.....	79
6.4 Factoren.....	80
6.4.1 Structurele factoren	81
6.4.2 Culturele factoren	84
6.6 Slot	88

Deel 3 - Conclusies, Aanbevelingen en Suggesties

Hoofdstuk 7 Conclusies

7.1 Theoretische deelconclusies	91
7.2 Empirische deelconclusies	93
7.3 Conclusie.....	96

Hoofdstuk 8 Aanbevelingen en suggesties voor verder onderzoek

8.1 Aanbevelingen	99
8.2 Suggesties voor verder onderzoek.....	103
Literatuur	107
Bijlage I Operationalisatie.....	111
Bijlage 2 Interviewgide	113

Figuren

Figuur 1.1	Schema vraagstelling	17
Figuur 1.2	Leeswijzer	19
Figuur 2.1	'Trends in de samenleving'	24
Figuur 2.2	'Zorgkosten naar levensjaar'	25
Figuur 2.3	'Trendmatige uitgavenstijging'	25
Figuur 2.4	'Incidentie van alle vormen van kanker'	26
Figuur 3.1	Controlled Content	35
Figuur 3.2	Incrementele innovaties versus Radicale innovaties	37
Figuur 3.3	Procesinnovaties versus Productinnovaties	38
Figuur 3.4	De voordelen van samenwerking	40
Figuur 3.5	'Gespecialiseerde gordijnen'	42
Figuur 3.6	Belemmeringen in bestaande structuur	43
Figuur 3.7	Lean Six Sigma in gezondheidszorg	45
Figuur 3.8	Belemmeringen door machtsprocessen	47
Figuur 3.9	Ontwerpbenadering versus Ontwikkelbenadering	50
Figuur 4.1	Documentanalyse	58
Figuur 4.2	Respondenten Omgeving/ context groep 1	60
Figuur 4.3	Respondenten UMC Utrecht groep 2	60
Figuur 4.4	Respondenten Contrast groep 3	61
Figuur 5.1	Fasen voor Sneldiagnose-aanvraag	65
Figuur 5.2	Projectaanpak Sneldiagnose	66
Figuur 5.3	Diagnoseproces	66
Figuur 5.4	Scope en tumorsoorten voor Sneldiagnose UMCU	69
Figuur 5.5	Sneldiagnoseproces in hoofdlijnen	70
Figuur 5.6	Organisatievorm Sneldiagnoseproject UMCU	71
Figuur 6.1	Reactie op Sneldiagnose, CEO UMCU	76
Figuur 6.2	Brief van een patiënt	79
Figuur 8.1	Aanbevelingen	99
Figuur 8.2	Structurele factoren	99
Figuur 8.3	Culturele factoren	100

1 Inleiding

'De vraag of je kanker hebt, is een vreselijke vraag en die mag niet te lang zonder antwoord blijven. Het project Sneldiagnose van Alpe d'HuZes gaat hiervoor zorgen: alle tumorsoorten worden in vijf werkdagen gediagnosticeerd en 80% van de tumorsoorten binnen twee werkdagen. Alleen al het reduceren van het aantal slapeloze nachten geeft voldoende motivatie om dit project met elkaar te realiseren. Wanneer er een vermoeden van kanker is, ligt niet alleen de persoon in kwestie wakker, maar met haar/hem nog vele anderen. Jaarlijks worden 540.000 mensen geconfronteerd met een vermoeden van kanker terwijl 'slechts' 80.000 mensen daadwerkelijk kanker blijken te hebben' (Kapitein, 2011).

1.1. Sneldiagnose bij serieuze verdenking van kanker

Het project Sneldiagnose optimaliseert het diagnosepad en wil de tergende onzekerheid, als gevolg van onder meer te lang wachten op de uitslag, tot een minimum reduceren. Om het aantal slapeloze nachten te kunnen reduceren is het wenselijk dat een diagnose sneller beschikbaar is. Sneldiagnose is een vernieuwing waarbij ziekenhuizen hun processen anders inrichten, samenwerking zal hierbij nodig zijn. Deze samenwerking komt niet automatisch tot stand. In dit onderzoek zal duidelijk worden welke factoren een vernieuwing als Sneldiagnose kunnen beïnvloeden. In de volgende paragrafen wordt helder wie de initiatiefnemers zijn, wat het Sneldiagnose-traject precies inhoudt en hoe het vormgegeven wordt.

1.1.1 Initiatiefnemer Alpe d'HuZes

Initiatiefnemer van het in 2010 opgezette project Sneldiagnose is stichting Alpe d'HuZes in samenwerking met KWF Kankerbestrijding. Stichting Alpe d'HuZes is opgericht vanuit de gedachte om de onmacht die door kanker ontstaat om te zetten in kracht door met zoveel mogelijk mensen de grenzen van het (on)mogelijke te verleggen (Alpe d'HuZes, 2012). Door middel van een jaarlijks meerdaags wielerevenement in de Franse Alpen halen deelnemers individueel of in teamverband geld op, door op één dag zes keer de 1860 meter hoge Alpe d'Huez te beklimmen. De opbrengst is bedoeld voor het Alpe d'HuZes onderzoekfonds bij KWF Kankerbestrijding. Wetenschappers en medici kunnen projectvoorstellen indienen en een aanvraag doen voor een besteding vanuit het Alpe d'HuZes/KWF-fonds. In het jaar 2012 heeft Alpe d'HuZes een eindbedrag van totaal 28,5 miljoen euro opgebracht, exclusief de toezeggingen die nog verzilverd gaan worden. Sinds de eerste editie in 2006 tot en met 2011 is reeds ruim 42,5 miljoen euro binnengekomen. Stichting Alpe d'HuZes hanteert een strict anti-strijkstokbeleid om ervoor te zorgen dat al het geld van de sponsors ook daadwerkelijk naar het onderzoekfonds gaat waarmee onderzoek, diensten en projecten gefinancierd worden in de strijd tegen en de gevolgen van kanker. De meeste projecten zijn geclusterd in de volgende vijf thema's en programma's waaronder Sneldiagnose, Leven met Kanker, Kanker en Voeding, A-care (revalidatie van kankerpatiënten) en de 'Bas Mulder Award', een prijs voor jonge onderzoekers. De missie van Alpe d'HuZes daarbij is: 'Andere faciliteren en inspireren om Goed, Gelukkig en Gezond te kunnen leven met kanker. Opgeven is geen optie!' (Alpe d'HuZes, 2012)

1.2 Medische procesinnovatie

1.2.1 Wat is Sneldiagnose?

Een deel van de opbrengst van Alpe d’HuZes is bedoeld voor de concrete realisatie van één van hun ambities: Sneldiagnose bij een serieuze verdenking van kanker voor alle inwoners van Nederland beschikbaar maken. Sneldiagnose is: *‘de mogelijkheid bieden dat de arts voor 80% van de mensen met een concrete verdenking op een maligniteit (kwaadaardigheid gezwel) binnen 2 werkdagen en 95% binnen 5 werkdagen de uitslag van de complete diagnose (inclusief staging: classificatie van gezwel) mededeelt aan de patiënt, zonder in te leveren op de kwaliteit, vanaf het moment van doorverwijzen van een patiënt door een huisarts of door een ander ziekenhuis?’* (Alpe d’HuZes, 2012).

Sneldiagnose is een zorgvernieuwing waarbij een mogelijke kankerpatiënt zo snel als mogelijk weet waar hij/zij aan toe is en een diagnose krijgt (Alpe d’HuZes, 2012). Dit project is een voorbeeld van een medische procesinnovatie, een verandering in de manier waarop het product of de dienstverlening tot stand komt (Tidd, 2001). Uit een steekproef in 2010 bleek dat een patiënt bij de diagnosestelling vaak dagen, zo niet weken, op de uitslag moest wachten. Het onheilspellende of juist het geruststellende bericht dat kanker niet geconstateerd was, liet gemiddeld 1 à 2 weken op zich wachten, met uitschieters van 6 à 7 weken (Alpe d’HuZes, 2012). De duur van deze diagnosestelling varieert per ziekenhuis.

Veel van de mensen die verwezen worden met een serieuze verdenking op kanker blijken in de meeste gevallen geen kanker te hebben, in 2010 betrof dit 7 van de 8 personen (Alpe d’HuZes, 2012). Voor deze groep scheelt Sneldiagnose veel angst en stress. Patiënten die slecht nieuws krijgen zijn met Sneldiagnose daarentegen ook beter af. Ze weten immers wat hun status is en het behandelingstraject kan sneller in gang gezet worden. Of een snellere diagnose en een zo spoedig mogelijke start van de behandeling ook overlevingskansen vergroot, zou nader onderzocht moeten worden en valt buiten het bereik van dit onderzoek.

1.2.2 De werkwijze van Sneldiagnose

Voor een snelle diagnose dienen artsen en andere zorgprofessionals samen te werken in een goed georganiseerd systeem: *‘Alle onderzoeken worden zo veel mogelijk op één dag gepland, laboranten en radiologen staan in de startblokken om direct beelden en weefsels te beoordelen. En de betrokken artsen en andere zorgprofessionals komen nog dezelfde dag bijeen om de resultaten te bespreken’* (Alpe d’HuZes, 2012). Zowel de toegangstijd als de wachttijd wordt bij Sneldiagnose verkort. De tijd die verloopt vanaf het moment waarop de patiënt een afspraak maakt en het moment waarop de patiënt bij de professional in het ziekenhuis terecht kan, is de zogenaamde toegangstijd. Die tijd die verloopt tussen het moment van diagnosestelling voor behandeling en het tijdstip waarop deze feitelijk begint, is de wachttijd (Alpe d’HuZes, 2012). Sneldiagnose is behalve een optimalisatie in tijd, ook gunstig ten aanzien van de te maken kosten. Langzame diagnoseprocessen leiden immers tot een hoge overhead (Kapitein & Kersten, 2012). Sneldiagnose is en mag niet van invloed zijn op de kwaliteit en aandacht van de zorgprofessionals binnen de bestaande en mogelijk vernieuwende zorgstructuur. *‘Kwaliteit betekent minder medisch handelen, minder verspilling, meer samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen en meer tijd voor patiënten’* (Klink, 2012, p.4).

1.2.3 Ziekenhuizen

In het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) is een pilot van Sneldiagnose uitgevoerd. Om daar Sneldiagnose te bewerkstelligen, is een projectmatige aanpak gehanteerd. De doelstelling was om voor negen specialismen, namelijk Maag-Darm-Lever, Dermatologie, Urologie, Long, KNO (Keel, Neus, Oor), Kaak, Hematologie, Gynaecologie en Endocrinologie, binnen deze vakgebieden voor in totaal 24 tumorsoorten de diagnoseprocessen te optimaliseren, zodat een snelle diagnose mogelijk wordt. Vanuit de afdeling Health & Public Service heeft het internationale adviesbureau Accenture uit Amsterdam een bijdrage geleverd aan de implementatie van dit Sneldiagnose-traject. Andere ziekenhuizen zoals het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek, het VUmc, het Leids Universitair Medisch Centrum en het UMC St Radboud Nijmegen hebben zich inmiddels ook aangemeld voor, of zijn al gestart met, het Sneldiagnose-traject. Het ligt in de planning van stichting Alpe d'HuZes om een expertisecentrum te ontwikkelen, wanneer meerdere ziekenhuizen in Nederland bezig zijn met de implementatie van Sneldiagnose. De gedachte hierachter is een coördinerend centrum waar alle kennis en expertise, ook wel de *best practices*, van de Sneldiagnose-trajecten bijeen worden gebracht. Het is de bedoeling dat dit centrum op verzoek andere ziekenhuizen helpt bij de implementatie van Sneldiagnose (Alpe d'HuZes, 2012).

1.3 Samenwerkende professionals

Om een procesinnovatie als Sneldiagnose te kunnen realiseren, zullen professionals van twee of meer gespecialiseerde beroepsgroepen met elkaar samenwerken, ook wel een interprofessionele samenwerking genoemd (Lawson, 2004). Deze samenwerking komt niet zomaar tot stand, bepaalde omstandigheden hebben hier invloed op. Hernieuwde samenwerkingsverbanden en daaruit voortvloeiende procesinnovaties zijn één van de meest weerbarstige processen, en stuiten, net als vele andere veranderingen, bij professionals vaak op de nodige weerstand. Die oppositie kan overwonnen worden door bepaalde interventies, dit gaat echter niet vanzelf. Het is voor stichting Alpe d'HuZes, in samenwerking met andere partijen, dan ook een uitdaging om Sneldiagnose ondanks mogelijke tegendruk toch aan ziekenhuizen te introduceren en ze bij te staan in de uiteindelijke realisatie.

Binnen de gezondheidszorg zijn veelal klassieke professionals werkzaam, die eigenaar zijn van 'exclusieve' expertise en vaardigheden (Wilensky, 1964). Deze klassieke professionals hebben te maken met drie belangrijke karakteristieken die gezamenlijk de *controlled content* (gecontroleerde inhoud) vormen en maken onder meer dat klassieke professionals zich kunnen onderscheiden binnen een gevestigde groep (Noordegraaf, 2007, p. 769). Complexe procesinnovaties als Sneldiagnose zijn hierdoor niet zonder slag of stoot te realiseren. Het eerste karakteristiek is de professionele autonomie, dit is de autoriteit en vrijheid van een professional om zichzelf te kunnen reguleren en te acteren binnen hun domein van competenties (Wilensky, 1964). Daarnaast neemt de speciale status, macht en autoriteit een belangrijke plaats in voor medische professionals. Dit kan een mogelijke barrière zijn voor samenwerking (Lawson, 2004). Een tweede karakteristiek is de kennis en expertise waar professionals over beschikken. Ze denken over het algemeen precies te weten welke vaardigheden ze moeten gebruiken en hebben ook de expertise om ze te gebruiken. Deze kennis en vaardigheden zijn veelal gecodificeerd en niet makkelijk aan te leren. Professionals willen bij voorkeur veranderingen daarbuiten houden.

Als derde karakteristiek kunnen de routines genoemd worden. Het gestandaardiseerde werk van waaruit klassieke professionals gewend zijn te handelen. Vanaf het moment van opleiding worden zij gestuurd naar een bepaalde methode van werken binnen de zorg. Wanneer bepaalde ingesleten processen anders gaan lopen en er wordt afgeweken van de gangbare routines, kan dit op problemen stuiten.

1.4 Probleemstelling: vertaling van maatschappelijke missie naar praktijk

In 2006 is het Alpe d'HuZes evenement voor het eerst van start gegaan in samenwerking met een kleine groep vrijwilligers. Anno 2012, zes jaar later, is de actie Alpe d'HuZes uitgegroeid tot een omvangrijk event. Ruim 8.000 mensen hebben onder enthousiast support van meer dan 30.000 Nederlanders het voor elkaar weten te krijgen om een voorlopig eindbedrag van 28,5 miljoen euro bijeen te brengen, wat uitsluitend bedoeld is om de zorg met betrekking tot kanker te verbeteren en te optimaliseren (Alpe d'HuZes, 2012). In slechts een aantal jaren heeft de stichting Alpe d'HuZes steeds meer deelnemers en vrijwilligers weten te mobiliseren. Veel mensen hebben wel iemand om zich heen die op de een of andere manier met kanker te maken heeft. Uit onderzoek blijkt dat 1 op de 3 Nederlanders kanker krijgt (Aben et al., 2007). Dat maakt dat de bereidheid om te 'vechten' tegen kanker groot is. De maatschappelijke missie van Alpe d'HuZes: 'Anderen faciliteren en inspireren om goed, gelukkig en gezond te leven met kanker', heeft in relatief korte tijd een groot publiek in Nederland bereikt.

Het vervolg op deze succesvolle actie is veel lastiger te realiseren. Namelijk, de vertaling van deze maatschappelijke missie naar de praktijk, om uiteindelijk voor alle mensen die het nodig hebben Sneldiagnose te realiseren. Alpe d'HuZes slaagt erin om in de samenleving een groot aantal burgers op de fiets te krijgen voor een goed doel. Echter, ze slagen er niet automatisch in om op eenzelfde manier, door middel van een missie gedreven werkwijze, de aandacht van professionals in ziekenhuizen te mobiliseren. De verandering en aanpassing in de zin van Sneldiagnose, blijkt veel groter, ingrijpender en omvangrijker te zijn dan de grote maatschappelijke bewustwording die Alpe d'HuZes heeft weten te bewerkstelligen. Deze paradox vraagt om een verklaring.

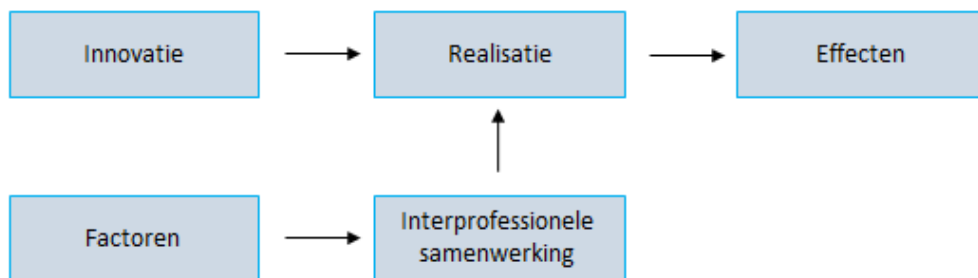
Sneldiagnose is een medische procesinnovatie. Om Sneldiagnose te kunnen bewerkstelligen is het gewenst dat betrokkenen met elkaar samenwerken op een interprofessionele manier. Het gaat ook wel om de mobilisatie van aandacht, wat kan resulteren in een 'missie-gedreven' samenwerking waarbij professionals een gezamenlijke samenwerking als missie zien en deze ontwikkelen. Echter, dit is doorgaans geen eenvoudige opgave voor klassieke professionals. Zoals al eerder genoemd heeft dit onder andere te maken met de *controlled content* (Noordegraaf, 2004, p. 195). Een interprofessionele samenwerking, of zelfs wel die 'samenwerkingsmissie', is niet zomaar gerealiseerd. Alpe d'HuZes heeft haar bijdrage geleverd door hun gedreven missie de maatschappij in te helpen, nu rest een kwestie van bewustwording, de 'landing' en de concretisering in de vorm van implementatie van Sneldiagnose in ziekenhuizen. Om interprofessionele samenwerking te realiseren zijn bepaalde interventies nodig.

1.4.1 Vraagstelling

In dit onderzoek zal duidelijk worden welke factoren van invloed zijn op een missie gedreven interprofessionele samenwerking en welke elementen nodig zijn om een procesinnovatie als Sneldiagnose te realiseren.

Hierbij staat de volgende vraag centraal:

Welke factoren beïnvloeden een interprofessionele samenwerking, gericht op de realisatie van medische procesinnovaties?



Figuur 1.1 Schema: vraagstelling: een bepaalde innovatie wordt geïmplementeerd omdat het kan leiden tot (positieve)effecten. Voor de realisatie van een dergelijke innovatie is interprofessionele samenwerking nodig. Deze samenwerking gaat niet vanzelf, bepaalde factoren zijn hierop van invloed.

Om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen, zullen eerst een aantal theoretische deelvragen beantwoord worden.

- * Wat zijn professionals?
- * Wat is een innovatie en welke type innovaties binnen de zorg bestaan er?
- * Wat is interprofessionele samenwerking?
- * Welke factoren kunnen de realisatie van een interprofessionele samenwerking beïnvloeden?

Daarnaast wordt gezocht op de antwoorden van een aantal empirische deelvragen.

- * Welk type innovatie is Sneldiagnose?
- * Welke type samenwerking komt in het concrete geval van Sneldiagnose tot stand?
- * Welke factoren beïnvloeden de realisatie van samenwerking rondom Sneldiagnose?

1.4.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is: *inzichtelijk maken welke factoren van invloed zijn op een interprofessionele samenwerking, gericht op de realisatie van een medische procesinnovatie als Sneldiagnose.*

Dit onderzoek zal bestaande theorieën over interprofessionele samenwerking toetsen en verfijnen. De uiteindelijke bevindingen geven een visie op de (succes-)factoren en kunnen in de toekomst dienen als handvatten bij een verdere realisatie van een procesinnovatie als

Sneldiagnose. Deze inzichten zijn van belang om tot aanbevelingen te komen voor: ziekenhuizen, professionals, de implementatiepartner Accenture en stichting Alpe d’HuZes. Bovendien kunnen de uitkomsten van dit onderzoek helpen bij de oprichting van het eerder genoemde expertisecentrum van Alpe d’HuZes.

1.5 Wetenschappelijke relevantie

Op een aantal manieren kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan bestaande theorieën over interprofessioneel samenwerken binnen de zorg. Zo ligt de wetenschappelijke relevantie in het toetsen van de al bestaande theorieën (Van Thiel, 2007) over interprofessionele samenwerking tussen verschillende professionals in een empirisch onderzoek. De casus Sneldiagnose zal hier een bijdrage aan leveren. Kapral (2011), Adler, Kwon & Heckscher (2008) en Lawson (2004) hebben allen onderzoek gedaan naar interprofessioneel samenwerken. Bucher & Straus (1961), Noordegraaf (2007) en Wilensky (1964) hebben onderzoek gedaan naar (klassieke) professionals en hun karakteristieken. Echter wordt binnen dit onderzoek niet alleen getoetst, maar wordt ook nieuw licht geworpen op de bestaande theorieën. Door alle veranderingen en eisen die binnen de zorg gesteld worden is een opkomst van en een behoefte aan innovaties zichtbaar. Om hier op in te spelen is één van de nieuwe benaderingen voor het leveren van gezondheidszorg, die van interprofessionele zorg (Kapral, 2011). Theorieën over interprofessioneel samenwerken zullen verfijnd en meer toegepast worden door klassieke medische professionals die een procesinnovatie kunnen realiseren. Tijdens dit literatuurstudie van dit onderzoek is geconcludeerd dat procesinnovaties in de wetenschappelijke literatuur over het algemeen minder aandacht krijgen dan productinnovaties, dit is volgens Poort & Nooij (2005) gedeeltelijk toe te schrijven aan het meetprobleem. Procesinnovaties of niet-technologische innovaties blijken moeilijker meetbaar te zijn dan bijvoorbeeld productinnovaties. Middels dit onderzoek wordt meer aandacht besteed aan procesinnovaties en de (succes-) factoren. Ook is er relatief weinig wetenschappelijke informatie te vinden over het ‘missie-gedreven’ samenwerken en de manier waarop professionals in beweging kunnen komen. Waarbij hun autonomie, kennis en routines gerelativeerd en verbonden kunnen worden zodat een interprofessionele samenwerking gemakkelijker tot stand komt.

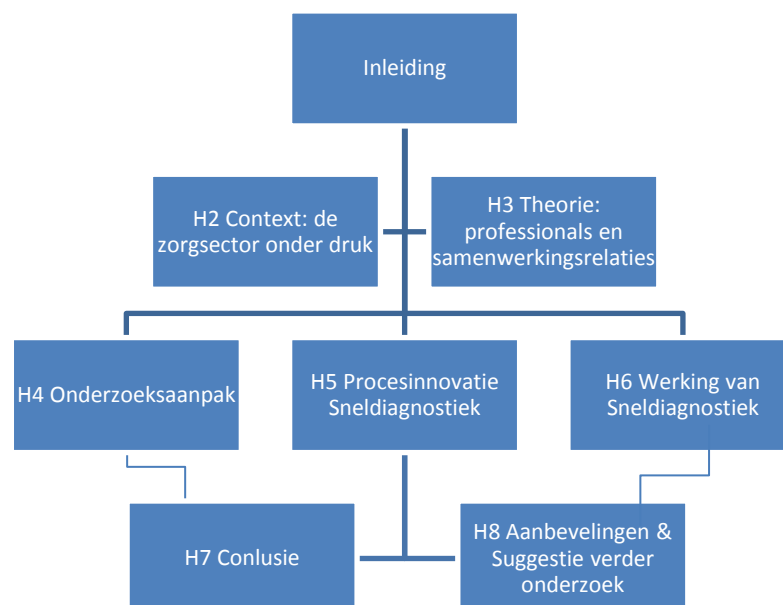
1.6 Maatschappelijke relevantie

Naast de wetenschappelijke relevantie heeft dit onderzoek ook als doel om tot praktische handvatten te komen waardoor de interprofessionele samenwerking tussen professionals, bij procesinnovaties zoals Sneldiagnose, vormgegeven kan worden. Van belang is om daarbij eerst inzichtelijk te krijgen waarom grote vernieuwingen zoals Sneldiagnose binnen de zorg lastig te realiseren zijn. Vervolgens kan gekeken worden naar factoren die dit proces kunnen versoepelen. Zoals ook in paragraaf 1.2.1 genoemd is, is uiteindelijk de missie van Alpe d’HuZes om Sneldiagnose voor alle burgers in Nederland die dit nodig hebben beschikbaar te maken. Voordat dit doel gerealiseerd is staat nog het een en ander te gebeuren. Daarnaast draagt dit onderzoek bij aan bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen binnen de zorg, zoals de toenemende vergrijzing, ‘eigenwijze’ en steeds mondiger wordende burgers, stijgende

kwaliteitsnorm, prestatiedruk etcetera. De patiënt wil sneller, beter en goedkoper geholpen worden, daarnaast wil hij/zij betrokken worden bij het behandelplan. De patiënt wil als persoon centraal staan en niet bijvoorbeeld alleen met zijn/haar tumor. Het idee van Sneldiagnose is dat het gehele zorgproces om de patiënt heen ‘gebouwd’ wordt en niet andersom. Middels onder meer interprofessionele samenwerking kan er met deze ‘dwingende eisen’ binnen de zorg worden omgegaan. Dit onderzoek is maatschappelijk relevant omdat de resultaten kunnen bijdragen aan het toekomstige expertise centrum van Alpe d’HuZes, waar ziekenhuizen inzicht kunnen krijgen in wat er precies nodig is voor de realisatie van Sneldiagnose.

1.7 Leeswijzer

Het onderzoek is als volgt opgebouwd. Allereerst zullen een aantal relevante ontwikkelingen binnen de (kanker-) zorgsector aan de orde komen. Het geeft een beeld over de context waarin dit onderzoek zich afspeelt. Daaropvolgend, in hoofdstuk 3, zal er een theoretische beschouwing gegeven worden aangaande de vier belangrijkste concepten uit de vraagstelling. Hierbij gaat het om professionals, innovaties, samenwerking en factoren die daarop van invloed zijn. Hoofdstuk 4 gaat over de gebruikte methoden en technieken tijdens het opzetten en uitvoeren van dit onderzoek. In hoofdstuk 5 zullen de algemene principes van Alpe d’HuZes met betrekking tot de werking van Sneldiagnose beschreven worden en wordt duidelijk welke ziekenhuizen in de praktijk bezig zijn met de innovatie. In hoofdstuk 6 zal de werking van Sneldiagnose worden geanalyseerd; betekenissen, ervaringen, contradicties en factoren die van invloed zijn op het innovatieproces komen uitvoerig aan bod. Tenslotte geeft hoofdstuk 7 conclusies en aanbevelingen weer, die zijn geformuleerd aan de hand van de eerder beschreven resultaten uit het empirisch onderzoek.



Figuur 1.2 Leeswijzer

Deel 1 Context & Theorie

2 Zorgsector onder druk

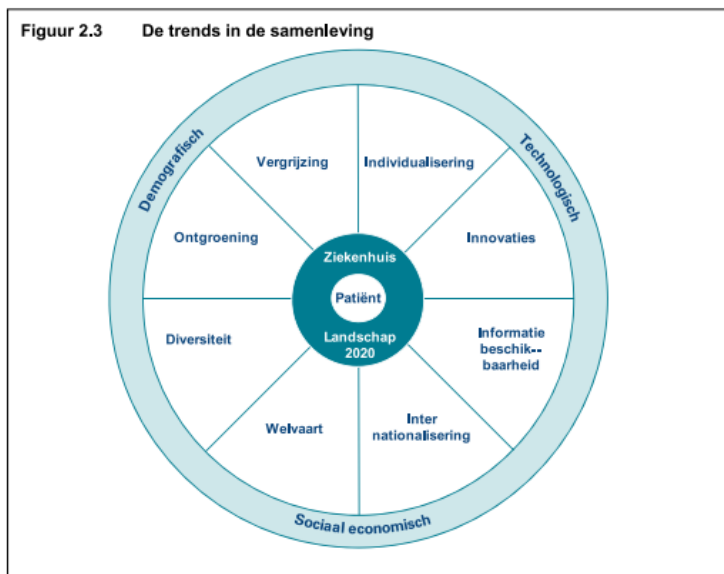
In dit hoofdstuk ligt de focus op de zorgsector. De zorgsector staat onder druk en er spelen verschillende ontwikkelingen binnen de (kanker)zorg. We hebben in de Nederlandse samenleving te maken met een dubbele zorgkloof en een veranderende zorgvraag. Dit heeft gevolgen voor de ziekenhuizen. Om hiermee om te kunnen gaan, lijkt samenwerking één van de oplossingen.

2.1 Ontwikkelingen binnen de (kanker)zorg

Verschiedende ontwikkelingen zorgen voor ingrijpende veranderingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg waardoor het huidige zorglandschap onder druk staat of komt te staan. Zo vinden binnen onze maatschappij een aantal *demografische ontwikkelingen* plaats, namelijk de ontgroening en vergrijzing (WRR, 2006, p.66). Het gemiddelde geboortecijfer daalt, terwijl een grote hoeveelheid Nederlanders steeds ouder wordt. Een deel van de jaren die mensen langer leven wordt niet altijd in goede gezondheid doorgebracht. De periode dat de oudere mens behoefte aan zorg heeft, neemt met het stijgen der jaren toe. De ontgroening en vergrijzing zorgt voor een stijgende druk op de draagkracht van de Nederlandse bevolking (Bos, Koevoets & Oosterwaal, 2011, p. 26). Ook de oncologische zorg heeft hier mee te maken. De Nederlandse Kankerregistratie heeft voorspeld dat de komende tien jaar het aantal nieuwe gevallen van kanker behoorlijk zal toenemen. In 2000 werden in Nederland circa 69.000 nieuwe gevallen van kanker geconstateerd, in 2015 zal dit naar verwachting opgelopen zijn tot circa 95.000, een toename van ongeveer 40 procent. Kanker is een ziekte die steeds vaker voorkomt op oudere leeftijd, tweederde van alle patiënten is ouder dan 60 jaar. Door de grote toename van mensen binnen deze leeftijdsgroep, de vergrijzing, zal de hoeveelheid mensen met kanker de komende jaren sterk stijgen (Coebergh et al, 2010). De belangrijkste basis voor de voorspelde stijging van het aantal kankerpatiënten de komende jaren is dus de vergrijzing (Jansen-Landheer & Wouters, 2010, p. 37).

Naast demografische zijn ook voortdurend *technologische ontwikkelingen* gaande. Er is alsmaar meer mogelijk, er is sprake van een onophoudelijke uitbreiding op technologisch gebied. *High Tech* apparatuur wordt voortdurend geavanceerder en de mobiliteit neemt toe. Technologische ontwikkelingen binnen de zorg volgen elkaar in hoog tempo op (Coebergh et al., 2010). Zo zijn binnen de oncologische zorg aldoor verbeterde stadiëringstechnieken ontstaan, waarmee het stadium van de ziekte kan worden bepaald. Als gevolg hiervan kunnen behandelingen beter toegepast worden binnen het specifieke stadium van de tumorsoort. Door de ontwikkelingen in de moleculaire biologie kunnen systematische behandelingen steeds verder individualiseren en op maat toegepast worden, afhankelijk van de individuele patiënt en het profiel van de tumor. Ook worden verschillende behandelingsmethoden frequenter gecombineerd. Deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan de vooruitgang in oncologische zorg, tegelijkertijd is echter de complexiteit van de behandelingen hiermee behoorlijk toegenomen (Jansen-Landheer & Wouters, 2010, p. 37).

Ook is sprake van een aantal *sociaal-economische ontwikkelingen*. Zo neemt bijvoorbeeld de diversiteit toe. De huidige samenleving wordt gekenmerkt door een verscheidenheid aan leefwijzen, behoeften en samenlevingsvormen. De mate aan uniformiteit in levensloop, behoeften en leefwijzen van burgers is dan ook afgenomen. De diversiteit die toeneemt, wordt versterkt door de individualisering. Nederlandse burgers leven steeds minder in grote eenheden samen en willen hun keuzes zelf maken en zich niet schikken in collectieve verbanden. De wensen van de burgers eisen een centralere rol op in de organisatie van de samenleving, bij de invulling van uiteenlopende vormen van dienstverlening en instituties (Bos et al., 2011, p. 24). Onderstaand schema (figuur 2.1) geeft een overzicht weer van een aantal belangrijke ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg.

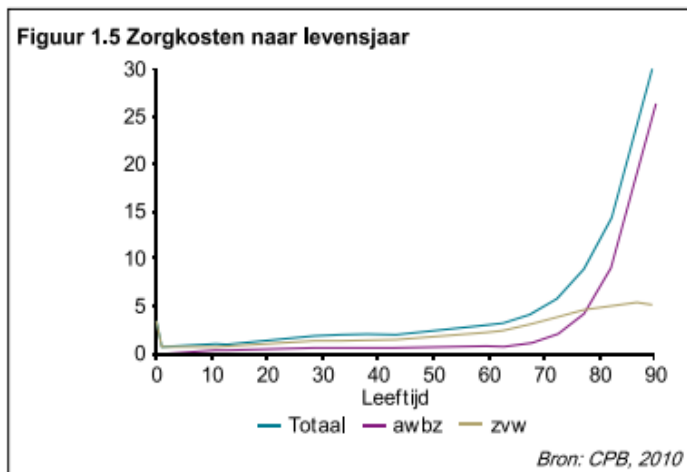


Figuur 2.1 'Trends in de samenleving' (Bos et al., 2011, p.26)

Deze belangrijke ontwikkelingen, vergrijzing, individualisering, diversiteit etcetera, binnen de gezondheidszorg maken dat we binnen de Nederlandse samenleving in een zogenaamde dubbele zorgkloof terecht zijn gekomen.

2.2 Dubbele zorgkloof

De zorgsector bevindt zich in een dubbele zorgkloof. Enerzijds heeft de zorgsector te maken met een kwalitatieve vraag. Het gaat binnen de Nederlandse samenleving steeds meer om een ander type mens dan tot nu toe: burgers zijn beter ontwikkeld, en hun behoeften zijn tot op een bepaalde hoogte verschillend dan die van vijftig of honderd jaar terug (WRR, 2006, p.118). Zoals ook al besproken in de voorgaande paragraaf; de burger wil een steeds groter aanbod aan mogelijkheden tot zijn beschikking hebben en wordt kritischer op kwaliteit. De informatiebeschikbaarheid neemt toe en burgers krijgen op die manier meer zicht op overeenkomsten, dossiers, producten, prijzen en kwaliteit (Bos et al., 2011, p.25). Anderzijds ligt het in de verwachting dat er in de toekomst zorgtekorten zullen ontstaan. Door de vergrijzing zullen er meer ouderen zijn die zorg nodig hebben. Deze ouderen kosten meer waardoor de algehele zorgkosten zullen stijgen (zie figuur 2.2).



Figuur 2.2 'Zorgkosten naar levensjaar' (Bos et al., 2011, p.14)

De afgelopen jaren zijn de zorgkosten in algemene zin behoorlijk toegenomen, ook de oncologische zorg heeft te maken met deze stijging (zie figuur 2.3).

Tabel 2.5 Trendmatige uitgavenstijging voor een aantal veelvoorkomende chronische aandoeningen

ziekte	zorguitgaven 1999 (in mln. euro's)	demografische + epidemiologische trend	zorguitgaven 2020 (in mln. euro's van 1999)
kanker ^a	228	+49	342
diabetes	431	+67	721
psychische aandoeningen	962	+13	1101
beroerte	1029	+57	1615
hartziekten	1228	+66	2048
astma/COPD	594	+66	987
ziekten van het bewegingsapparaat	396	+44	569
totaal	4868		7383

^a Kanker wordt in Nederland niet tot de chronische aandoeningen gerekend. De WHO classificeert kanker al wel als chronische aandoening.

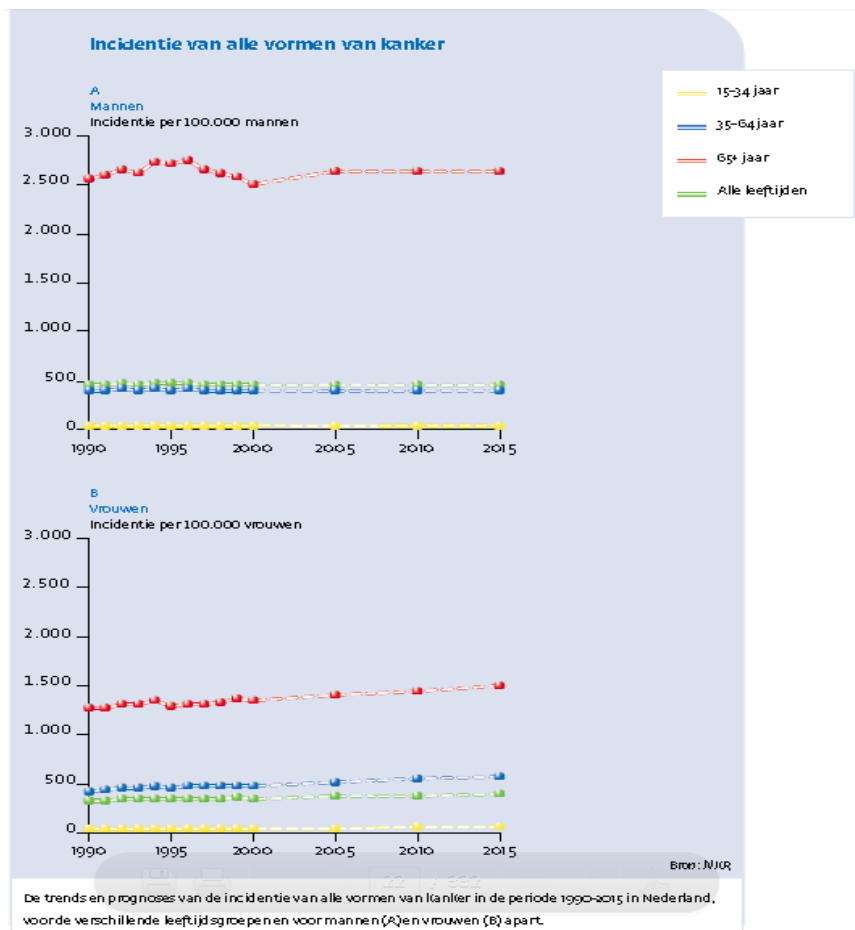
Figuur 2.3 'Trendmatige uitgavenstijging' (Berenschot & Van der Geest, 2005, p.26)

De stijging in het aantal kankerpatiënten en de toenemende kosten van kostbare en complexe behandelmethoden vragen om een zeer doelmatige toepassing binnen de zorg (Coebergh et al., 2010). Ziekenhuizen voelen deze druk en kunnen meer zorg aanbieden tegen minder kosten. De druk op de doelmatigheid wordt bovendien nog eens versterkt door een stijgende krapte op de arbeidsmarkt. Het tekort aan arbeidskrachten zorgt ervoor dat ziekenhuizen genoodzaakt zijn om werkprocessen en organisatie efficiënter in te richten. Ziekenhuizen zullen daarnaast niet alleen op hun doelmatigheid letten, maar ook op hun financiële robuustheid. Niet alle ziekenhuizen doen het even goed. Voor een groeiend aantal ziekenhuizen zal de komende jaren een keuze ontstaan tussen een fusie, samenwerken, overnamen of faillissement (Bos et al., 2011, p. 33-34).

Er valt aldus te spreken van een dubbele zorgkloof. Een zorgkloof staat voor de afstand tussen de beschikbare zorg en de zorg die gewenst is. 'Dubbel' betekent dat de kloof zich op twee manieren zal voordoen. De kwantitatieve zorgkloof; dit betreft de afstand die ontstaat tussen dat wat in personele en financiële zin mogelijk en wenselijk is. De tweede vorm is de kwalitatieve zorgkloof, dit is de afstand tussen de zorg die beschikbaar en gewenst is. Het is nog maar de vraag of deze dubbele zorgkloof in de toekomst gedicht kan worden (WRR, 2006, p.118).

2.3 Veranderende vraag

De vraag naar zorg wordt steeds belangrijker en zal de komende jaren toenemen (WRR, 2006). De explosieve stijging in deze vraag naar zorg voor kanker komt voornamelijk door de vergrijzing. In eerste instantie ziet het er naar uit dat het (voor leeftijd aangepaste) incidentiecijfer van het totaal van alle vormen van kanker tot het jaar 2015 ongeveer gelijk zal blijven (zie figuur 2.4).



Figuur 2.4 'Incidentie van alle vormen van kanker' (Coebergh et al., 2004, p.20)

Toch, zoals eerder genoemd, is en zal het aantal kankerpatiënten toenemen door de vergrijzing (Bochove et al., 2009). Daardoor zal de hoeveelheid sterfgevallen als gevolg van kanker, door toename van de hoeveelheid ouderen in de bevolking, bij mannen met 15% kunnen stijgen tot

24.000 in 2015. Bij vrouwen kan de hoeveelheid sterfgevallen stijgen met 17% tot 20.000. Op demografische gronden zal de vraag naar palliatieve (verzachtende) zorg, het aantal sterfgevallen is hiervoor een ruwe indicator, met ongeveer 1% per jaar blijven stijgen (Coebergh et al., 2004, p. 21). Overlevingskansen van kankerpatiënten verschillen sterk per tumorsoort en het stadium waarin de kanker is vastgesteld. Ruwweg genomen geneest van alle kankerpatiënten ongeveer de helft. De afgelopen decennia zijn de overlevingskansen van de kankerpatiënten gelijkmatig gestegen. Kanker wordt immers vaker in een vroeger stadium ontdekt, door het effectiever behandelen, maar ook doordat sommige vormen van kanker die een lage overlevingskans hebben (zoals long- en maagkanker bij mannen) minder voorkomen. Doordat kankerpatiënten steeds langer leven, krijgt de behandeling een meer langdurig karakter waardoor de zorg uiteindelijk weer toeneemt (Bochove et al., 2009, p. 8).

De vraag naar zorg neemt niet alleen toe, maar is ook aan het veranderen. Vraaggestuurde zorg wordt steeds belangrijker, de patiënt staat centraal. De zorgvraag van patiënten wordt complexer en meer divers. De eenvormigheid van de zorgvraag neemt af: de zorgvraag individualiseert. 'De patiënt' bestaat niet meer. Er bestaat niet meer een 'one size fits all' benadering (Bos et al., 2011, p. 26-27). Het zorgaanbod is daarom ook in een meer maatwerk gerichte benadering aan het veranderen. Medisch-technologische ontwikkelingen maken het steeds vaker mogelijk om patiënt-specifieke zorg aan te bieden (Bos et al., 2011, p. 25). De Nederlandse burger is eigenwijzer en stelt meer eisen aan de zorg (Noordegraaf, 2004, p. 56). De veranderende eisen uit de maatschappij, zoals beschaving, maakt dat burgers niet alles meer accepteren en sneller behoefte hebben aan professionele hulp (Van der Lucht, 2010). De patiënt is mondiger geworden, door scholing en werkervaring, maar ook door het gebruik van internet. De informatiepositie van de patiënt is veranderd. Patiënten zijn hierdoor in staat om hun eigen gezondheid of ziekte te 'managen', ze zijn wijzer geworden (RVZ, 2010). *'Er zijn mensen die zoveel dingen eisen. Een vrouw die ik voor haar bloedarmoede ijzertabletten had voorgeschreven, en ze niet nam, vroeg me: 'Waarom geeft u mij geen bloedtransfusie?' Een bloedtransfusie kost honderden euro's en daarvoor kun je iemand een leven lang ijzertabletten geven. Die bloedtransfusie is ook niet zonder risico' (huisarts, zorgpoort).*

De veranderingen binnen de zorgsector kunnen binnen de maatschappelijke ontwikkelingen geplaatst worden. Zo stelt Noordegraaf (2004) ook wel dat de zorgsector, als onderdeel van de publieke sector, in een interventiefuik is terecht gekomen (Noordegraaf, 2004, p. 22). Dit betekent dat 'er veel moet, maar er weinig kan. Collectief handelen is nodig, maar de mogelijkheden van collectief handelen zijn beperkt. De verwachtingen zijn hoog, maar nauwelijks waar te maken' (Noordegraaf, 2004, p. 24). Naast de inhoud gaat het op dit moment meer dan ooit om het betrekken en inschakelen van de juiste mensen en experts, om een goede en efficiënte organisatie, het creëren van draagvlak, het sluiten van coalities, de aanwezigheid van motivatie vanuit organisaties, het snel op nieuwe veranderende omstandigheden inspelen, het verzamelen en verspreiden van nieuwe kennis, het aandacht trekken van de media en vele andere zaken (Noordegraaf, 2004, p. 25).

2.4 Gevolgen voor ziekenhuizen

Door de demografische, technologisch en sociaal-economische (zie paragraaf 2.1) ontwikkelingen ontstaat een stijgende druk binnen de zorgsector. De Nederlandse samenleving is aan het veranderen, de zorgsector verandert en dus ziet het ernaar uit dat ziekenhuizen hierop in zullen spelen.

Binnen de Nederlandse zorg staat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voorop. De afgelopen jaren is vooral de borging van kwaliteit steeds belangrijker geworden, de verwachting is dat dit alleen nog maar meer zal worden in de toekomst. Kwaliteit is een prioriteit geworden en wordt in steeds hogere mate van ziekenhuizen verwacht. Landelijke richtlijnen zijn ontwikkeld, er komt een verder gaande samenwerking tussen zorgaanbieders. Beroepsgroepen werken met een georganiseerd kwaliteitssysteem waarvan de belangrijkste pijlers; certificering, nascholing, richtlijnen, visitaties en scholing zijn. Er is een veelheid en een diversiteit aan organisaties en initiatieven die zich vanuit verschillende perspectieven bezig houden met oncologische zorg. Een betere afstemming is vaak nodig (Jansen-Landheer & Wouters, 2010). Door de toenemende druk op ziekenhuizen is het in sommige gevallen gewenst om transformaties aan te gaan om aan de stijgende kwaliteitseisen te kunnen blijven voldoen (Bos et al., 2011, p. 32).

Daarnaast is de toenemende vraag om transparantie en verantwoording binnen de oncologische zorg van invloed op ziekenhuizen. Toezichhouders, zorgverzekeraars, beleidsmedewerkers, maar ook de patiënten en hun betrokkenen vragen om steeds meer inzicht in de kwaliteit en kosten van de aangeboden zorg. De wisselende kwaliteit van de zorg tussen ziekenhuizen en de internationale publicaties over de veiligheid van de patiënt dragen hieraan bij (Jansen-landheer & Wouters, 2010). Patiënten nemen geen genoegen meer met de kwaliteit van zorg die onder de 'middennorm' ligt, de kwaliteitsnorm is aan het groeien en de lat ligt steeds hoger. Om deze stijgende kwaliteitsnorm en de roep om meer onderhandelingsruimte van de patiënt te kunnen bewerkstelligen is het van belang dat de zorg beter en meer afgestemd wordt op de persoonlijke wensen van de patiënt (WRR, 2006, p.126). Burgers organiseren zich onder andere steeds meer en dit zorgt voor druk op de transparantie en kwaliteit van ziekenhuizen: *'de burger/patiënt ontwikkelt zich tot een kritische consument en heeft meer uitgesproken wensen ten aanzien van de aard en kwaliteit van de geboden zorg'* (Kamerstuk, 2001, p. 22 in Bos et al., 2010, p. 30). Patiëntenverenigingen reiken ook de zorgverzekeraars in toenemende mate informatie aan over wat zij in gedachten hebben voor de verbetering van diagnose en behandeling. Zodoende richten zorgverzekeraars zich op selectieve zorginkoop op basis van prijs en kwaliteit. Een gevolg is dat hogere eisen worden gesteld aan zorgaanbieders op het gebied van het bieden van transparantie over de kwaliteit van hun werk en op het gebied van multidisciplinair werk. Bovendien stelt de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) eisen aan de afstemming op het gebied van kennis – en gegevensoverdracht tussen de verschillende zorgaanbieders (Bochove et al., 2009).

De zorgvraag van burgers wordt diffuser. Het is van belang dat een ziekenhuis kan inspelen op de gecompliceerde en patiënt-specifieke zorgbehoeften. Niet alleen de variëteit in ziekten is aan het toenemen, maar ook de variëteit in behoeften naar het type dienstverlening. Naast de vraaggerichte zorg, vraagt dit van ziekenhuizen dat zij kunnen inspelen op de grote diversiteit aan type zorgbehoeften van patiënten en dat ze in de toekomst een grote en constante bereidheid van aanpassing hebben (Bos et al., 2011, p. 33).

2.5 Samenwerking als één van de oplossingen

Door alle veranderingen en dwingende eisen binnen de zorg is er een opkomst van en behoefte aan innovaties. Om hier op in te spelen is één van de nieuwe benaderingen voor het leveren van gezondheidszorg, die van interprofessionele zorg (Kapral, 2011).

De zorgvraag is aan het veranderen en de zorgsector staat onder druk. Er is onder andere behoefte aan sneller, beter en goedkoper. Samenwerking wordt in de zorg en dus ook in de kankerzorg steeds belangrijker en is mogelijk een oplossing om met deze druk om te kunnen gaan. Het kan de mogelijkheid bieden om efficiënter werk te verrichten waardoor de capaciteit mogelijk verhoogd wordt en de kosten zullen dalen. Door de enorme stijging in zorgkosten, waar ook ziekenhuizen onafwendbaar mee te maken lijken te krijgen, worden ziekenhuizen min of meer genoodzaakt in het nemen van maatregelen om deze tekorten tegen te gaan. Dit is dan ook één van de redenen waarom een behoorlijk aantal ziekenhuizen is gaan samenwerken. Daarnaast lijkt het een oplossing om de krimp van de bevolking en de (te verwachten) krapte op de arbeidsmarkt aan te kunnen gaan en zo te streven om de zorg te verbeteren (Bos et al., 2011).

Doordat de patiënt steeds meer centraal staat, *'en dat kan letterlijk betekenen dat in de spreekkamer de gehele patiënt – niet alleen de tumor – het centrale aandachtspunt voor de behandelaar is'* (Bochove et al., 2009, p. 25), horen behandelaars om de patiënt heen te worden gegroepeerd. Dit is nog niet zo vanzelfsprekend als het lijkt. *'De reflex om te behandelen wordt vooral ingegeven door de beroepseer: als medisch specialist weet je dat een bepaald ingewikkeld ziektebeeld te bestrijden is. Maar het gevaar van super-specialisme is dat je het welbevinden van de patiënt uit het oog verliest'* (Levi, 2012, p. 5).

Wat veel patiënten zouden willen, als zij plotseling te maken krijgen met een mogelijke vorm van kanker, is: 'een snelle verwijzing door de huisarts, een snelle toegang tot de specialist, een snelle diagnose, een snelle behandeling, adequate informatie en *'shared decision making'* (Bochove et al., 2009, p. 25). Dit laatste betekent dat patiënten inspraak hebben en betrokken zijn bij het behandelplan. Om een snelle diagnose, behandeling etcetera voor kankerpatiënten te kunnen bereiken is samenwerking en afstemming tussen de verschillende medische disciplines onmisbaar en noodzakelijk. Kankerzorg is al zeer gespecialiseerd, echter leiden de voortschrijdende technieken en kennis tot een verdere specialisatie tussen de instellingen en binnen de vakgroepen.

De oncologische zorg heeft bij uitstek te maken met een multidisciplinair karakter. Vroeger was het zo dat chirurgie altijd de eerste behandelaar was, pas daarna kwam er een multidisciplinair-overleg voor eventuele verdere behandelingen. Nu is het vaak zo dat het multidisciplinair overleg al in de diagnostische fase plaatsvindt, en kan ook radiotherapie, systematische therapie of radiochemotherapie de eerste stap in de behandeling zijn, in plaats van chirurgie. Het samenwerken, onder andere door een multidisciplinair overleg, is onmisbaar om een afgewogen keuze te kunnen maken op basis van de ziekte en overige patiënt-specifieke karakteristieken. De kwaliteit van zorg wordt niet alleen bepaald door de expertise van individuele specialisten, maar juist ook door de kennis en kunde van deze verschillende professionals en disciplines met elkaar te combineren. Multidisciplinaire samenwerking en de afstemming tussen de verschillende professionals is belangrijk bij een zorgvuldige beoefening van zorg (Jansen-Landheer & Wouters, 2010). Deze intensieve samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners heeft niet alleen betrekking op een samenwerkingsverband binnen de ziekenhuizen, maar ook daar buiten.

Soms kan bepaalde specifieke zorg beter op een andere plek worden verleend. Om een goede samenwerking te realiseren, kan er beste over de grenzen heen georganiseerd worden. Echter, deze opvatting is in tegenspraak met de marktwerking, waarbij het voor ziekenhuizen juist van belang is om zich te onderscheiden (Bochove et al., 2009).

Samenwerking biedt ondanks alles, de mogelijkheid om meer individuele zorgtrajecten te kunnen aanbieden en beter in te spelen op de behoeften van de individuele cliënt (RVZ, 2010). De WRR (2004) ziet samenwerking tussen organisaties, maar ook binnen organisaties als een *'succesvolle methode voor het behalen van kwaliteit, leermogelijkheden en synergie-effecten'* (WRR, 2004, p. 224). Organisaties die samenwerking als uitgangspunt kiezen, en veranderingsstrategieën, werkwijzen, doelen en deelmarkten combineren, lijken het meest succesvol te zijn en kunnen een meerwaarde leveren. Verbinding, bijvoorbeeld middels kennisallianties, is noodzakelijk voor een innovatieve en energieke maatschappelijke dienstverlening. Kennisallianties kunnen op allerlei niveaus plaatsvinden. Zo is het bevorderlijk dat organisaties met eenzelfde ambitie omtrent kwaliteit, een visie delen en krachten bundelen zodat ze op die manier naar buiten kunnen treden (WRR, 2004, p. 224).

Zoals het WRR al duidelijk maakte, kan een samenwerking op allerlei verschillende niveaus plaatsvinden (WRR, 2004). Een samenwerkingsverband als een multidisciplinaire centrum, extern of intern gericht, is een voorbeeld hiervan. Een dergelijke centrale plaats binnen een organisatie zie je veelal in de vorm van een polikliniek gericht op een specifiek probleem of doelgroep zoals bijvoorbeeld een mammapoli, een polikliniek voor borstkanker. Door de veranderende vraag naar zorg werden initiatieven of innovaties, die de diagnose en behandelingen van borstkanker efficiënter zouden doen laten verlopen, aangemoedigd. De verwachting was hierbij dat door betere coördinatie niet alleen de patiënttevredenheid omhoog zou gaan, maar ook de resultaten en kwaliteit van de behandeling zou verbeteren. Mammateams, functionerend in mammapoli's, zijn ontstaan als nieuwe vorm van multidisciplinaire zorg. Een mammateam bestaat in ieder geval uit een patholoog, een radiodiagnost, een chirurg, een radiotherapeut, een internist, een *nurse practitioner* en daarnaast is het mogelijk om een psycholoog en plastisch chirurg te consulteren. Een frequent multidisciplinair patiëntenoverleg, een gezamenlijk poliklinisch spreekuur, de evaluatie van eigen behandelresultaten en het implementeren van relevante onderzoeksbevindingen zijn de belangrijkste aspecten van een mammateam (Coebergh et al., 2004). Door deze samenwerking is een snellere en meer accurate diagnose en behandeling mogelijk. Professionals passen zich hierbij aan, met als gevolg dat ze onder meer afhankelijk zijn van andere professionals (Bochove et al., 2009, p. 13-14). Steeds meer ziekenhuizen beginnen vorm te geven aan mammapoli's, dit komt mede door de druk van de patiënten. Echter, de concrete invulling hiervan kan per ziekenhuis zeer verschillen (Coebergh et al., 2004).

2.6 Slot

In dit hoofdstuk is de context rondom Sneldiagnose geschetst. De zorgsector staat onder druk en dit heeft te maken met demografische -, technologische- en sociaal-economische ontwikkelingen. Zorgelijk is de verwachte stijging van het aantal kankerpatiënten; volgens Coebergh et al. (2010) zal het aantal gevallen van kanker de komende jaren tot 40% kunnen oplopen. De dubbele zorgkloof en veranderende vraag heeft consequenties voor de zorgprocessen binnen

ziekenhuizen, innovaties zijn nodig en samenwerking lijkt één van de oplossingen. Sneldiagnose is een procesinnovatie die inspeelt op de veranderende vraag van de patiënt, de patiënt wil steeds meer haar/zijn eigen ziekte managen, zij/hij wil als een 'koning' behandeld worden en snelheid wordt in de meeste gevallen behoorlijk op prijs gesteld. Daarnaast wordt met Sneldiagnose doelmatiger gewerkt. Het is zeer waarschijnlijk dat door de snelle diagnose, straks meer patiënten in een korter tijdsbestek geholpen kunnen worden. Dit is gunstig wanneer het aantal (mogelijke) kankerpatiënten zal toenemen. Doordat nu meer inzicht is verkregen over de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, zal in het volgende hoofdstuk minder de focus liggen op de zorg *an sich*. In hoofdstuk 3 zal de nadruk meer gericht zijn op de algemene theorievorming rondom professionals en samenwerkingsrelaties.

3 Professionals en samenwerkingsrelaties

De theorievorming binnen dit hoofdstuk is de basis voor het empirisch onderzoek naar de factoren die de interprofessionele samenwerking beïnvloeden ten aanzien van de realisatie van medische procesinnovaties. Voor verandertrajecten en innovaties is samenwerking essentieel. Samenwerking is echter niet vanzelfsprekend en de totstandkoming kan in sommige gevallen zelfs complex zijn. Binnen een organisatie zijn zowel structurele als culturele factoren van invloed op de samenwerking. In dit hoofdstuk wordt de theorie besproken die de basis vormt voor de uiteindelijke beantwoording van de hoofdvraag: *‘welke factoren beïnvloeden een interprofessionele samenwerking, gericht op de realisatie van medische procesinnovaties?’* Bepaalde begrippen zullen in beeld worden gebracht zoals: type professionals, type innovaties en wat de betekenis is van interprofessionele samenwerking. Vervolgens zal duidelijk worden welke factoren van belang zijn bij interprofessionele samenwerking en hoe deze factoren het beste gemanaged kunnen worden.

3.1 Professionals

3.1.1 Definities en benaderingen

Professionals zijn de hoofdactoren in kennis-intensieve organisaties. Klassieke professionals zijn bijvoorbeeld: dokters, rechters en advocaten. Dit zijn van oudsher beroepsgroepen die vooral vroeger in staat waren om tastbare diensten te bieden met een duidelijke toegevoegde waarde (Noordegraaf, 2007). Klassieke professionals zijn eigenaars van ‘exclusieve’ expertise en vaardigheden. Exclusiviteit betekent dat de professionals gespecialiseerd zijn in een bepaald domein met daaromheen professionele grenzen (Fournier, 2000). Professionalisme vereist specifieke kennis (technische basis), professionals behoren bepaalde dingen te doen om een professional te mogen zijn. Daarnaast is er bij de beroepsoefenaars sprake van een service-ideaal, bepaalde normen en waarden worden nagestreefd en professionals zijn verbonden met professionele-associaties (Wilensky, 1964). Door die verbondenheid creëren ze legitimiteit en worden ze gezien als professionals met speciale privileges. Deze verenigingen - ook wel associaties - bepalen of een professional er wel of niet bij mag horen (Noordegraaf, 2007). De controle over de professie is ook wel het institutionele niveau. Het bepaalt de normen, waarden, procedures en rollen die karakteristiek zijn voor de professie en die hen onderscheidt van een niet-professional (Wilensky, 1964). Onder andere klassieke professionals spelen een centrale rol in de samenwerking binnen en tussen organisaties (Adler et al., 2008).

3.1.2 *Controlled Content*

Zoals al even kort in de inleiding van dit onderzoek genoemd, zijn klassieke professionals in meer of mindere mate een zaak van *controlled content* (gecontroleerde inhoud). *Controlled content* wordt door drie verschillende karakteristieken gekenmerkt. Een eerste karakteristiek is de gereguleerde autonomie, dit is de autoriteit en vrijheid van een professional om zichzelf te kunnen reguleren en te acteren binnen hun domein van competenties. De uitwerking van sociale, formele of informele, regels ondersteunt deze autonomie (Wilensky, 1964).

Professioneel werk wordt professioneel omdat het geïnstitutionaliseerd is. Professionals worden professionals omdat ze deel uitmaken van beroepsgroepen die vormen, definiëren en het professionele werk controleren ten opzichte van de buitenwereld. Professionele associaties zijn gerechtigd om professionele praktijken te controleren en te reguleren. *'Producers of special services sought to constitute and control a market for their expertise'* (Larson, 1977, p.47 in Noordegraaf, 2007, p.767). Ze zijn bevoegd tot gerechtelijke autonomie (Abbott, 1988, in Noordegraaf, 2007) door wetgeving en licenties, wat ze gebruiken voor standaardisatie van kennis, vaardigheden en training en het selecteren van leden, de ontwikkeling van onderwijsprogramma's en het vestigen en de handhaving van gedragscodes. Gedragscodes schrijven de regels van het 'spelletje' voor; ethiecodes gaan over het juiste, toepasselijke gedrag. Professions staan onder toezicht van professional gedrag, en er zijn procedures hoe om te gaan met klachten en het zo nodig berispen van leden. Een professional zijn, is dus meer dan alleen in het bezit zijn van *'formal qualifications to be able to work in chosen fields'* (Fischer, 1998, p. 79). Als professional maak je deel uit van 'professionele velden' met grenzen, die besloten of in elk geval afgeschermd van de buitenwereld zijn. Professionals hebben een grote mate van autonomie in een gesloten domein waarbij inmenging van buitenaf beperkt wordt (Noordegraaf, 2007).

Een tweede karakteristiek is kennis en inhoud. Professionals zijn hoogopgeleid, ook wel opgeleid met een 'witte kraag'. Het zijn medewerkers die geleerd hebben om abstracte, algemene of 'geheime' kennis toe te passen op specifieke, individuele gevallen en problemen. Professionals trekken conclusies, ze behandelen individuele klanten, ze nemen specifieke beslissingen en analyseren kenmerkende gevallen of geven speciaal advies op basis van geleerde, abstracte inzichten (Wilensky, 1964). Ze weten welke vaardigheden ze moeten gebruiken en hebben ook de *skills* om ze te gebruiken. In veel van de gevallen is zulke kennis en vaardigheid gecodificeerd, het duurt echter een tijd om de desbetreffende kennis aan te leren, en het is alleen codificeerbaar binnen een bepaalde omvang. Anders zou iedereen immers professional werk kunnen gaan verrichten. Tijdens intense (universitaire) scholing, leren ambitieuze professionals, vanuit de theorie en in de uitvoering, hoe ze bepaalde casussen moeten behandelen. Gedurende de praktijk worden ze in toenemende mate ervaren, en uiteindelijk worden ze expert binnen hun vakgebied (Flyvbjerg, 2001 in Noordegraaf, 2007).

Een derde karakteristiek gaat over routines. Professionals beschikken over aangeleerde kennis, ervaring, en/of een technische basis die het mogelijk maakt te weten wat ze in bepaalde gevallen moeten doen. Ze hebben gestandaardiseerde vaardigheden en routines aangeleerd zodat ze hun kennis gemakkelijk kunnen toepassen en precies weten hoe ze bepaalde casussen moeten behandelen (Noordegraaf, 2007). Klassieke professionals zoals doctoren, rechters en advocaten doen geen hersenloze handenarbeid maar mentaal werk, wat hoog gespecialiseerd en complex is, maar ook codeerbaar is. Professionals zorgen voor deze specialisatie en codificatie. Er wordt ook wel 'vastgelegd' en bepaald hoe professionals zich moeten gedragen, het werk wordt geroutineerd en gestandaardiseerd. Gidsgerichte systemen zijn goed voor het leren en reguleren van complex werk (Noordegraaf, 2007). Professionals weten hoe ze iets moeten maken van specifieke situaties en signalen, en ze weten hoe ze correct kunnen en moeten reageren. Dergelijke competenties zijn niet alleen een zaak van functionele kennis en vaardigheden of van reflexieve vaardigheden, het is ook een zaak van gedragsmatige vaardigheden, van routines, die maken dat professionals zich gedragen zoals het hoort en dat ze op de juiste wijze handelen. Professionals gedragen zich ideaal gezien volgens de gedeelde *service ethic* (Wilensky, 1964).

Ze kennen de gedragscodes, ze weten hoe zich op te stellen, hoe te praten en hoe te kleden; ze weten hoe ze kunnen acteren als een professional, ook als ze geen casussen aan het behandelen zijn. Een medische dokter behandelt niet alleen een patiënt, hij 'acteert' als een dokter (Noordegraaf, 2007, p.766).

'Pure' Professionals als Controlled Content		
Professionalisme	Drijfkrachten	Functies
Content (inhoud)	Rationeel, ethisch	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kennis 2. Vaardigheden 3. Ervaring 4. Ethiek 5. Verschijning
Control	Politiek, sociaal	<ol style="list-style-type: none"> 6. Associatie 7. Jurisdictie 8. Kennis transfer 9. Codes 10. Toezicht

Figuur 3.1: 'Pure' Professionals als controlled content' (Noordegraaf, 2007, p. 768)

Figuur 3.1 geeft een overzicht van de pijlers van het 'pure' professionalisme. Professionalisme gaat over de inhoud (kennis, vaardigheden, ervaring, ethiek en verschijningen) om bepaalde casussen te kunnen behandelen. Daarnaast gaat het over institutionele controle en discipline (associaties, jurisdictie, kennisoverdracht, *codes of conduct* en supervisie) die gebruikt wordt om beroepsmatige praktijken af te schermen. Als inhoud en institutionele controle elkaar versterken, dan zijn klassieke professionals een zaak van *controlled content* (gecontroleerde inhoud) dat professioneel werk onderscheidend neerzet van niet-professioneel werk (Noordegraaf, 2007, p. 769).

Toch worden klassieke professionals steeds vaker onderworpen aan niet- professionals, nieuwe beroepsbeoefenaars en controle van buitenaf. Neoliberale management-controle en klant-controle zwakken de autonomie van klassieke professionals af. Een en ander vindt plaats door nieuwe professionele methoden te introduceren en te starten met nieuwe professionele werkers, zoals bijvoorbeeld de *nurse practitioners*, een redelijk nieuw specialisme binnen de verpleegkunde in Nederland. Andere, niet medisch geschoolde professionals zoals beleids- en zorgmanagers en gezondheidszorg-*executives* ontwikkelen zich eveneens tot professionals. Ook nieuwe professionals ontstaan, zoals bijvoorbeeld de projectmanagers. Traditionele professionele groepen zijn dus afgezwakt en nieuwe professionele methoden en groepen zijn ontstaan (Noordegraaf, 2007). Klassieke professionals zijn 'vervolgde professionals' geworden (Farrell & Morris, 2003 in Noordegraaf, 2007, p. 763). Professionals worden gedwongen om zich aan te passen aan sociale veranderingen, kapitalistische druk en consument gerichte tendensen die weerstand geven aan de autonome en zodoende de gesloten beroepspraktijken 'sferen'. Professionals moeten hun toegevoegde waarde tegenwoordig bewijzen (Noordegraaf, 2007, p. 763).

3.2. Innovaties

Bij deze paragraaf wordt ingegaan op het concept innovatie, de betekenis en de verschillende type. Er bestaan zowel product -als procesinnovaties en afhankelijk van het type zal een innovatie op een bepaalde manier verlopen. Bij procesinnovaties zijn regelmatig professionals betrokken wat veelal een toename aan complexiteit geeft.

3.2.1. Definities en benaderingen

'Innoveren is een vorm van leren waarbij grenzen overschreden worden. Grenzen van de eigen discipline, grenzen van de eigen afdeling en steeds vaker ook de grenzen van de eigen organisatie.' (Boonstra, 2005, p. 196)

Innovatie is een lastig te definiëren begrip. Het is een begrip dat zo vaak in de mond genomen wordt, dat het haast een 'buzzword' is geworden (Putters & Frissen, 2006, p.6). Er bestaan veel verschillende benaderingen en definities met betrekking tot innovatie. De definities van innovaties zijn perspectief gebonden en daarom ook wel ambigu (Van Linge, 2006). Letterlijk genomen betekent innovatie: 'verandering en vernieuwing' (Putters et al., 2006, p. 6). Vernieuwing van processen, diensten, organisatievormen of producten. Het is geen doel op zichzelf, maar dient als doel om de economische en maatschappelijke ontwikkelingen op een positieve wijze te beïnvloeden (Putters et al., 2006). Rogers (2003) definieert een innovatie als 'een idee, praktijk of object dat door een individu of een andere eenheid van adoptie als nieuw wordt aangenomen' (Rogers, 2003 in Van Linge 2006, p. 5). Oerlemans (2007) definieert innovatie als 'de ontwikkeling en introductie van nieuwe of verbeterde producten, productieprocessen of diensten die naar verwachting leiden tot waardeverbetering voor het innoverende bedrijf of de gebruiker' (Oerlemans, 1996 in Oerlemans 2007, p. 40). Een innovatie hoeft geen geheel nieuwe vernieuwing te zijn, een combinatie van producten zou ook een vernieuwing kunnen opleveren, bijvoorbeeld een combinatie van zorg en wonen. Putters en Frissen (2006) stellen: 'Innovatie vraagt naast kennis over nieuwe technologie ook om vaardigheden als management, logistiek en marketing' (p.14). De totstandkoming van innovaties en het omzetten van innovatieve ideeën naar innovatieve praktijken vindt plaats in een bredere context van sectoren, instituties, organisaties, cultuur en bepaalde omgangspatronen. Die vertaling van ideeën naar de praktijk is niet vanzelfsprekend en het verzilveren van de innovatie tot het innovatieproces behoort derhalve ook tot de definitie. Het proces is op zichzelf dus ook onderwerp van vernieuwing (Putters & Frissen, 2006).

3.2.2 Type innovaties

Het concept innovatie kan uit verschillende dimensies bestaan, voorbeelden zijn: een introductie van een nieuw product of dienst, een nieuw productieproces, het lanceren van een nieuwe markt, een verandering van leveranciers of zelfs een innovatief business model voor bedrijven of organisaties (Marin-Carcia, Aznar-Mas & de Guevara, 2011). Innovaties kunnen in meer of mindere mate een ingrijpende impact hebben en komen meer of minder revolutionair tot stand (Putters & Frissen, 2006). Innovaties zijn incrementeel of radicaal van aard. Een incrementele

verandering is een verbetering van een al bestaand product, het is een systematisch proces waarbij alles goed gepland en georganiseerd dient te worden, het veroorzaakt een aantal veranderingen in het productieproces binnen de werkpraktijk. Een incrementele innovatie vraagt een grote investering, zowel een opoffering in tijd, energie als mogelijk ook in financiën, en heel wat medewerkers kunnen bij deze verandering betrokken worden. Het is een evolutionair proces dat in kleinere en grotere stappen kan plaatsvinden (Putters & Frissen, 2006). Een radicale verandering daarentegen bestaat uit het aannemen van iets geheel nieuws – producten, processen, technologie of een ander element – dat een complete doorbraak, en als gevolg een significante impact, kan betekenen voor de markt en of het ondernemerschap (Marin-Carcia, et al., 2011). In figuur 3.2 zijn de belangrijkste eigenschappen van incrementele en radicale veranderingen tegen elkaar afgezet.

Incrementeel	Radicaal
Verbetering van bestaand product	Iets geheel nieuws aannemen
Stap-voor-stap	Discontinue veranderingen
Systematisch proces; gepland & georganiseerd	Kan significante impact hebben op markt

Figuur 3.2 Incrementele versus Radicale Innovaties' (Marin-Carcia et al. 2011; Oerlemans, 2007)

Daarnaast kan een innovatie twee type basisvormen aannemen: een productinnovatie en een procesinnovatie. Het eerste type betreft een productinnovatie waarbij het gaat om een verandering in het product of de dienstverlening (Tidd, 2001). Wanneer een organisatie besluit om bijvoorbeeld andere diensten of goederen aan te bieden, is er sprake van een productinnovatie. De vraag 'wat' staat hierbij centraal (Huizingh, 2008, p. 37). Het aanbieden van nieuwe diensten, goederen of ideeën kan zowel het kernproduct zijn als de aanvullende elementen. Bij een fiets hoort bijvoorbeeld een aanvullend product, namelijk garantie. Er is alleen sprake van een nieuw product, in de ogen van de afnemers, als het nieuwe product een bepaalde meerwaarde oplevert. Er bestaan onder meer drie vormen van meerwaarde. Hetzelfde product kan tegen een lagere prijs aangeboden worden, het kan een aangepast product worden dat beter voorziet in klantbehoeften of er is sprake van een radicaal nieuw product dat voorziet in de nog onvervulde klantbehoeften (Huizingh, 2008, p. 37-38). *Product innovators* introduceren ook wel 'new and significant improved goods and/or services with respect to their fundamental characteristics, technical specifications, incorporated software or other immaterial components, intended uses, or user friendliness' (Poort & Nooij, 2005, p. 6). Bij een productinnovatie valt te denken aan bijvoorbeeld een diabetespreekuur of een verpleegkundig spreekuur voor patiënten rondom de nazorg van chemotherapie. Dit zijn relatief duidelijk te begrenzen domeinen, grenzen van zorg die aan een bepaalde doelgroep en op een bepaalde plaats wordt aangeboden (Utterback 1994, in Van Linge 2006, p. 17).

Het tweede type basisvorm binnen een innovatie betreft een procesinnovatie, dit is een verandering in de manier waarop het product of dienstverlening tot stand komt en bezorgd wordt (Tidd, 2001). Er is ook wel sprake van een procesinnovatie als een organisatie besluit om diensten of goederen op een andere manier teweeg te brengen. Het betreft vaak de centrale vraag naar het 'hoe?' (Huizingh, 2008, p. 37). *Proces innovators* implementeren ook wel 'new and significantly improved production technologies or new and significantly improved methods of supplying services and delivering products' (Poort & Nooij, 2005, p.6). Een voorbeeld van procesinnovatie is een vernieuwing van de concrete manier waarop bepaalde zorg wordt aangeboden. Te denken valt aan nieuwe methoden van diagnostiek, specifieke interventies en

andere manieren om met patiënten om te gaan (Utterback 1994 in Van Linge, 2006, p. 17). In figuur 3.3 zijn de kenmerken van procesinnovaties uitgezet tegen die van productinnovaties.

Procesinnovaties	Productinnovaties
De vraag: 'hoe?' staat centraal	De vraag 'wat?' staat centraal
Servicegericht	Instrumenteel
Verandering in proces waarbij producten, goederen of diensten tot stand komen	Aanbieden van nieuwe producten, goederen of diensten

Figuur 3.3: 'Procesinnovaties versus productinnovaties' (Huizingh, 2008, p. 37-38)

Een ander onderscheid dat bij innovaties gemaakt kan worden, is het verschil tussen technische en organisatorische innovaties. Bij technische innovaties gaat het om nieuwe instrumenten, ICT-systemen etcetera. Bij organisatorische innovaties gaat het meer om de servicegerichtheid en dat betreft, een multidisciplinaire-samenwerking. Verschillende partijen en disciplines zijn bij de vernieuwing betrokken werken met elkaar samen (Van Linge, 2006).

Innovaties hebben bepaalde voordelen. Binnen de huidige maatschappij is het belangrijk snel te kunnen reageren op veranderingen die voortdurend plaatsvinden en continu te verbeteren. Innovaties kunnen hierin een cruciale rol vervullen. Een innovatie is van belang bij zowel de verhoging van productiviteit en efficiëntie, als de kwaliteit van producten, de verlaging in productiekosten of zelfs het verminderen van productietijd (Van Linge, 2006; Marin-Carcia, et al., 2011). Een innovatieve attitude of een innovatief resultaat is niet makkelijk te kopiëren of over te nemen door concurrenten, het is als organisatie een relevante factor om concurrentievoordeel te kunnen behalen binnen de markt. Om bij een procesinnovatie een nieuw proces tot stand te laten komen, kan het zo zijn dat verschillende partijen en belanghebbenden, zij die betrokken zijn bij het veranderingsproces, met elkaar gaan samenwerken. Door deze samenwerking is het uiteindelijk goed mogelijk dat de efficiëntie en effectiviteit verhoogd wordt. Trage en dure dienstverlening zal zo verbeterd worden en processen worden doelmatiger (Van Linge, 2006). Een procesinnovatie is echter niet gemakkelijk te realiseren omdat er doorgaans meerdere partijen bij betrokken zijn. Het is een complex proces waarvan het succes niet altijd eenvoudig te bepalen is. Een productinnovatie daarentegen geeft meestal een concreter resultaat dat simpeler te meten valt (Nooij & Poort, 2005). Echter, de focus binnen dit onderzoek ligt op procesinnovaties en de interprofessionele samenwerking die daarbij nodig kan zijn.

3.3 Samenwerking

Bij een procesinnovatie zijn veelal meerdere personen, professionals, betrokken. Deze medewerkers zijn vaak bepalend voor een succesvolle realisatie van een vernieuwing binnen een organisatie. Bij de realisatie van een procesinnovatie lijkt samenwerking dus essentieel. Echter, samenwerking tussen professionals is niet vanzelfsprekend. Professionals kunnen op meerdere manieren met elkaar samenwerken, de focus ligt binnen dit onderzoek op interprofessionele samenwerking. Dat de samenwerking niet altijd even soepel verloopt heeft onder meer te maken met het bestaan van professionele grenzen.

3.3.1 Definities en benaderingen

Volgens Lawson (2004) is samenwerking een complexe interventie, strategie of methode voor het verkrijgen van resultaten en voordelen, die bestaat uit verschillende componenten. Samenwerking houdt een relatie tussen twee of meer 'entiteiten' in. Bij een entiteit valt te denken aan individuen, groepen, families, professionals, organisaties en gemeenten, ook wel *stakeholders* (Lawson, 2004). Samenwerking wordt door Van de Bossche (2006) gedefinieerd als een *Collaboration is defined as the process of building and maintaining a shared conception of a problem or task, distributing responsibility across members of the group, sharing expertise, and mutually constructing and negotiating cognition*" (Van den Bossche, 2006, p. 494). Samenwerking kan dus gezien worden als een proces waarbij mensen een gezamenlijke visie met betrekking tot een bepaalde taak hebben, de interactie tussen de verschillende teamleden is hierbij van groot belang. Calleson legt in zijn definitie van samenwerking nog eens extra nadruk op communicatie *'Collaboration moves beyond cooperation and coordination; it involves extensive planning and 'many levels of communication are created as clear information is a keystone of success'* (Calleson, 2004, p. 64). In dit onderzoek wordt uitgegaan van de definitie *collaboration* van Van den Bossche (2006), het gaat immers over grensoverschrijdende samenwerking, een proces waarbij een gedeelde taak ontstaat waarbij verantwoordelijkheden en expertise gedeeld worden.

Waarom samenwerken? Bij samenwerking hebben de betrokken entiteiten, ook wel de stakeholders, een *'stake in action'*. Ze werken samen omdat ze afhankelijk van elkaar zijn. Samenwerking vloeit voort uit, versterkt en bevordert onderlinge relaties met *stakeholders* (Lawson, 2004). Er bestaan een drietal belangrijke motieven voor deze afhankelijkheden (Lawson, 2004). De eerste is *moral altruism: stakeholders* hebben de wens om een collectief goed na te streven, zelfs al profiteren ze hier niet onmiddellijk en rechtstreeks van. Een tweede motief is de *enlightened self-interest: stakeholders* participeren in de samenwerking omdat ze één of meer voordelen ervan nodig hebben. Het laatste motief is: de *concerns about being left out, stakeholders* zijn bang dat ze, bij geen participatie aan samenwerking, een belangrijke kans missen of nog erger, ze hun legitimiteit, status en *resources* verliezen (Lawson, 2004, p. 226). Uiteindelijk kan samenwerking leiden tot meerdere voordelen zoals winst in effectiviteit, efficiëntie, middelen, capaciteit, legitimiteit en sociale ontwikkelingen (Lawson, 2004).

In figuur 3.4 zijn de voordelen van samenwerking opgenomen.

Samenwerking kan tot meerdere voordelen leiden:
Effectiviteit
Efficiëntie
Resources
Capaciteit
Legitimiteit
Sociale ontwikkelingen

Figuur 3.4 Voordelen van samenwerking (Lawson, 2004, p.225)

3.3.2 Manieren van samenwerken; interprofessionele samenwerking

Tussen de verschillende betrokkenen, ofwel de *stakeholders*, bestaan verscheidene samenwerkingsverbanden. Een voorbeeld daarvan is samenwerking tussen professionals. Samenwerking tussen professionals kan onderverdeeld worden in twee categorieën, namelijk intra-professionele samenwerking en interprofessionele samenwerking. Intra-professionele samenwerking gaat over twee of meer personen uit hetzelfde veld; bijvoorbeeld docenten van dezelfde school of psychologen van dezelfde gezondheidszorgkliniek. Interprofessionele samenwerking, het meest voorkomende, is daarentegen een samenwerking tussen professionals van twee of meer gespecialiseerde beroepsgroepen (Lawson, 2004). Samenwerking tussen professionals van verschillende beroepsgroepen kan aan de hand van meerdere termen aangeduid worden, zo valt te spreken van multidisciplinaire, interdisciplinaire, interprofessionele of multi-professionele samenwerking. Voor de eenduidigheid zal binnen dit onderzoek de term interprofessionele samenwerking gehanteerd worden. Hoe de samenwerking verloopt is onder meer afhankelijk van het aantal betrokkenen en de verscheidenheid aan disciplines. Hoe groter het aantal samenwerkenden, hoe complexer de samenwerking. Iedere professional 'opereert' vanuit een eigen referentiekader en een specifieke achtergrond en handelt vanuit een eigen specialisme (Bolhuis, 2002). Bij een succesvolle en vruchtbare samenwerking is de 'juiste mix' van *stakeholders* van elementair belang. Zo is de samenwerking tussen homogene, lokale *stakeholders* met ervaring in het samenwerken gemakkelijker om te vormen, te bedienen en te onderhouden. Bij heterogene organisaties kan het proces van samenwerken lastiger verlopen. Min of meer gelijke *stakeholders* met samenhangende competenties, met eventueel een geschiedenis van een succesvolle samenwerking, zijn eerder geneigd tot succes dan diegenen zonder deze historie (Lawson, 2004). Naast samenwerking tussen professionals onderscheiden we ook samenwerking tussen organisaties en overheid en tenslotte samenwerking tussen professionals en burgers.

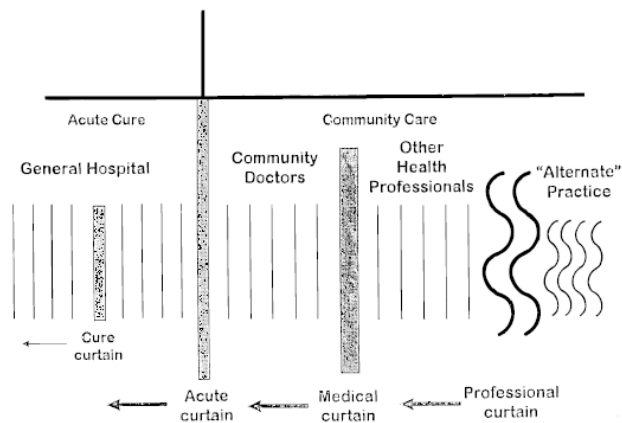
De eisen aan het hedendaagse professionele werk, een veranderende vraag, grotere verantwoordelijkheden en het genereren en verspreiden van meer doeltreffende kennis, stimuleren de opkomst van een nieuwe vorm gemeenschap, van interprofessionele samenwerking. Deze nieuwe vorm is ook een samenwerkende gemeenschap die bij de realisatie van procesinnovaties essentieel is. Binnen een bepaald proces zijn de *professionals* van elkaar afhankelijk en zijn ze min of meer genoodzaakt om samen te werken (Lawson, 2004). Het succes of falen van een organisatie is mede afhankelijk van de effectiviteit van de onderlinge samenwerking in diverse teams. Door het bij elkaar brengen van competenties, ervaringen en visies van een verscheidenheid aan professionals proberen organisaties op een steeds

complexere vraag en behoefte van de maatschappij te reageren. Doordat de verschillende *stakeholders* samenwerken en hun verantwoordelijkheden delen worden er problemen opgelost en beslissingen genomen (Hojat & Gonella, 2011). Stakeholders zouden een eenheid in doel, collectieve identiteit, gezamenlijke taal, kennis, normen en vaardigheden kunnen ontwikkelen (Lawson, 2004). Interprofessionele samenwerking zou dientengevolge kunnen zorgen voor een efficiëntie, effectieve en een genoegdoening gevende manier van werken (Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'amour & Ferrada-videla, 2005). Samenwerking is nodig, soms verplicht en bijna altijd gewild onder de volgende condities: wanneer nieuws, complexiteit, onzekerheid en ambiguïteit heerst, wanneer behoeften en problemen ontstaan die niet alleen aan één partij toebehoren maar ook aan anderen, wanneer sociale fragmentatie een collectieve actie belemmert, wanneer lineaire 'één tegelijk' probleem-oplossende strategieën ineffectief zijn. En in het bijzonder als het noodzakelijk is om geharmoniseerde, gesynchroniseerde oplossingen van problemen tegelijk binnen verschillende fronten in te passen, wanneer belangrijke kansen en niet traceerbare onzekerheden en ambiguïteiten verplichten tot innovatieve leermomenten en multi-partij probleemoplossend vermogen (Lawson, 2004).

3.3.4. Professionele grenzen

Interprofessionele samenwerking is niet vanzelfsprekend. Tijdens het proces van professionalisering ontstaan grenzen, of wordt tegen grenzen aangelopen, die de samenwerking negatief kunnen beïnvloeden (Martin-Rodriguez et. al., 2005). Binnen organisaties kunnen bepaalde scheidingslijnen sterk ontwikkeld en geïnstitutionaliseerd zijn. Elk domein en subdomein heeft zijn eigen afgrenzing met expertise en specialisatie. Dopson & Fitzgerald (2005) definiëren professionele grenzen ook wel als '*a frontier between different occupational groups that impact on the spread of new work practices*'. Iedere groep/domein heeft zijn/haar eigen idee waarom nu juist dit bepaalde domein/deze groep zo exclusief is. Er zijn eigen ideeën over kennis, juiste methoden en sociale normen (Nancarrow & Borthwick, 2005). Echter binnen een professioneel domein ontstaan ook weer coalities, deze groeperingen binnen een professie worden ook wel segmenten genoemd. Zo behoren bijvoorbeeld een huisarts en een medisch specialist tot het domein 'medische professional', ze hebben dezelfde (basis)opleiding gevolgd. Wel bevinden ze zich binnen de medische beroepsgroep tot een ander segment (Bucher & Strauss, 1961).

Glouberman & Mintzberg (2001) spreken bij professionele grenzen binnen de zorg over gespecialiseerde 'gordijnen' (zie figuur 3.5). Aan de ene kant de *cure*, dit zijn gespecialiseerde professionals die zorg verlenen gericht op concrete interventies zoals operaties. Aan de andere kant staat de *care*, dit zijn vertegenwoordigers van de meer 'zachtere' zorgpraktijken zoals verpleegkundigen en therapeuten. Daarnaast onderscheiden zij nog drie andere type 'gordijnen'. De eerste zijn instituties zoals ziekenhuizen, huisartsenposten of verpleegtehuizen, ook wel de intra-professionele grenzen. Wanneer professionals uit verschillende disciplines in dezelfde institutionele setting werken voelen ze zich meer verbonden met andere domeinen en voelen ze minder druk om zichzelf te onderscheiden van andere professionals. De tweede is het medische 'gordijn', dit zijn bijvoorbeeld artsen en medisch specialisten (Glouberman & Mintzberg, 2001).



Figuur 3.5 Gespecialiseerde gordijnen (Glouberman & Mintzberg, 2001, p. 78)

Het hoog gestructureerde systeem van een specialisatie in geneeskunde is een formeel systeem. Zo hebben medische specialisten bijvoorbeeld een gelimiteerde toelating door strikte selectiecriteria, rigoureuze grondige trainingen met erkenning van de specialiteit door lidmaatschap van een vereniging. De titel van een medische specialist heeft een algemeen duidelijk en geaccepteerd begrip van rol en aanzien. Ten derde bestaat er een professioneel 'gordijn', dit zijn de meer algemene zorgprofessionals zoals verpleegkundigen. Deze discipline heeft niet een sterk wetenschappelijke basis en de aanwezige kennis is minder onderscheidend in vergelijking met die van andere medische professionals, deze specialisatie valt ook wel onder de noemer informeel (Nancarrow & Borthwick, 2005). Tenslotte bestaat er ook nog het professionele 'gordijn', wat onderscheid maakt tussen professionals en niet-professionals.

Soms lijkt het dat grenzen statische entiteiten zijn tussen professionele domeinen en segmenten. Maar geïnstitutionaliseerde grenzen zijn niet altijd statisch. Grenzen hebben ook een individuele component, in dat geval zijn het dynamische constructen die actief gebruikt worden door professionals om hun 'praktijken' te legitimeren. Ze legitimeren zich naar andere professionals, klanten en naar de organisatie (Nancarrow & Borthwick, 2005). Het is als professional belangrijk om zijn of haar bijdrage aan het afleverproces te laten zien. Er is sprake van een paradox, grenzen zijn statisch en bemoeilijken het innovatieproces, echter zijn ze ook dynamisch en belangrijk voor professionals om hun expertise te kunnen legitimeren. Om een procesinnovatie, waarbij verschillende professionals betrokken zijn, te laten slagen is het wenselijk dat de samenwerking over de grenzen van deze domeinen heen georganiseerd worden.

3.4 Factoren

Een procesinnovatie is een (succesvolle) verandering binnen bepaalde samenwerkingsrelaties van een organisatie waarbij verscheidene professionals betrokken zijn. Verschillende omstandigheden en/of structurele en culturele factoren, zijn van invloed op dit grensoverschrijdende samenwerkingsproces.

3.4.1. Structurele factoren

Er bestaan structurele factoren die belemmerend kunnen werken of juist de realisatie van een vernieuwing positief beïnvloeden.

Bestaande structuur

Volgens Boonstra (2000) is de bestaande structuur en technologie van de arbeidsverdeling een eerste factor die zorgt voor het eventuele moeizaam veranderen (Boonstra, 2000). Wanneer een structuur functioneel is ingericht, gericht op deeltaak, kan het voor een organisatie lastig zijn om het algemene nut (voor iedereen) van de innovatie in te zien (Fleuren, Wiefferink en Paulussen, 2010). Een hoge mate van arbeidsverdeling in een klassiek hiërarchische organisatie leidt tot fragmentarisch functioneren, dat veranderen lastig maakt en een gemeenschappelijk perspectief kan belemmeren (Boonstra, 1997). Het zou zelfs kunnen leiden tot minder draagvlak en conservatisme (Fleuren et al., 2010). Een probleem kan lastig in zijn volledige omgang worden geanalyseerd en overzien omdat er een hoge mate van arbeidsdeling aanwezig is. Er wordt sneller overgegaan op korte-termijngerichte oplossingen, die ook weer gericht zijn op deeltaken van een afdeling op zichzelf. Een gefragmenteerde probleemanalyse kan veelal weer leiden tot oplossingen volgens procedures, beproefde maatregelen en expertisepatronen, bijvoorbeeld het verscherpen van controle en standaardisatie en een verdere taakverdeling (Boonstra, 1997, p. 59). In figuur 3.6 wordt een samenvatting gegeven van de belemmeringen in een bestaande structuur.

Belemmeringen in bestaande structuur:

- Hiërarchie en ver doorgevoerde regels en procedures als coördinatiemechanisme
- Functionele organisatievorm beperkt het inzicht in het functioneren als geheel
- Ontbreken van de mogelijkheid om acties te toetsen, te evalueren en te verbeteren
- Gebrek aan eigen stuur- en regelmogelijkheden, beperkt initiatief en motivatie
- Onvoldoende zicht in resultaat van acties door versnippering van informatie
- Bestaande structuren belemmeren de ontwikkeling van een lange termijnvisie

Figuur 3.6 Belemmeringen in bestaande structuur (Boonstra, 1997, p.59)

Plaats van de besluitvorming en de aanwezige besluitvormingsstructuur

Een tweede belangrijke factor, die belemmerend of stimulerend kan werken ten aanzien van veranderprocessen, is de plaats van de besluitvorming en de aanwezige besluitvormingsstructuur. Voor een vernieuwing is het nodig dat de besluitvorming, bijvoorbeeld over de invoering van de innovatie, op zowel centraal niveau (topmanagement) als decentraal niveau (professionals, de ‘werkvloer’) plaatsvindt. Bij slechts centrale besluitvorming is het goed mogelijk dat het gevaar dreigt dat er onvoldoende draagvlak is onder de (toekomstige) betrokkenen van de innovatie. Bij enkel decentrale besluitvorming is misschien wel sneller draagvlak, alleen dreigt dan het mogelijke gevaar van afwezigheid van faciliteiten en randvoorwaarden. Behalve de plaats binnen de organisatie is het van belang dat de complete besluitvormingsstructuur in orde is en er niet te lange beslissings- en communicatielijnen bestaan. Bij korte lijnen verloopt een beslissing doorgaans sneller en is de kans op verlies aan informatie, mede door bijsturingmogelijkheden, kleiner. Lange beslissingslijnen kunnen vertragend en remmend werken, met als mogelijk gevolg demotivatie, mislukken en verzanden vanwege miscommunicatie tussen de verschillende schakels (Fleuren et al., 2010). Een formele en duidelijke bekrachtiging daarentegen, bijvoorbeeld door een innovatie in het beleid op te nemen, kan een positief en gunstig effect hebben. Het maakt een innovatie meer legitiem en dat kan ondersteunend werken. Ook biedt het mogelijkheden voor het bewerkstelligen van randvoorwaarden en geeft het meer opties tot controle.

Coördinatie

Een derde factor die het hele samenwerkingstraject kan beïnvloeden is de coördinatie. Van belang is een coördinatie/stuurgroep die de invoering van de innovatie coördineert, begeleidt en die tevens fungeert als duidelijk aanspreekpunt. Tegelijkertijd kan het nodig zijn dat er een ‘opinie leider’ aanwezig en betrokken is, bijvoorbeeld een collega die met haar/zijn gezag en autoriteit de vernieuwing positief kan beïnvloeden. Weerstand tegen vernieuwing kan dan in positieve zin veranderen naar acceptatie en motivatie. Bovendien is het nuttig als er een bevlogen trekker is van de beoogde innovatie (Fleuren et al., 2010).

Personeel / betrokkenen

Een vierde beïnvloedende factor is het personeel, de betrokkenen. De algemene grootte van een organisatie, het aantal mensen dat werkzaam is, heeft in eerste instantie weinig invloed op het verandervermogen, het gaat om de hoeveelheid betrokkenen die met de desbetreffende vernieuwing te maken gaan krijgen (Fleuren et al., 2010). Een kleine hoeveelheid betrokkenen maakt de realisatie van een vernieuwing makkelijker. Er kan immers persoonlijke en directe communicatie plaatsvinden, ook de samenwerking lijkt dan makkelijker te gaan, mensen zijn meer en sneller betrokken. Wanneer een grote groep mensen betrokken is bij een vernieuwing dreigt het gevaar dat er geen consensus ontstaat (Fleuren et al., 2010). Ook is de capaciteit/bezettingsgraad van het personeel een aandachtspunt. Bij een volledige bezetting is er ruimte, zowel mentaal als fysiek. Deze ruimte is nodig, veranderen kost immers energie en

tijd. Bij een onvolledige bezetting is alle energie nodig voor het draaiende houden van het primaire proces, dan is er weinig ruimte om te vernieuwen. Het kan echter ook zijn dat een stressvolle situatie soms juist de reden is voor verandering en dan kan vernieuwing bijvoorbeeld een oplossing bieden voor het aanwezige probleem.

Middelen en financiën

Een vijfde factor betreft de middelen en de financiën. Het is van belang dat een bepaalde hoeveelheid geld beschikbaar is voor de realisatie van een succesvolle innovatie. Vernieuwen en veranderen betekent immers investeren en dat kost geld, tijd en scholing. Daarnaast is het prettig om een extra financiële vergoeding te hebben bijvoorbeeld voor de zorgverleners, als tegemoetkoming voor de extra inspanningen tijdens het werken aan de vernieuwing. Enige compensatie werkt vaak motiverend en maakt het mogelijk om eventueel extra mensen en middelen in te zetten. Wanneer een vorm van materiële of immateriële vergoeding niet beschikbaar is, verhoogt dat mogelijk extra de werkdruk onder het personeel. Tevens is het belangrijk dat de nodige voorzieningen beschikbaar en in orde zijn met betrekking tot de realisatie van de innovatie, te denken valt aan apparatuur en/of ruimte. Betrokkenen hebben ook een bepaalde hoeveelheid tijd nodig om met een vernieuwing te kunnen gaan werken. Veel of voldoende tijd zorgt voor ruimte, zowel mentaal als fysiek, weinig of onvoldoende tijd zorgt voor het tegenovergestelde. Naast de factor tijd kan het gunstig werken als er administratieve ondersteuning beschikbaar is om een mogelijke vernieuwing te kunnen doorvoeren. Bij royale ondersteuning is er voldoende aandacht, rust en tijd voor de uitvoering van de 'kerntaken'. Bij weinig ondersteuning kan het voorkomen dat de schaarse tijd veelal opgaat aan overige 'belastende' zaken, waardoor de 'kerntaken' uit het oog verloren worden (Fleuren et al., 2010).

Ook kunnen procesoptimalisatie-technieken als Lean Six Sigma (LSS) bijdragen aan een vernieuwing. Een Lean Six Sigma transformatie is een combinatie van Lean (snelheid) en Six Sigma (kwaliteit), coaching en verandermanagement horen daar ook bij. Een LSS transformatie zorgt voor een verbetering in de procesoptimalisatie, een vermindering van complexiteit en veranderingen in de DNA structuur van de organisatie. Meerdere wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat verbeterprogramma's zoals Lean Six Sigma een meerwaarde opleveren, zowel op financieel als niet-financieel terrein. LSS richt zich op het verbeteren van kwaliteit, terwijl tegelijkertijd de kosten gereduceerd worden (Wesseling, 2010).

Lean Six Sigma in gezondheidszorg

De afgelopen jaren wordt Lean Six Sigma ook met veel succes in de gezondheidszorg gebruikt (Does et al., 2010). Deze benadering wordt steeds populairder in de Nederlandse ziekenhuiswereld. Op dit moment zijn er zeker 300 projecten succesvol afgerond (Does et al., 2010). De hoofdfocus bij deze projecten lag op het verbeteren van processen, zowel klinisch als administratief. Het aantal tekortkomingen of een aantal zaken die geen toegevoegde waarde hadden werden gereduceerd. Een voorbeeld van een Lean Six Sigma project is Sneldiagnose, waarbij de doorlooptijd van het diagnoseproces van gemiddeld 3 weken is teruggebracht naar 48 uur.

Figuur 3.7 Lean Six Sigma in gezondheidszorg

3.4.2 Culturele factoren

Wanneer slechts aandacht gaat naar de formele organisatie en de transformatieprocessen in de zin van alleen structurele factoren (Boonstra & Jongeneelen 1996, in Boonstra 1997), wordt er voorbij gegaan aan de meer culturele aspecten zoals 'ingesleten' werkwijzen en patronen van probleemoplossing, waarden en normen, machtsverhoudingen en de behoefte van mensen om zich te ontwikkelen en greep te hebben op hun eigen situatie (Boonstra, 1997, p. 67).

'Ingesleten' routinematige werkwijzen

In professionele organisaties kan bepaald werk inhoudelijk gestandaardiseerd zijn met heldere instructies over de uitvoering en de procedures met tot gevolg dat de resultaten en de consequenties daarop vastliggen en eveneens standaard zijn. Daarnaast worden kennis en vaardigheden van medewerkers ook zo veel mogelijk gestandaardiseerd, bijvoorbeeld door het geven van trainingen. Zodoende hebben professionals bepaalde verwachtingen van elkaars gedragingen en manier van doen. Het grote voordeel van standaardisatie, met onder andere als gevolg een makkelijkere coördinatie, is dat het werk haast automatisch uitgevoerd kan worden. Een groot nadeel is echter dat medewerkers teveel in standaardprocedures kunnen blijven denken en daar moeilijk vanaf kunnen stappen. Werkzaamheden en procedures kunnen dusdanig gestandaardiseerd zijn, dat het een gewoonte is geworden en medewerkers geneigd zijn om binnen hun 'eigen kaders' te blijven denken (Mintzberg & Glouberman, 2001). Werkwijzen zijn 'ingesleten', mensen ontlenen hieraan zekerheid en stabiliteit (Heller, 1994 in Boonstra 1997). Dit is een belangrijke factor bij veranderingsprocessen. Mensen kunnen angstig zijn voor het onbekende, weinig vertrouwen hebben in de ander en een individuele behoefte hebben aan stabiliteit en veiligheid. Veranderingen kunnen in hun ogen dan leiden tot onzekerheid over het feit of de nieuwe taak wel te realiseren valt, tot identiteitsverlies en tot vermindering van tevredenheid. Bovendien kunnen betrokkenen zich ook afzijdig opstellen door het missen van de persoonlijke greep op gebeurtenissen en door slechte ervaringen met eerdere innovaties.

Hoe richting te geven aan deze bestaande routines tijdens een veranderproces? Om daar adequaat op in te kunnen spelen en veranderingen aanvaardbaar te maken, is het zaak om de onzekerheid te reduceren door bijvoorbeeld opleidingen en trainingen aan te bieden, door de medewerkers meer te betrekken bij de veranderingen en zorg te dragen voor een goede en heldere communicatie aangaande de verandering (Boonstra, 1997). Dit creëert draagvlak en kan veranderen gemakkelijker en interessanter maken. Opgemerkt dient te worden dat bijvoorbeeld zorgverleners traditioneel gezien tijdens opleiding, educatie en trainingen geen contact met elkaar hebben in de zin van een samenwerkingsrelatie. Nadat ze zijn opgeleid, worden ze vervolgens geacht om wél intensief samen te werken in een team dat bestaat uit verschillende zorgprofessionals. Ze zijn doorgaans onbekend met andere professionele vaardigheden en competenties dan hun eigen vakgebied, wat kan zorgen voor een negatieve impact op de interactie tussen teamleden onderling (Kapral, 2011). Het geven van trainingen en de juiste educatie is dus belangrijk bij interprofessionele samenwerking.

Machtsverhoudingen

Enerzijds wordt het functioneren van organisaties bepaald door het afstemmen van systeemafdelingen, anderzijds wordt het bepaald door de manier waarop in organisaties macht wordt gebruikt en gestructureerd. Machtverdeling in organisaties kan door stabiliteit gekenmerkt worden. Deze stabiliteit staat echter wel recht tegenover de dynamiek die essentieel is om succesvol te kunnen veranderen (Boonstra, 1997, p. 62). Bestaande machtsverhoudingen en krachten die deze machtsverhoudingen in stand willen houden, verklaren onder meer waarom veranderen niet altijd even makkelijk gaat. De verschillende partijen focussen zich dan op het in stand houden of veiligstellen van machtsposities, doelstellingen en eigen belangen (Boonstra, 2000, p. 8). Tijdens veranderingsprocessen worden bestaande machtsverdelingen in de organisatie ter discussie gesteld (Boonstra, 1997, p. 62). Bij veranderingen komt institutionalisering van macht en stabiliteit in gevaar. Deze stabiliteit is ontstaan uit verbondenheid met de inrichting van de strategie, de machtsverdeling en de organisatie. Bestaande machtsverdelingen en taakprocedures worden gezien als de werkelijkheid (Boonstra, 2000, p. 8).

In organisaties die functioneel zijn opgebouwd, kunnen de belangen van de verschillende groepen nogal anders zijn. Misverstanden, competitie en bijvoorbeeld botsingen tussen de afdelingen kunnen een gevolg van een te ver doorgevoerde functionele taakindeling zijn. De medewerkers van de verschillende afdelingen hebben mogelijk een beperkte visie op het grotere geheel van datgene wat zich binnen de organisatie afspeelt. Er kunnen verscheidene verwachtingen en gedragspatronen ontstaan door de 'smalle' en specialistische werkzaamheden, terwijl er eigenlijk juist samenwerking nodig zou zijn tussen de organisatieleden. Veelal is er nauwelijks sprake van een bedrijfscultuur of van gemeenschappelijke bedrijfsdoelstellingen (Mastenbroek, 1996 in Boonstra 1997, p. 63).

Hoe om te gaan met deze machtsverhoudingen? Conflicterende doelen, belangen en behoeften vergen zorgvuldige aandacht tijdens een veranderproces. Ook is aandacht voor sociaal-politieke procesrationaliteit van belang. Aandacht voor de verschillende partijen, de mogelijkheden en de belangen voor het uitoefenen van macht zijn nodig. Essentieel is ook het inzicht in de aanwezige machtsprocessen en de juiste capaciteit om daar mee om te gaan. Een machtspolitieke voorwaarde voor het slagen van een veranderproces is dat er op een zo'n breed mogelijk niveau een zo vroeg mogelijk draagvlak wordt gecreëerd. In figuur 3.8 is een samenvatting weergegeven van bepaalde versturende elementen.

Bepaalde versturende elementen:

- Competitie en competentiestrijd tussen afdelingen om positiebehoud
- Onvoldoende vertrouwen in de benoeming van nieuwe leidinggevenden
- Verdeeldheid bij het management over de strategie van de organisatie
- Verschillen in status, macht en beïnvloedingsmogelijkheid tussen afdelingen
- Verdeeldheid over doelen en aanpak van het veranderingsproces bij belangengroepen
- Eenzijdige gerichtheid bij leidinggevenden op behoud van macht en status
- Onvoldoende aandacht voor sociaal-politieke haalbaarheid van veranderingen.

Figuur 3.8 Belemmeringen door machtsprocessen (Boonstra, 1997, p. 62)

Service-ethiek

Waarden en normen zijn nauw verbonden met het gedrag van mensen in organisaties. Ze zijn ontstaan uit gewoonten, opleiding en socialisatie binnen de organisatie. Deze waarden en normen, ook wel de overtuiging genoemd, kunnen beperkend zijn voor de keuzes die mensen maken uit gedragsalternatieven. Daardoor kunnen ze ook het verandervermogen van de leden van de organisatie beperken (Schein, 1985; Cummings & Worley, 1993 in Boonstra, 2000). Er wordt vanuit gegaan dat werkelijkheidsvoorstellingen, ideeën en gedeelde waarden als basis gelden voor een organisatie. Sociale verbanden kunnen gekenmerkt worden door een eigen cultuur en structuur, gebaseerd op gewoonten, regels, instituties, taal, overlegvormen, communicatie, het gebruik van definities en symbolen van de werkelijkheid, die als uitgangspunten gelden voor groepen in hun onderlinge interacties (Boonstra, 2000, p. 10).

Een sterke gemeenschappelijke cultuur is belangrijk, ook wel een 'samenwerkingscultuur'. Binnen deze cultuur is het essentieel dat de professionals wederzijds begrip voor elkaar hebben, respect, vertrouwen en dit 'verspreiden' binnen de gemeenschap. Er zou haast gesproken kunnen worden van een *missionary organization* (Mintzberg, 1984), een ideaal typisch systeem dat gedomineerd wordt door een sterke interne ideologie. Het sterke systeem van interne geloofsovertuigingen staat rondom de missie van de organisatie. Dit zorgt ervoor dat zowel intern als extern gemakkelijker veranderingen kunnen worden doorgevoerd. Wanneer een persoon eenmaal gesocialiseerd en geïndoctrineerd is, wordt deze loyaal aan de ideologie. Macht kan zo in meer of minder mate gelijkmatig verdeeld worden en er kan meer vertrouwen in de organisatie ontstaan. Er wordt vanuit gegaan dat ieder lid van de organisatie handelt naar de beste interesses en belangen van de organisatie. Deze normatieve controle zorgt ervoor dat het gebruik van autoriteit ontmoedigd wordt en er een meer persoonlijke controle ontstaat (Mintzberg, 1984).

Hoe om te gaan met de service-ethiek van professionals? Om een veranderproces te kunnen laten slagen is het belangrijk dat er gemeenschappelijke waarden en normen ontstaan aangaande het nut van de vernieuwing, de samenwerkingsbereidheid en de duidelijkheid over de richting van de verandering. Het is wenselijk dat de algemene doelstellingen en missie van de organisatie duidelijk en uitgewerkt zijn zodat er een gemeenschappelijk waardensysteem kan ontstaan. Ook is het van belang dat een gemeenschappelijke taal, een begrippenkader en een duidelijke boodschap gevormd wordt (Boonstra, 1997, p. 61). Bij vernieuwingen spelen interactieprocessen een rol waarbij betrokken individuen betekenis geven aan gebeurtenissen en handelende actoren. De context is sterk bepalend voor de subjectieve interpretatie van gebeurtenissen. Volgens Weick (1995 in Boonstra, 2000, p. 24) worden betekenissen achteraf pas gevormd. Wat we doen kunnen we dus begrijpen door te kijken naar eerdere ervaringen. Visie, missie, doel en betekenis ontstaan uit wat we aan het doen zijn en voorgaande gebeurtenissen. Binnen interactieprocessen wordt complexiteit geprobeerd overzichtelijk en begrijpelijk te maken. Gaandeweg ontstaat een dialoog, een gezamenlijke betekenisgeving over de mogelijkheden en de vraagstukken. Er kan aangenomen worden dat door de uitwisseling van opvattingen, werkelijkheidsbeelden, ideeën en argumenten de houdingen en standpunten van de deelnemers elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden en dat er een collectief stelsel van normen en waarden ontstaat.

3.4.3 Het managen van veranderingen, de ontwikkel – en ontwerpaanpak

Boonstra (1997) pleit voor een aanpak waarbij een organisatie geleidelijk aan het leren is om zelfstandig veranderingen vorm te geven. Vervolgens kunnen fundamentele veranderingen gerealiseerd worden en kunnen 'ingesleten' werkwijzen doorbroken worden. De zogenaamde ontwikkelaanpak heeft de voorkeur wanneer een organisatie streeft naar verbetering in innovatief vermogen en flexibiliteit. Binnen deze benadering wordt vaak gebruik gemaakt van groepsbesprekingen, workshops en conferenties, hier worden tegelijkertijd problemen en vernieuwingsvoorstellen geanalyseerd. Daarnaast is er een mogelijkheid om teamgericht te kunnen werken. Binnen deze aanpak zijn het vormen van een begrippenkader, een gemeenschappelijke taal en het tot stand brengen van een nieuw waarden-en normenpatroon essentieel (Gustavsen, 1993 in Boonstra, 1997). In praktijkstudies blijkt echter dat enkel gebruik maken van de ontwikkelingsaanpak niet werkt. De probleemanalyse kan in samenwerking met alle betrokkenen wel uitgevoerd worden, echter voor een integrale diagnose en aanpak is de kennis van adviseurs nodig. Zij kunnen er onder meer voor waken dat de betrokkenen gesignaleerde problemen niet direct proberen op te lossen aan de hand van oude vertrouwde patronen, principes en procedures. De rol van externe adviseurs zou kunnen liggen in het faciliteren, het ontwikkelen van procedures, het begeleiden van discussies en besprekingen en het inzichtelijk maken van de onderlinge samenwerkingsrelaties. Ondanks alle inspanningen kan het nog steeds zo zijn dat de beschreven ontwikkelingsaanpak niet werkt omdat het niet mogelijk is geweest om met alle betrokken een oplossing te vinden vanwege bijvoorbeeld het bestaan van een verdeelde cultuur, verschillende belangentegenstellingen, doelen en wantrouwen (Boonstra, 1996).

Een andere benadering zou de zogenaamde ontwerpaanpak kunnen zijn waarbij vooral de structurele factoren van belang zijn. De organisatie wordt daarbij als systeem gezien en veranderingen worden geïnitieerd, gestuurd en gecontroleerd door het topmanagement. Het betreft een oplossingsgerichte aanpak en de besluitvorming is meestal strak geformaliseerd en gestructureerd. Voor deze verandermethode zijn formele modellen ontwikkeld om de complexiteit van de organisatie te verkleinen. Uniforme werkwijzen en algemene regels worden gehanteerd. Het veranderingstraject wordt meestal lineair ingericht met een helder begin- en eindpunt en met strakke plannings en normen. De aanpak wordt vaak gestart met het bepalen van abstracte doelen, daarnaast ligt de focus vooral op de gewenste output en het formele transformatieproces. Bij deze methode is echter geringe aandacht voor het leerproces van de organisatie en haar individuen. De participatie van de betrokkenen binnen de organisatie zou problematisch kunnen zijn, omdat er op bewuste wijze afstand wordt genomen van bestaande werkwijzen. Een ontwerpaanpak is daarom vooral zinvol in voorspelbare en stabiele situaties met een eenduidig probleem. Te denken valt aan bijvoorbeeld eerste-orde-veranderingen waarbij in een bestaande context bekende problemen worden opgelost waar meestal niet al te veel partijen bij het probleem betrokken zijn. Door structurele ingrepen en technische oplossingen kunnen relatief snel verbeteringen worden bewerkstelligd. Het management en de adviseurs zijn veelal verantwoordelijk voor de uitvoering van de verandering, de adviseur is hierbij de expert die zijn kennis gebruikt en doelgericht werkt aan de vernieuwing. De ontwerpaanpak geeft een weerspiegeling van de traditionele normen en waarden van een organisatie, waarbij voorgehouden wordt dat onzekerheidsreductie kan ontstaan door specificatie, controle en standaardisatie. Echter ontstaan fundamentele veranderingen niet door memo's, stappenplannen, formele instructies en handleidingen. Het is van essentieel belang dat

er door de organisatieleden inzichten, ervaringen en nieuwe kennis wordt ontwikkeld om vervolgens veranderingsprocessen zelf vorm te kunnen geven (Boonstra, 2000). In figuur 3.8 staan zowel de ontwerp – als de ontwikkelaanpak naast elkaar.

Ontwerpbenadering	Ontwikkelbenadering
Organisatie als bron van tekortkomingen	Organisatie als bron van ervaring
Nieuw organisatie-ontwerp met blauwdruk	Vanuit bestaande organisatie verbeteren
Top-down	Gebruik van kennis en inzicht personeel
Oplossingsgericht	Probleemgericht
Stabiele eindsituatie	Vergroting veranderingsvermogen
Eenmalig lineair proces	Voortdurend herhalend proces
Technisch-economische procesrationaliteit	Sociaal-politieke procesrationaliteit
Strakke normen en planning	Aandacht voor veranderingscapaciteit
Abstracte modellen > concrete werkwijzen	Concrete werkwijzen, abstracte modellen
Nadruk op expertkennis	Gebruik van materiekkennis
Scheiding ontwerp en invoering	Vloeiende overgang tussen fasen

Figuur 3.9 Ontwerpbenadering versus Ontwikkelbenadering (Boonstra, 1997, p. 69)

Veel innovatievragen voldoen niet altijd aan de gewenste condities, zoals definieerbare problemen, weinig partijen etcetera, die nodig zijn voor een ontwerpaanpak. Als er toch voor de ontwerpaanpak wordt gekozen, is het van belang dat adviseurs en managers rekening houden met de structuur, de cultuur en met politiek gedrag (Boonstra, 2000, p. 15). Het zou te prefereren zijn om afwisselend gebruik te maken van zowel de ontwerp– als de ontwikkelaanpak, deze combinatie voorkomt de beschreven dilemma's of tekortkomingen bij het gebruik van slechts één aanpak (Boonstra, 1997.). In de combinatie-aanpak ligt de focus van het management op het formuleren van vernieuwende en overkoepelende kaders en sturing op hoofdlijnen. Kaders worden volgens een ontwikkelaanpak van onderaf ingevuld waar wordt aangesloten bij de alledaagse problemen van de medewerkers . Tijdens de vordering van het proces zal het accent steeds meer komen te liggen op de ontwikkelaanpak waarbij de leden van de organisatie de veranderingen zelf sturen (Boonstra, 1997, p.70).

Bij de realisatie van een vernieuwing kunnen de volgende stappen doorlopen worden:

- ✚ Allereerst is het analyseren van een probleem en het bepalen van de uitgangspunten de start van het veranderingsproces. Tijdens werkconferenties kunnen betrokkenen perspectieven uitwisselen tussen werknemers, vertegenwoordigers van de ondernemingsraad en het lijn- en topmanagement (Wisbord, 1992, Axelrod, 1992 in Boonstra, 1997, p. 70).
- ✚ Het hoger-managementniveau dient in te stemmen met de uitgangspunten, waarna vervolgens een verdere analyse van de werkwijzen kan worden gemaakt. Alle betrokkenen kunnen in samenwerking de organisatie-analyse uitvoeren. Hierbij is echter de kennis en begeleiding van adviseurs veelal wenselijk zodat een integrale diagnose kan plaatsvinden en voorkomen kan worden dat de organisatieleden niet terugrijpen naar de bestaande, ingesleten werkwijzen, patronen, procedures en principes. Na de diagnose kan het het veelal lastig zijn om, in dialoog met alle betrokkenen, een nieuwe werkwijze of arbeidsorganisatie te ontwikkelen omdat sprake

kan zijn van bijvoorbeeld wantrouwen, verschillende doelstellingen en een verdeelde cultuur en belangentegenstellingen. Nieuwe werkwijzen zijn op voorhand niet eenvoudig te voorspellen en de motivatie om hieraan gezamenlijk te gaan werken kan veelal te wensen overlaten. Allereerst is de ontwikkeling van nieuwe culturele normen en waarden essentieel voor de totstandkoming van samenwerking (Boonstra, 1997, p. 70). Daarbij is het van belang rekening te houden met het bestaan van de grenzen van verschillende belangengroepen en hun machtsbronnen, doelen en machtsrelaties. Zolang bestaande conflicten niet worden opgelost en machtsverdelingen en -verhoudingen onduidelijk zijn, zullen de betrokkenen streven naar de handhaving van een status quo (Ekvall, 1996 in Boonstra, 1997). Wanneer mensen vertrouwde werkwijzen willen veranderen of innoveren, is het belangrijk dat ze verzekerd zijn van de middelen en steun die nodig zijn voor de bewuste verandering (Boonstra, 1997). Ook is het nodig dat nieuwe perspectieven ontwikkeld worden voor de organisatie rondom bedrijfsprocessen. Voor het bewerkstelligen hiervan kan worden gewerkt met conferenties waarin strategie, cultuur en structuur uitgewerkt kunnen worden (Boonstra & Vink, 1996 in Boonstra 1997). Tijdens de werkconferenties kunnen betrokkenen, vanuit eigen ideeën en ervaringen, een bijdrage leveren aan een gezamenlijke visie. Het resultaat van deze werkconferenties geeft nieuwe energie en impulsen waardoor een organisatie fundamenteel zou kunnen veranderen.

- ✚ Wanneer het topmanagement goedkeuring geeft aan de invulling en de richting van de vernieuwingen kan, op de afdelingen en in de teams, de nieuw ontwikkelde bedrijfscultuur verder worden uitgewerkt en vormgegeven (Boonstra, 1997, p. 70).

3.5 Slot

Er bestaan bepaalde innovaties, vernieuwingen van processen, diensten, organisatievormen of producten. Voor dit onderzoek is het type procesinnovatie het belangrijkste. Bij procesinnovaties gaat het veelal om een nieuwe of verbeterde servicegerichtheid. Om het proces tot stand te laten komen, zullen verschillende betrokkenen met elkaar samenwerken. Deze samenwerking vindt onder andere plaats tussen klassieke professionals, de eigenaars van 'exclusieve' expertise en vaardigheden. Klassieke professionals zijn in meer of mindere mate een zaak van *controlled content* waarbij drie verschillende karakteristieken van belang zijn. Ze zijn autonoom, beschikken over specifieke kennis en inhoud, en hun werk is gestandaardiseerd. Deze zaken onderscheiden hen van andere professionals. Een organisatie is een complex systeem van relaties tussen doelen, technologie, strategie, structuur, cultuur en het menselijk gedrag. Bij een fundamentele procesinnovatie gaat het erom dat een organisatie in zijn totaliteit in beweging komt, waarbij grensoverschrijdende samenwerking nodig is. Veranderen houdt in dat aan de ene kant aandacht bestaat voor de wat 'hardere' kanten van de organisatie zoals: structuur, gefragmenteerde arbeidsdeling, besluitvorming, coördinatie, hoeveelheid betrokkenen, capaciteit, middelen, financiën en procesoptimalisatie-technieken zoals Lean Six Sigma. Een ontwerpaanpak is een manier om deze structurele factoren te kunnen managen. Aan de andere kant zal het nodig zijn om aandacht te hebben en te besteden aan de wat minder 'harde' kanten van de organisatie zoals: menselijke gedragingen, attitudes en cultuur. Ook wel de culturele factoren genaamd die een stuk minder 'tastbaar' zijn, zoals het bestaan van de 'ingesleten'

werkwijzen, de machtsverhoudingen en de service-ethiek. Om deze factoren te kunnen managen zou een ontwikkelaanpak geschikt kunnen zijn. Een combinatie van de ontwerp- en de ontwikkelaanpak lijkt het meest te prefereren voor complexe, fundamentele procesveranderingen waarbij het probleem niet altijd eenduidig is, verschillende partijen betrokken zijn, meerdere belangen een rol spelen en verschillende machtsrelaties bestaan.

Deel 2 Empirie

4 Onderzoeksaanpak

De focus in dit hoofdstuk ligt op de onderzoeksaanpak. Er wordt stilgestaan bij het type onderzoek en op welke manier data is verzameld en geanalyseerd. Aan de orde komen ook; de onderzoeksbenadering, de verschillende onderzoeksfasen, de selectie van de casus en respondenten, en op welke manier de respondenten geïnterviewd zijn. Dit hoofdstuk dient als basis voor de theoretische en empirische uitvoering van het onderzoek.

4.1 Type onderzoek

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Een kwalitatieve onderzoeksbenadering betekent volgens Lucassen & Olde-Hartman (2007) een 'studie van de aard van verschijnselen' (p. 6). Het gaat daarbij om de kwaliteit van de verschijnselen, de context waarin het voorkomt, de verschijningsvormen, de perspectieven van waaruit gekeken wordt etcetera (Lucassen & Olde-Hartman, 2007, p. 6). Van Thiel (2007) spreekt ook wel over beschrijven en begrijpen van de empirische werkelijkheid waarbij rekening wordt gehouden met de context waarin actoren zich bevinden of fenomenen zich voordoen. Deze empirische werkelijkheid zou niet slechts in getallen beschreven en verklaard kunnen worden, daarom zijn kwalitatieve gegevens nodig die meer inzicht geven en recht doen aan het bestaan van bepaalde complexe werkelijkheden. Kwalitatief onderzoek doen betekent dan ook dat onderzoeksgegevens van niet-numerieke aard worden verzameld (Van Thiel, 2007, p. 194). Er bestaan verscheidene varianten van kwalitatief onderzoek, voor dit onderzoek is gekozen voor de interpretatieve (wetenschapsfilosofische) variant van kwalitatief onderzoek.

Volgens de interpretatieve wetenschapsopvatting bestaat niet slechts één werkelijkheid; een werkelijkheid is perspectief gebonden, mensen bekijken een werkelijkheid vaak op hun eigen manier. Twee mensen die exact hetzelfde meemaken zullen dit naar alle waarschijnlijkheid toch verschillend beleven. Achteraf kunnen de verhalen over diezelfde belevenis op diverse punten verschillen. De werkelijkheid is onder andere subjectief en kan gezien worden als een sociale constructie, die afhankelijk is van bestaande relaties en routines van gedragingen en werkzaamheden (Van Thiel, 2007, p. 41). Interpretatief onderzoek richt zich veelal op één bepaalde situatie of gebeurtenis, waarbinnen alle verschillende elementen (factoren, actoren etcetera) in haar natuurlijke context bestudeerd kunnen worden. Voor deze context bestaan diverse benamingen zoals een netwerk, systeem, configuratie of institutionele context (Van Thiel, 2007, p. 41). Het bestuderen van één bepaalde situatie kan ook wel een *casestudy* genoemd worden.

Binnen dit onderzoek zijn interacties en handelingen van en tussen klassieke professionals, zoals artsen en specialisten, en ook andere professionals, in hun natuurlijke context bestudeerd. De natuurlijke context is in dit geval voor de meeste respondenten een ziekenhuis. De betreffende professionals binnen het ziekenhuis hebben met de procesinnovatie Snelidagnose te maken, de focus ligt daarbij op interprofessionele samenwerking. De manier waarop en hoe de professionals samenwerken en tegen interprofessionele samenwerking aankijken kan nogal

verschillend zijn. Gebeurtenissen, ervaringen en de betekenis van de procesinnovatie Sneldiagnose zal dan ook in zijn geheel, binnen de context, onderzocht worden. Dit onderzoek beoogt te begrijpen waarom een interprofessionele samenwerking zo complex is, of juist niet, en welke factoren van invloed zijn op deze meer of mindere mate van complexiteit. Middels de interpretatieve onderzoeksbenadering zullen de verschillende perspectieven van zorgprofessionals in kaart worden gebracht om de situatie zo volledig mogelijk te kunnen beschrijven en verklaren. Verderop in dit hoofdstuk volgt een uitgebreide beschrijving van de *casestudy*.

4.2 Operationalisatie

Aan de hand van het theoretisch kader is er een operationalisatie ontwikkelt (zie bijlage 2) om de theoretische begrippen te meten en de onderzoeksvragen te beantwoorden. Volgens Van Thiel (2007) is het operationaliseren ook wel het waarneembaar en meetbaar maken van theoretische concepten, wat resulteert in de beantwoording van de hoofdvragen (p. 52). Zo zijn richtlijnen voor het onderzoek ontstaan waaruit variabelen, kernbegrippen en indicatoren voortvloeien. Het operationalisatieschema is in bijlage 2 opgenomen. Aan de hand van dit schema is een interviewgide ontstaan (zie bijlage 3), de concepten uit de operationalisatie zijn hierin tot concrete concepten omgevormd. Het operationalisatieschema is het startpunt van het empirisch onderzoek, waarbij informatie is verzameld middels verschillende dataverzamelmethode.

4.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is heuristisch van aard, wat betekent dat een bepaald doel wordt bereikt op onderzoekende en voortdurend evaluerende wijze. Gaandeweg komt de onderzoeker tot waarheden en regels op grond van eerder opgedane ervaringen. Verschillende fasen zijn doorlopen om het gewenste resultaat te kunnen behalen. De eerste fase is de verkennende fase waarin de oriëntatie plaatsvindt en het onderzoek vorm begint te krijgen. In de tweede fase zijn de empirische data verzameld en in de laatste fase worden deze data geanalyseerd.

Oriëntatie en onderzoeksontwerp

De eerste fase van het onderzoek is de verkenning rondom het onderzoeksonderwerp. Wanneer voor de stage-organisatie, het internationale adviesbureau Accenture, is gekozen, wordt al snel het onderwerp duidelijk: Sneldiagnose. Door verschillende oriënterende gesprekken met diverse partijen zoals Accenture en stichting Alpe d'HuZes en een verdere verdieping in het thema heeft de onderzoeksopdracht vorm gekregen. In samenspraak met de Universiteit Utrecht is uiteindelijk gekozen voor het definitieve uitgangspunt, namelijk: de (succes) factoren van Sneldiagnose, met de nadruk op interprofessionele samenwerking. Na het vaststellen van het onderwerp is aan de slag gegaan met het onderzoeksontwerp. In de fase van het onderzoeksontwerp is een probleemstelling, met daarbij horende vraagstelling en doelstelling, ontwikkeld. Tevens is het operationalisatieschema tot stand gebracht. Vervolgens zijn in het theoretische kader de belangrijkste concepten gedefinieerd. In hoofdstuk 3 ligt de focus op

professionals, procesinnovaties, interprofessionele samenwerking en de factoren. Hoofdstuk 2 schets meer de context, de omgeving, waarin professionals zich bewegen en de daarbij komende samenwerkingsrelaties. In dit hoofdstuk gaat het dus specifiek over de gezondheidszorg.

Dataverzameling

Een andere belangrijke fase in het onderzoek is de empirische fase waarin het verzamelen van de empirische data centraal staat. Het empirische deel van dit onderzoek bevat een *casestudy*. Een *casestudy* is een onderzoeksstrategie waarbij een bepaalde gebeurtenis (casus) in zijn natuurlijke situatie wordt onderzocht. Een *casestudy* kan een bijdrage leveren aan een maatschappelijk vraagstuk (Van Thiel, 2007, p. 97). Het kan vanalles zijn zoals; een individu, groep, organisatie, land, stad, relatie, gebeurtenis en project of proces. Bij een typische *casestudy* wordt allerlei informatie verzameld over de betreffende casus. Meerdere kwalitatieve gegevens zorgen zo voor een holistisch beeld over de betreffende situatie (Van Thiel, 2007, p. 41). Verschillende onderzoeksmethoden zullen binnen dit onderzoek van toepassing zijn, één van deze methoden is onder andere het interview. Verderop in dit hoofdstuk zal hier uitgebreider op ingegaan worden (zie paragraaf 4.4).

Het onderwerp van de *casestudy* is: de procesinnovatie Sneldiagnose. Een actueel onderwerp uit de dagelijkse praktijk dat behoorlijk uniek is. Sneldiagnose komt immers (nog) maar in een aantal ziekenhuizen voor. Unieke situaties worden in *casestudies* wel vaak zeer uitgebreid bestudeerd. Het onderzoek gaat dan ook meestal meer de diepte in, dan de breedte ('t Hart et al., 1996, in Van Thiel, 2007, p. 98). Binnen dit onderzoek en deze *casestudy*, is een selectie gemaakt uit kleinere onderzoeksgebieden. Zo ligt de focus vooral op interprofessionele samenwerking en de factoren die daarop van invloed zijn. Bovendien heeft dit onderzoek zich voornamelijk gericht op de realisatie van Sneldiagnose binnen het UMC Utrecht, omdat zij op dit moment de voornaamste zijn op dit gebied van Sneldiagnose. Ook respondenten uit andere ziekenhuizen, en stichting Alpe d'HuZes, hebben deelgenomen aan dit onderzoek, echter wel op een kleinere schaal.

Data-analyse

De laatste fase van het onderzoek behelst de analytische fase. Hierbij staat de interpretatie van de verkregen informatie centraal. Deze data zijn vergeleken met de theorie om tot herkenbare patronen en waarheden te komen, waarna conclusies en aanbevelingen vormgegeven konden worden. Veelal blijken kwalitatieve data ongestructureerd te zijn, data kunnen dan niet hiërarchisch ingedeeld worden (Van Thiel, 2007, p. 156). Het is dus een zaak om structuur aan te brengen in de data. Om te beginnen zijn van alle interviews transcripten gemaakt waarbij de niet relevante zaken zijn weggelaten. Vervolgens zijn de interviews gecodeerd en de uitspraken van de betreffende respondenten voorzien van een label. Zo is het makkelijker een overzicht te creëren van uiteenlopende uitspraken betreffende bepaalde onderwerpen. Vervolgens konden aan de hand van diverse uitspraken, en de vergelijking daarvan, de resultaten beschreven worden. Een koppeling met het theoretisch kader wordt hierbij gemaakt. Ook zijn bestaande documenten geanalyseerd die betrekking hebben op Sneldiagnose, die tevens gecodeerd zijn en een label hebben gekregen. Door de interviews, documenten en literatuur met elkaar te vergelijken zijn de deelvragen beantwoord. Naast de beantwoording van de hoofd- en deelvragen zijn ook aanbevelingen gedaan aan Alpe d'HuZes, Accenture, professionals en de verschillende ziekenhuizen die met Sneldiagnose (willen gaan) werken.

4.4 Methoden en Technieken

Methoden en technieken is een benaming voor de praktische werkwijze van de uitvoering waarnaar het onderzoek toewerkt (Van Thiel, 2007, p. 66). Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, ook wel triangulatie of *mixed-methods* genaamd.

Documentanalyse

In een documentanalyse worden documenten geïnterpreteerd aan de hand van hun inhoud. Dit is bestaand materiaal, zoals schriftelijke bronnen, die voor een ander bepaald doel ontwikkelt zijn, te denken valt aan onderzoeksrapporten of jaarverslagen (VanThiel, 2007, p. 117). Een aantal documenten zijn gebruikt voor deze documentanalyse, zie figuur 4.1.

Documenten		
Inhoud	Sneldiagnose 2011: een demarrage > subsidieaanvraag	Kersten, B. & H. Folkerts rapport p. 1-26, januari 2012
	Programma aanvraag Sneldiagnose 2012, 'op naar de volgende bocht'	Kersten, B. & H. Folkerts, p. 1-17, 25 maart 2012
	Sneldiagnose bij het vermoeden van kanker, vooruitblik	Kersten, B. & H. Folkerts 12 mei 2012 p. 1-10
	Accenture 2011	Steekproef, 0-meting, PowerPoint slides
Boodschap	Nieuwsbrief Sneldiagnose UMCU	Jan Kimpen, 20 februari 2012
	E-mail patient tbv Sneldiagnose; positieve reactie	Anoniem
	Radio, tv fragmenten, presentaties	Ervaringen Alpe d'Huez 2012 Frankrijk

Figuur 4.1 Documentanalyse

Een aantal bronnen, zoals de nieuwsbrief en de e-mail, zijn documenten die ervoor zorgen dat een bepaalde boodschap wordt overgebracht, ze hebben een communicatieve functie (Robson, 2001 in Van Thiel, 2007, p. 117). Ze laten zien hoe bepaalde mensen tegen zaken aankijken en welke verwachtingen er zijn. De overige documenten zijn vooral zeer informatief van aard, ze gaan over de inhoud (Van Thiel, 2007, p.117). Zo beschrijven ze de werking van Sneldiagnose en laten zien welke omliggende relaties van belang zijn. Ten slotte zijn ook niet-schriftelijke bronnen gebruikt zoals visuele bronnen tijdens het fietsevenement van Alpe d'HuZes in juni 2012. Ervaringen van mensen, radiofragmenten en beeldpresentaties zijn bijgewoond. Deze bronnen geven een goed beeld over de bestaande emoties, ervaringen en verhalen over het onderwerp 'leven met kanker'.

Interviews

Het afnemen van interviews is de tweede methode die gebruikt is voor dit onderzoek. Een interview is een bepaalde manier van informatie verzamelen, het is een gesprek waarbij de

onderzoeker vragen stelt aan één of meerdere personen (ook wel de respondenten) over het onderzoeksonderwerp. Een interview is een veelvoorkomende methode in *casestudy* onderzoek (Van Thiel, 2007, p.106). Interviews zijn een flexibele methode om informatie te verzamelen, omdat gedurende het gesprek aanvullende vragen kunnen worden gesteld om een gegeven antwoord beter te kunnen begrijpen (meer verduidelijking, verdieping en achtergrond). Deze flexibiliteit kan daarentegen ook gevaren opleveren met betrekking tot de betrouwbaarheid van het onderzoek, elk gesprek zal immers anders verlopen (Robson, 2002 in Van Thiel, 2007, p. 106). Meer over de betrouwbaarheid en validiteit volgt in de volgende paragraaf.

Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van een open interview en van semi-gestructureerde interviews (Van Thiel, 2007). Bij een open interview staat slechts de beginvraag vast die het onderwerp van het gesprek introduceert en verder geen richting geeft. De respondent krijgt alle ruimte en door in te spelen op het antwoord (doorvragen, samenvatten) ontstaan weer nieuwe vragen waardoor open interviews meer de diepte in gaan. Binnen dit onderzoek is slechts één open interview afgenomen bij een huisarts omdat Sneldiagnose nog een vrij onbekend terrein voor hem was. Een semigestructureerd interview, de meest voorkomende manier van interviewen binnen dit onderzoek, is een gesprek dat zich afspeelt aan de hand van een interviewhandleiding. Hierin staan de onderwerpen waarover de onderzoeker de respondenten vragen wil stellen (Van Thiel, 2007, p. 106, 107). Het semigestructureerde interview is gebruikt omdat er een aantal specifieke onderwerpen zijn die behandeld kunnen worden. Dit is belangrijk omdat de respondenten anders 'lukraak' gaan vertellen. Uiteindelijk was het de bedoeling dat het over een aantal specifieke onderwerpen zou gaan die fungeren als richtlijn. Het kwam regelmatig voor dat door doorvragen over een bepaalde situatie, het gesprek een andere wending kreeg, zo is een variëteit aan gesprekken ontstaan.

Selectie van respondenten

In dit onderzoek is gekozen voor een combinatie van een representatieve en een gestratificeerde selectie van respondenten (Van Thiel, 2007, p. 109). De eerste vorm is een selectie van respondenten van verschillende partijen, waar in dit kader gesproken is met Alpe d'HuZes en met diverse ziekenhuizen zoals het UMCU, LUMC, AvL, VUmc. Een gestratificeerde selectie is een selectie van respondenten uit allerlei lagen binnen een ziekenhuis (Van Thiel, 2007, p. 109). Binnen het UMCU is bijvoorbeeld een gesprek geweest met een manager, maar ook met artsen en *nurse practitioners*. De respondenten kunnen uiteindelijk worden opgedeeld in drie verschillende groepen. De eerste groep bestaat uit de omgeving/context groep deze respondenten werken voor stichting Alpe d'HuZes, zoals de oprichter en ambassadeur van Alpe d'HuZes die tevens president is van de overkoepelende organisatie 'Inspire2Live'. Daarnaast is er gesproken met de programmadirecteur en met de projectmanager van het Sneldiagnose-programma. Vanuit Alpe d'HuZes zijn zij verantwoordelijk voor het project Sneldiagnose. Van Thiel (2007) spreekt ook wel van informanten. Zij kennen de onderzoekssituatie wel, maar zijn er geen onderdeel van. Deze groep heeft een sterke visie over zorg rondom kanker en helpt bij het inzichtelijk maken van de context.

1. Omgeving/ Context: Alpe d'HuZes

- Oprichter / ambassadeur (1)
- Programmadirecteur Sneldiagnose (2)
- Projectleider Sneldiagnose (3)

Figuur 4.2 Omgeving/ context groep respondenten

De tweede groep respondenten wordt gevormd door de medewerkers van het UMC Utrecht. Hier is Sneldiagnose (gedeeltelijk) geïmplementeerd en is men druk bezig met de uitvoering van het proces met structurele verbeteringen en met de realisatie van Sneldiagnose voor nog meer tumorsoorten. Negen mensen van de afdelingen Radiologie, Pathologie, Maag-Darm-en Leverziekten en het Cancer Center zijn geïnterviewd. Het unithoofd van de afdeling Radiologie is verantwoordelijk voor de zorgpaden en dus ook voor Sneldiagnose binnen Radiologie. Twee professionals van de afdeling Pathologie zijn geïnterviewd, namelijk een lab-manager en het afdelingshoofd. De labmanager is verantwoordelijk voor Sneldiagnose en de managementkant binnen Pathologie, deze respondent ondersteunt het hoofd van Pathologie. Het hoofd van de afdeling Pathologie is hoogleraar en patholoog en stelt dagelijks een diagnose over een heel aantal biopten. Van de afdeling Maag-Darm-en Leverziekten is er gesproken met een stafarts die binnen deze afdeling de medisch inhoudelijke projectleider van Sneldiagnose is. Daarnaast is er een *nurse-practitioner* geïnterviewd, zij begeleidt het proces van Sneldiagnose en staat in nauw contact met haar patiënten. Daarnaast is er gesproken met het clusterhoofd zorg van de afdeling MDL. Zij is verantwoordelijk voor het management, de financiën en het personeel. Ze is niet zozeer inhoudelijk betrokken bij Sneldiagnose, maar heeft een duidelijke faciliterende rol. Ook is het hoofd van de polikliniek chirurgie geïnterviewd. Vanuit het Cancer Center is er gesproken met een beleidsmedewerker, deze respondent is projectleider Sneldiagnose. Ook is zijn leidinggevende geïnterviewd, namelijk de projectleider van het Cancer Center. Het Cancer Center is een afdeling die als een overkoepelend orgaan over de divisies heen valt. De projectleider van het Cancer Center is verantwoordelijk voor de organisatie van alle innovatieve projecten binnen het Cancer Center, waaronder Sneldiagnose. Het Sneldiagnose-project heeft ook weer een projectleider, de projectleider was ook één van de respondenten.

2. UMC Utrecht

- **Radiologie:** unithoofd (4)
- **Pathologie:** labmanager (5) en afdelingshoofd (6)
- **Maag - darm - en leverziekten:** stafarts / medisch inhoudelijk projectleider Sneldiagnose (7), nurse-practitioner (8), afdelingshoofd zorg (9)
- **Polikliniek Chirurgie:** afdelingshoofd (10)
- **Cancer Center:** projectleider Cancer Center (11), beleidsmedewerker/projectleider Sneldiagnose (12)

Figuur 4.3 UMC Utrecht respondenten

Een laatste groep respondenten is de zogenaamde ‘contrast’ groep, verschillende ziekenhuizen bevinden zich in deze groep. De volgende 6 ziekenhuizen zijn geselecteerd voor dit onderzoek: Leidsch Universitair Medisch Centrum (LUMC), Universitair Medisch Centrum Nijmegen (UMCN St Radboud), Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum Amsterdam (AMC GIOCA), Orbis Medisch Centrum, Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc) en het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek (NKI-AvL). Daarnaast is één huisartsenpraktijk geselecteerd voor dit onderzoek, namelijk huisartsenpraktijk Te Cleeff in Haarlem. Per geselecteerd ziekenhuis is met 1 à 2 respondenten gesproken. Deze ziekenhuizen werken nog niet geheel volgens de definitie van Alpe d’HuZes met Sneldiagnose, maar zijn daar wel mee bezig of willen graag starten.

3. Contrast

- **LUMC:** strategisch directeur (13), stafadviseur (14), hoofd afdeling immuno hematologie en bloedtransfusie (15)
- **Radboud:** projectleider Sneldiagnose (16) en hoofd pathologie/bestuursvoorzitter Radboud Universitair Centrum voor Oncologie (17)
- **AMC GIOCA:** bestuurslid (18)
- **Atrium/Orbis:** senior beleidsmedewerker (19)
- **VUmc:** hematoloog / hoofd werkgroep Sneldiagnose (20)
- **Huisartsenpraktijk Te Cleeff:** huisarts (21)
- **AVL:** nurse practitioner/projectleider Sneldiagnose (22)

Figuur 4.4 Contrast respondenten

4.5 Criteria voor goed onderzoek

Twee belangrijke criteria voor goed onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit. Betrouwbaarheid betekent de consistentie en nauwkeurigheid waarmee de variabelen worden gemeten. Hoe nauwkeuriger en consistentier het onderzoek, des te betrouwbaarder de onderzoeksbevindingen zullen zijn en er niet van toeval kan worden gesproken. Het gaat ook wel om de navolgbaarheid en herhaalbaarheid van waarnemingen (Van Thiel, 2007, p.55). Een tweede criteria is validiteit, met betrekking tot kwalitatief onderzoek, ook wel gesproken van geldigheid. ‘Heeft de onderzoeker echt gemeten wat hij wilde meten?’ (Van Thiel, 2007, p. 57). Het gaat dan ook wel over ‘werkelijke’ metingen in zo ‘natuurlijk’ mogelijke context (Lucassen & Olde-hartman, 2007, p. 18). De betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief onderzoek zijn vaak minder concreet dan bij kwantitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek wordt veelal als subjectief, interpretatief en te persoonsgebonden beschouwd, daarnaast is het lastig om causaliteit te bewijzen en kan het vaak onvoldoende *power* hebben omdat het over een gering aantal eenheden gaat, bijvoorbeeld bij het geval van *casestudies* (Van Thiel, 2007, p. 166).

Veelal geeft een *casestudy*, zoals gehanteerd is voor dit onderzoek, een unieke situatie waardoor hypothesen niet statistisch getoetst kunnen worden. De rijkdom aan verkregen empirische informatie dat het onderzoek oplevert is vooral de meerwaarde van een dergelijke *casestudy*. Deze informatie kan de basis zijn voor nieuwe theorievorming of kan uiteindelijk zorgen voor een verbetering in de bestaande theorievorming (Van Thiel, 2007, p. 104). In dit verband kan ook gesproken worden over een analytische of theoretische generaliseerbaarheid (Yin, 1994 in Van Thiel, 2007, p. 104).

Er bestaan manieren om de validiteit en betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek te vergroten zoals triangulatie. Triangulatie betekent dat informatie op meer dan één manier wordt verzameld en/of verwerkt. Door uit verschillende bronnen informatie te putten en op meerdere manieren te analyseren wordt duidelijk hoe geldig en betrouwbaar de verzamelde informatie precies is. Zo wordt helder of de onderzoeksbevindingen tegenstrijdig zijn, indien dit het geval is, is meer onderzoek noodzakelijk om valide en betrouwbare conclusies te kunnen trekken (Van Thiel, 2007, p. 59,60). In dit onderzoek wordt op twee manieren informatie verzameld, namelijk via documentanalyse en interviews.

De meeste problemen met betrekking tot betrouwbaarheid en validiteit worden veroorzaakt door het geringe aantal onderzoekseenheden. Om dit probleem te reduceren, kunnen binnen een casus sub-eenheden onderscheiden worden. Een andere oplossing is door binnen de casus sub-eenheden te onderscheiden (Swanborn, 1996, Yin, 1994, King et al., 1994 in Van Thiel, 2007, p. 105). Zo bestaat een organisatie als het UMCU uit verschillende divisies en afdelingen en zijn binnen iedere organisatiecultuur weer meerdere subculturen aanwezig. Ook binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van sub-eenheden binnen één grotere onderzoekseenheid, ook wel een gelaagd design genoemd. Binnen het ziekenhuis UMCU zijn meerdere afdelingen geselecteerd voor dit onderzoek, namelijk radiologie, pathologie, oncologie en het Cancer Center. Het UMCU is niet het enige ziekenhuis waar interviews zijn afgenomen, dit is slechts een sub-eenheid van de Nederlandse ziekenhuiswereld. Daarnaast (zie ook paragraaf 4.4.) zijn ook nog andere ziekenhuizen geselecteerd. Doordat sub-eenheden onderscheiden zijn wordt ook de betrouwbaarheid en validiteit vergroot.

Een tweede manier om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen is het hanteren van een zo gestructureerd mogelijke interviewtechniek. Interviewvragen staan dan duidelijk in relatie tot het theoretisch kader (operationalisatie) en de interviews spelen zich af volgens een vast proces aan de hand van de interviewhandleiding (repliceerbaarheid). Soms is een (semi) gestructureerd interview niet mogelijk omdat voorkennis om de juiste vragen te kunnen formuleren ontbreekt (verkennend onderzoek) zoals in het geval bij de huisarts. In dit geval is een open interview afgenomen wat de validiteit en betrouwbaarheid verkleint.

Een ander belangrijk punt voor de betrouwbaarheid en validiteit is de selectie van respondenten. Dit kan problematisch zijn, respondenten zijn immers voornamelijk geselecteerd op hun beschikbaarheid en betrokkenheid bij Sneldiagnose. Zo zou een scheef beeld kunnen ontstaan, mensen die minder betrokken zijn geweest bij Sneldiagnose zijn wellicht overgeslagen. Om de validiteit en betrouwbaarheid te verhogen zijn een behoorlijk aantal respondenten geselecteerd op basis van verschillende herkomst en posities. Zo zijn bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en *nurse practitioners* geïnterviewd, die elk een eigen positie binnen de organisatie hebben. Daarnaast zijn de interviews opgesplitst in drie groepen, de context-groep, de UMCU -groep en de contrast-groep. Ook dit zorgt voor een vergrote representativiteit en

draagt bij aan triangulatie (Van Thiel, 2007, p. 113). Echter, is dit niet altijd mogelijk omdat interviews arbeidsintensief zijn. Binnen dit onderzoek is uiteindelijk gekozen voor een groot aantal respondenten binnen het UMCU omdat zij de pilot van Alpe d'HuZes zijn en waarbij ook Accenture een rol gespeeld heeft bij de implementatie van Sneldiagnose.

4.6 Slot

In dit hoofdstuk is de aanpak van het kwalitatieve onderzoek beschreven. De onderzoeksbenadering is interpretatief van aard waarbij gekozen is voor een *casestudy*: Sneldiagnose. De *casestudy* is in de natuurlijke context bestudeerd en tracht een zo holistisch mogelijk beeld te geven. Het onderzoek bestaat uit drie verschillende fasen: de oriënterende fase, de dataverzameling en tenslotte de data-analyse. De empirische data is verzameld aan de hand van een documentanalyse en interviews. In hoofdstuk 5 zal een analyse van de empirische data volgen.

5 Sneldiagnostiek

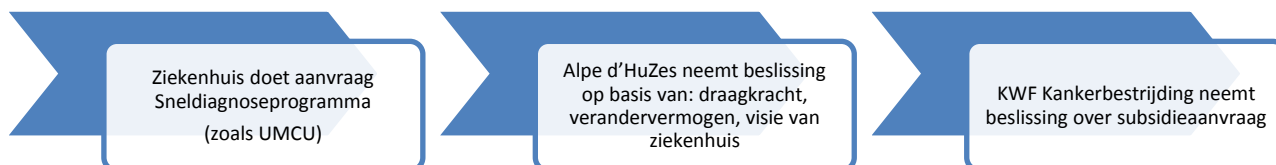
5.1 Introductie

In dit hoofdstuk wordt duidelijk gemaakt wat de procesinnovatie Sneldiagnose precies inhoudt. Stichting Alpe d’HuZes is de initiator van het Sneldiagnose-programma. Voor deze innovatie zijn, volgens een bepaalde visie en gedachtegang, principes ontwikkeld. De verwachte voordelen kunnen Sneldiagnose, ten behoeve van ziekenhuizen, tot een interessante procesinnovatie maken. Sneldiagnose is in ontwikkeling en zich steeds meer aan het profileren binnen het huidige zorglandschap. Om Sneldiagnose te realiseren is een bepaalde organisatievorm gewenst, waar verschillende partijen betrokken zijn bij het proces en waarbij interprofessionele samenwerking essentieel lijkt.

5.2 Sneldiagnose: principes

Een van de belangrijke principes die Alpe d’HuZes hanteert bij het beheren van de financiële opbrengst, binnengehaald door sponsors, is het anti-strijkstokbeleid. Dit betekent dat alle giften voor de volle 100% naar ‘een beter leven met kanker’ gaan. KWF Kankerbestrijding beheert dit geld. Wanneer Alpe d’HuZes geld beschikbaar wil stellen aan een project ten behoeve van de verbetering van de zorg in kanker, moet het KWF hier goedkeuring voor geven. In mei 2011 heeft het KWF een positief besluit genomen over de subsidieaanvraag rondom Sneldiagnose van Alpe d’HuZes. Vier Nederlandse ziekenhuizen kregen toestemming om voor het eerst aan de slag te gaan met Sneldiagnose, waarbij met name budget is vrijgemaakt voor de pilot-implementatie in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU).

Ten aanzien van het Sneldiagnose-programma gelden een aantal landelijke uitgangspunten. Indien de subsidieaanvraag van een ziekenhuis voor de invoering van Sneldiagnose is goedgekeurd, krijgen zij hulp bij de implementatie en borging van Sneldiagnose; hierna zullen zij zelf zorgdragen voor continuïteit. Deze goedkeuring hangt af van het feit of een ziekenhuis beschikt over voldoende draag-en daadkracht en ontwikkelde visie en verandervermogen en – bereidheid heeft om Sneldiagnose te kunnen implementeren. Het tweede uitgangspunt is dat een voorhoede van ongeveer tien Nederlandse ziekenhuizen wordt geholpen met de invoering van Sneldiagnose. Uiteindelijk is de ambitie dat, naast die tien locaties, zoveel mogelijk andere ziekenhuizen zullen volgen. Voor die ziekenhuizen is echter geen mogelijkheid tot (financiële) hulp en ondersteuning. Een Sneldiagnose-expertisecentrum, dat ondersteuning kan bieden bij de implementatie, is in ontwikkeling.



Figuur 5.1 Fasen voor Sneldiagnose-aanvraag

Figuur (5.1) betreft een schematische weergave van fasen die een ziekenhuis volgens de principes van Alpe d’HuZes geacht worden te doorlopen. Zo maakt een ziekenhuis kans om in aanmerking te komen voor hulp vanuit Alpe d’HuZes en kan een Sneldiagnose-implementatie starten. De fasering van de projectaanpak is in onderstaand kader (5.2) opgenomen.

Fasering projectaanpak vanuit Alpe d’HuZes

De volgende programma-activiteiten worden doorlopen per project:

- Voorbereidingsfase
- Creatie en afstemming van project initiatiedocument (door ziekenhuis en implementatiepartner)
- Draagvlak creatie
- Afstemming met belangrijke stakeholders
- Goedkeuring Alpe d’HuZes
- Goedkeuring KWF
- Initiatiefase

Na goedkeuring worden de volgende onderdelen bepaald en ingericht:

- Programmastructuur
- Governance
- Communicatie
- Projectbemensing, startend met de project-managers

Plan van aanpak wordt gemaakt voor alle project-onderdelen en geconsolideerd in een programmaplan met daarin de volgende fasen:

- Analyse fase
- Proces specificatie fase
- Product specificatie
- Implementatie fase
- Sluiting en nazorg fase

Kader 5.2 Projectaanpak Sneldiagnose

Het Sneldiagnose-traject is een proces, van het eerste gesprek bij de (doorverwijzende) huisarts of een ander verwijzend ziekenhuis, tot aan het uiteindelijk mededelen van een behandelplan in het ziekenhuis, dat volgens Alpe d’HuZes uit een aantal kritische schakels bestaat (zie figuur 5.3):

1. Gesprek bij de (huis-)arts, vervolgens doorverwijzing naar ziekenhuis.
2. De toegangstijd; de tijd die verstrijkt vanaf het moment dat de huisarts doorverwijst tot de daadwerkelijke binnenkomst in een ziekenhuis.
3. Diagnostisering: het vaststellen van kanker of geen kanker. Indien mogelijk uitleg over de fase waarin de kanker zich bevindt, ook wel de staging genoemd.
4. Opstellen van een behandelplan en de bespreking hiervan met de patiënt.



Figuur 5.3 Diagnoseproces

Het project bestaat uit drie deelprojecten, te weten Versnelling Toegangstijd (VTT), Versnelling Onderzoeken (VOZ) en Versnelling Diagnosepaden (VDP). De opdeling naar deze deelprojecten is gedaan op basis van de hoofdstappen in het diagnose proces (zoals ook in figuur 5.3 is weergegeven). Onder VTT valt de verwijzing (incl. aanlevering van verwijsinformatie). VOZ bevat de intake en aanvraag van onderzoeken alsmede het uitvoeren en beoordelen van de onderzoeken. VDP bevat het gehele diagnosepad en streeft naar zoveel mogelijk standaardisatie en zo min mogelijk sub-optimalisaties (Accenture, 2012).

5.3 Verwachte voordelen

Sneldiagnose is een nieuwe werkwijze waarbij een optimalisatie van het diagnoseproces beoogd wordt. In het theoretisch kader (paragraaf 3.2.1) is gebleken dat een procesinnovatie een verandering kan zijn in de manier waarop een dienstverlening tot stand komt, een organisatie besluit bijvoorbeeld om bepaalde aangeboden diensten op een andere manier te realiseren. Sneldiagnose is een voorbeeld van een dergelijke procesinnovatie, vertrouwde processen en werkwijzen ten aanzien van de diagnosevorming met betrekking tot kanker worden effectiever, slimmer en efficiënter ingericht waarbij op een andere manier met de patiënt wordt omgegaan.

Door de procesinnovatie Sneldiagnose te implementeren in ziekenhuizen kunnen verscheidene voordelen behaald worden voor meerdere doelgroepen, zoals het ziekenhuis/de zorginstelling, de professional en/of de (ex-)patiënten. De te verwachten voordelen zijn onder meer: het sneller weten waar je als (mogelijke) patiënt aan toe bent, een centralere rol voor de cliënt, dienstverlening verloopt efficiënter, een optimalere samenwerking tussen professionals en een grotere kans op de keuze van een ziekenhuis met een 'Sneldiagnose Award en Certificaat'. Onder andere deze voordelen kunnen de vernieuwing interessant maken en laten zien dat er iets te 'winnen' valt ten opzichte van de 'oude' situatie.

5.3.1 (Mogelijke) kankerpatiënt is er bij gebaat

Een belangrijk voordeel, en tevens het hogere doel van het Sneldiagnose-programma, is het bewerkstelligen dat patiënten zo snel als mogelijk, mits zij dat zelf ook willen, de uitslag krijgen van het vermoeden van wel of geen kanker. Het is de bedoeling dat de onzekerheid en het aantal slapeloze nachten vermindert voor de (mogelijke) patiënten hun naasten (Rapport Alpe'HuZes, 2012). Alpe d'HuZes neemt aan dat, zeker voor de patiënten die geen kanker blijken te hebben, reductie van onzekerheid en onnodige angst gewenst is. En niet alleen de snelheid van de uitslag is belangrijk, maar vooral ook de mogelijkheid om als patiënt inspraak te hebben binnen het proces. Hetgeen blijkt, zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, uit de veronderstelling dat steeds meer Nederlandse patiënten hun eigen ziekte willen 'managen'. Voor een ziekenhuis is het zinvol hierop in te spelen door bijvoorbeeld snelheid en inspraak aan te bieden. Een gevolg zou dan kunnen zijn dat patiënten sneller geneigd zijn om te kiezen voor een ziekenhuis dat meer aan hun wensen voldoet en waar bijvoorbeeld Sneldiagnose al geïmplementeerd is.

5.3.2 Efficiëntie

Volgens een van de principes van Alpe d’HuZes heeft een waarde-georiënteerde benadering, zoals ‘de patiënt centraal stellen’, vaak een gunstiger effect op de efficiëntie van bedrijfsprocessen. In hun benadering is niet de beschikbaarheid van apparatuur of arts leidend, maar de patiënt. Met Sneldiagnose wordt het diagnoseproces geoptimaliseerd. Qua doorlooptijd van een patiënt wordt een proces van enkele weken teruggebracht naar een proces van maximaal 48 uur (voor 80% van de gevallen) of naar een proces van maximaal vijf werkdagen (voor 95% van de gevallen). *‘Het proces is efficiënter ingericht. Er is een kortere doorlooptijd, minder wachttijd en het ziekenhuis kan grotere volumes aan. Ook een lagere overhead wordt gerealiseerd bij goede en snelle ziekenhuisprocessen’* (programmamanager Sneldiagnose Alpe d’HuZes). Ook mag een kostenreductie van de bedrijfs-operationele-kosten verwacht worden, echter is deze kostenverlaging met de huidige kostenstructuren in ziekenhuizen nog lastig te meten en te bewijzen.

3.5.3 Reputatiewinst

Een derde voordeel is dat ziekenhuizen door Alpe d’HuZes in de toekomst herkenbaar worden beloond voor hun prestaties op het gebied van sneldiagnose met een ‘Sneldiagnose Award en Certificaat’. Het belangrijkste doel hierachter is de naamsbekendheid van Sneldiagnose verhogen en op een eenduidige manier een werkbare meetmethode voor Sneldiagnose te bepalen. Bovendien weet de cliënt en de doorverwijzend arts door dit officiële Sneldiagnose-kenmerk direct waar hij/zij aan toe is. Deze transparantie maakt dat direct zichtbaar is voor welke tumorsoorten Sneldiagnose beschikbaar is. De kwalificatie zal op websites van ziekenhuizen en zorgverzekeraars zichtbaar zijn (Rapport Alpe d’HuZes, 2012). Met de genoemde kwalificatie van Sneldiagnose kan een ziekenhuis zich onderscheiden ten opzichte van andere ziekenhuizen wat leidt tot meer naamsbekendheid. *‘Wij zijn het kankercentrum, hier kun je direct terecht!’* (MDL arts UMCU). Een ziekenhuis gaat daarmee gelijk een soort ‘prestatiecontract’ aan, voor zowel de patiënten als bijvoorbeeld de huisartsen. Huisartsen kunnen eerder geneigd zijn door te verwijzen naar een ziekenhuis als het UMCU omdat zij beloven om voor 80% van de gevallen binnen 48 uur een uitslag te geven. *‘Zowel de huisarts als de patiënt heeft hierbij een verwachting en daar moet hij aan voldoen’* (MDL arts, UMCU). Een ziekenhuis kan zich onder andere op die manier kwalificeren. Enerzijds is dit een positieve ontwikkeling, want het trekt mogelijk meer patiënten en genereert meer naamsbekendheid. Anderzijds is waakzaamheid op zijn plaats en is het van belang om als ziekenhuis deze belofte wél waar te maken en tegemoet te komen aan de verwachtingen en wensen van de patiënt en huisarts. Die kwalificatie en de daarbij komende prestige en reputatiewinst kan gelden voor het desbetreffende ziekenhuis als institutie, maar ook voor de professional. Voor professionals uit een ziekenhuis kan het aantrekkelijk en voordelig zijn om met een vernieuwing, als Sneldiagnose, reputatie te winnen middels nieuwe onderzoeken en publicaties.

5.4 Sneldiagnose in ziekenhuizen

In 2012 zijn 4 verschillende ziekenhuizen actief betrokken geraakt bij het Sneldiagnose-programma, te weten: het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek (NKI-AvL), het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), het Universitair Medisch Centrum Nijmegen (UMC St Radboud) en het Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc). Deze ziekenhuizen zijn volop in ontwikkeling om het Sneldiagnose-traject te implementeren en/of verder te optimaliseren.

5.4.1 De actuele praktijk, het UMCU 'demarreert'

In het UMCU heeft als pilot-locatie een 'demarrage' plaatsgevonden. Bij 10 poliklinieken en 24 tumorsoorten is Sneldiagnose inmiddels ontworpen en is, in de meeste gevallen, een doorverwijstijd van 24 uur haalbaar. Voor 50% van de tumorsoorten krijgen patiënten diezelfde dag nog een diagnose. Bij 100% van de tumorsoorten gaan patiënten een diagnosetraject van drie dagen in, met uitzondering van enkele zeer bijzondere tumorsoorten. Daarnaast is voor 90% van de patiënten de mogelijkheid ontstaan om binnen drie dagen na binnenkomst duidelijkheid te krijgen over de staging, dit is de bepaling van de fase waarin het ziekteproces zich bevindt. De patiëntvolumes zijn tot nu toe nog niet toereikend genoeg om Sneldiagnose iedere dag te kunnen aanbieden voor alle tumorsoorten. Door de realisatie van een aparte Sneldiagnose-balie, gekoppeld aan een centraal planningssysteem, is echter wel geanticipeerd op eventuele directe volumegroei. Tabel 5.4 laat de scope zien en de (toekomstige) tumorsoorten die voor Sneldiagnose in aanmerking komen.

Poli	Tumor	Scope	Poli	Tumor	Scope	Poli	Tumor	Scope	
DER	Plaveiselcel carcinoom	X	HEM	Acute leukemie	V	NER	Hersentumoren	X	
	Huid lymfoom	X		Chronische leukemie	X		OOG	Orbita	X
	Basaalcel carcinoom	X		Multiple myeloom	V			Uvea	X
	Melanoom	V		Lymfoom	V			ORTH	Skelet
ENDO	MEN 1 of 2	X	Kaak	Kaak tumoren	V	Wervel/merg			X
	Schildklier	V	KNO	KNO tumoren	V	Niertumoren	V		
	Hypofyse	X	Long	Long	V	Prostaat carcinoom	V		
	Bijnier tumor	X	Chirurgie	Mamma	V	URO	Blaas carcinoom	V	
GYN	Bijschildklier	X	MDL	Slokdam (Oesophagus)	V		Testistumoren	V	
	Baarmoedercarcinoom	V		AlMees (pancreas)	V		Penis	V	
	Ovariumcarcinoom	V		Maag	Maag		V		
	Vulvacarcinoom	V		Lever	Lever	V			
	Baarmoederhalscarcinoom	V		Gal/galwegen	V				
				Colon / Rectum	V				

Tabel 5.4 Scope en tumorsoorten voor Sneldiagnose bij het UMCU v= In scope x= Uit scope.

Sneldiagnose bestaat binnen het UMCU uit een aantal fasen. De eerste stap in het proces is de verwijzing van een huisarts. De patiënt wordt met een serieuze verdenking van kanker naar het ziekenhuis doorverwezen. Daar wordt de patiënt opgevangen door een *nurse practitioner* bij de nieuwe Sneldiagnose-balie. Hier wordt de patiënt verwelkomd en wordt er tijd genomen om kennis te maken. Vervolgens gaat de patiënt naar de specialist die bepaalt of ze met spoed onderzoeken gaan inzetten, zodat de patiënt nog diezelfde dag een uitslag heeft. In figuur 5.6 is het Sneldiagnose-proces voor de patiënt in hoofdlijnen weergegeven.



Figuur 5.5 Het Sneldiagnose-proces in hoofdlijnen

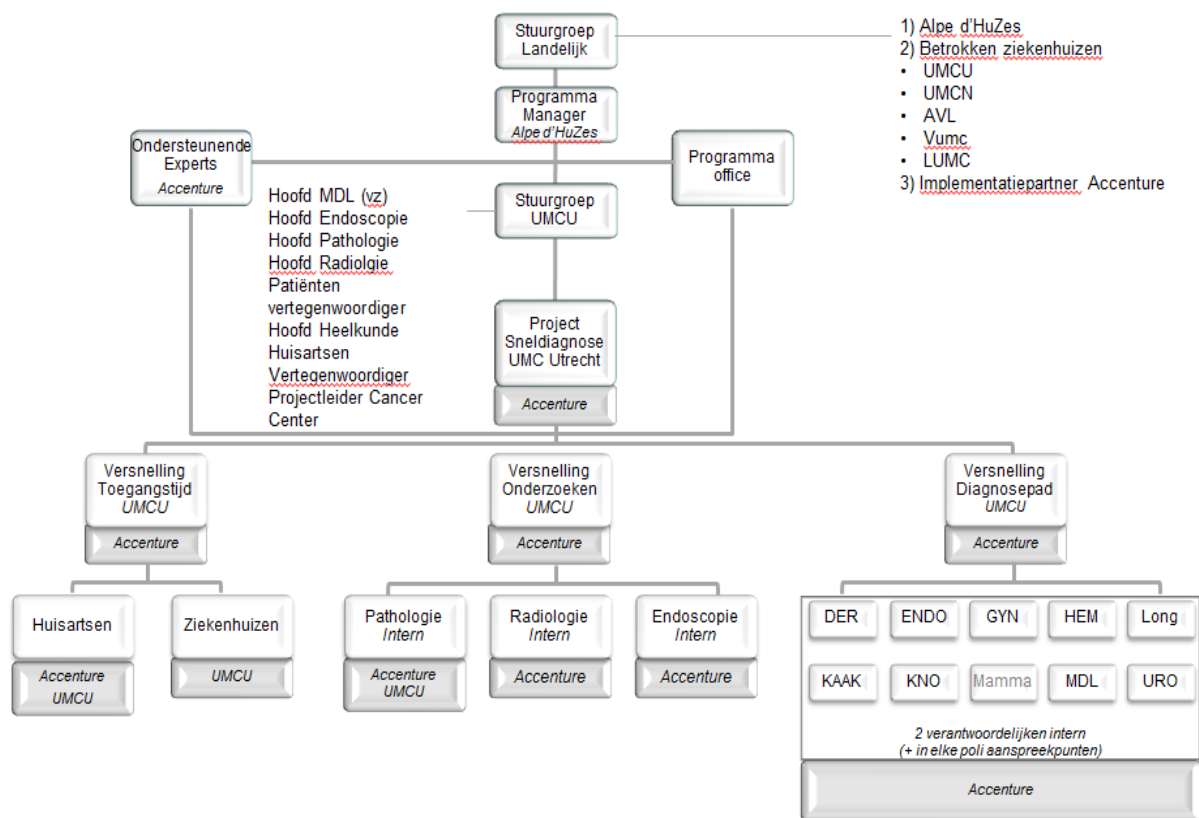
Er wordt de tijd genomen om goed uit te leggen wat er gaat gebeuren. Een rol die voornamelijk is weggelegd door de *nurse practitioner*. Zo spreekt een nurse practitioner van de afdeling MDL over zichzelf als: *'olie in de motor, ik moet er voor zorgen dat alle andere betrokken professionals worden bijgepraat of aan hun jasje worden getrokken, bijvoorbeeld als er iets misgaat'*. Zij begeleidt de patiënt gedurende het hele proces. *'Ik heb veel contact met de patiënt en zie erop toe hoe het totale proces verloopt'* (*nurse practitioner MDL*). In feite ziet zij er ook op toe hoe de samenwerking zich tussen de verschillende afdelingen voltrekt. Deze continuïteit en houvast zorgen ervoor dat de patiënt zich minder onzeker en verloren voelt.

Doordat het proces in fasen geoptimaliseerd is, en dus een stuk sneller gaat, is volgens de projectleider van het Cancer Center in het UMCU behoorlijk wat winst behaald in de zin van efficiëntie. Normaliter moest een patiënt gemiddeld een week of drie wachten en moest hij/zij een aantal keer terugkomen voor onderzoek. Dit was niet alleen inefficiënt voor de patiënt, maar ook voor de professionals, aangezien zij immers steeds weer paraat moesten staan. *'Sinds de invoering van Sneldiagnose, is het proces van de diagnosestelling geconcentreerd op één dag'* (*projectleider Cancer Center UMCU*). Bij het Sneldiagnose-proces moet sneller gehandeld worden dan voorheen. Er wordt anders naar de data gekeken en het besluitmoment is sneller. *'Vroeger konden professionals twee weken over een beslissing doen, nu moet het besluit zoveel uur later genomen worden. Meer patiënten worden in een kortere tijd 'gepropt'* (*arts UMCU*). Het proces is anders ingericht. Zo wordt er op de Maag–Darm–Lever-afdeling iedere dag een paar uur gereserveerd voor Sneldiagnose, dit komt bovenop de reguliere spoed waar de professionals dagelijks mee te maken hebben.

5.5 Organisatievormen

Zoals uit de theorie (paragraaf 3.3.2) blijkt, is een interprofessionele samenwerking een samenwerking tussen professionals van twee of meer gespecialiseerde beroepsgroepen. Door ervaringen, competenties en visies van professionals bij elkaar te brengen, proberen organisaties op een steeds complexere behoefte van de maatschappij te reageren. Sneldiagnose is een procesinnovatie waarbij een grote verscheidenheid aan professionals betrokken is met ieder een eigen achtergrond en referentiekader. Een procesinnovatie als Sneldiagnose komt niet vanzelf van de grond. Bepaalde zaken, zoals de aard van de complexiteit, de grootte van het project en het aantal betrokkenen, kunnen de samenwerking juist bevorderen of bemoeilijken. Sneldiagnose blijkt niet door één discipline gerealiseerd te kunnen worden. *'Een heel scala aan individuele professionals, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, hebben met het proces van Sneldiagnose te maken'* (*ambassadeur Alpe d'HuZes*).

Figuur 5.7 laat de organisatievorm van Sneldiagnose binnen het UMCU zien. Zoals dit figuur toont, 'wordt Sneldiagnose niet door één discipline gerealiseerd' (MDL arts UMCU). De procesinnovatie is binnen het UMCU op grote schaal voor meerdere tumorsoorten ingezet en omvat verschillende partijen. Dit maakt de aard van de samenwerking complex.



Figuur 5.6 Organisatievorm project Sneldiagnose in UMCU

Bij de aanvraag van Sneldiagnose en de uiteindelijke implementatie zijn bij het UMCU twee externe partijen betrokken, namelijk stichting Alpe d’HuZes en Accenture. Zij helpen bij de realisatie van Sneldiagnose. De stuurgroep van het UMCU (zie figuur 5.6) staat in de organisatievorm bovenaan. Daaronder valt het Cancer Center, een centrum dat is opgericht om vorm te geven aan kankerzorg binnen het UMCU, het is de overkoepelende organisatie die verantwoordelijk is voor projecten als Sneldiagnose. Het project Sneldiagnose bestaat uit drie deelprojecten. Bij de versnelling van de toegangstijd waren huisartsen uit de regio Utrecht en verschillende perifere ziekenhuizen uit de regio Utrecht betrokken. Gezamenlijk zijn protocollen afgestemd voor doorverwijzing van patiënten (met hulp van ZorgDomein). Hierdoor komen de patiënten binnen via vaste kanalen met de gewenste informatie. Bij de onderzoeken naar versnelling zijn de afdelingen Pathologie, Radiologie en Endoscopie betrokken. Tenslotte zijn voor de versnelling van het diagnosepad de poliklinieken; Dermatologie, Endoscopie, Gynaecologie, Hematologie, Long, Kaak, KNO, Mamma, MDL en Urologie betrokken. Veel verschillende divisies hebben dus met het Sneldiagnose-traject te maken. Uiteindelijk is iedere

divisie verantwoordelijk voor zijn eigen organisatie en worden ze financieel aangestuurd naar aanleiding van de resultaten. *'Het zijn eigenlijk twaalf ziekenhuizen, en samen is het één grote. Het Cancer Center is bedoeld om de zorg voor patiënten te stroomlijnen in zorgpaden of processen zoals Sneldiagnose'* (projectleider Sneldiagnose UMCU). Het Cancer Center gaat organisatorisch dus dwars door de specifieke divisies heen en levert een bijdrage aan de samenwerking binnen kankerzorg.

Binnen de verschillende divisies bestaan ook weer uiteenlopende partijen. Zoals ook in het theoretisch kader wordt besproken, heeft een ziekenhuis, en dus ook het Sneldiagnose-proces, te maken met 'pure' professionals zoals artsen, medisch specialisten en *nurse practitioners*. Maar ook met andere professionals zoals het bestuur, het management, het ondersteunend personeel en het secretariaat. Ook zij zijn betrokken en dragen bij aan het Sneldiagnose-traject, echter zij vallen niet onder de noemer 'pure' professionals. Daarnaast bestaan ook buiten het ziekenhuis bepaalde actoren die met Sneldiagnose te maken hebben zoals de verwijzers, huisartsen, perifere dokters en apotheken.

Bij de realisatie van Sneldiagnose ligt de nadruk op samenwerking waarbij afdelingen hun werkzaamheden en processen goed op elkaar afstemmen. *'Als de afdeling Pathologie het weefsel van een patiënt bijvoorbeeld niet vóór 11.00 uur binnen heeft, dan gaat het al mis en is het niet meer mogelijk om dezelfde dag een uitslag te geven'* (lab manager Pathologie). Die structuur van twaalf 'kleine' ziekenhuizen in één grote maakt het er niet makkelijker op. Het lijkt van belang dat grenzen overbrugd worden wil er effectief worden samengewerkt. Eén manier om deze grenzen te overbruggen is het multidisciplinair overleg (MDO). Dit is een overleg waarbij verschillende professionals van diverse afdelingen aanwezig zijn. Iedere professional staat voor een ander specialisme. Tijdens dit overleg kunnen de patiënten met elkaar besproken worden, kan gebruikt gemaakt worden van elkaars expertise en kan men besluiten welke behandelingen nodig zijn en zullen volgen.

5.5 Slot

Sneldiagnostiek, de definitie en haar ambitieuze doorlooptijden, is een procesinnovatie die geïnitieerd is door Alpe d'HuZes. Alpe d'HuZes heeft bepaalde ideeën, gedachten en principes achter deze vernieuwing ontwikkeld en zij verwachten door de implementatie van Sneldiagnose een flink aantal voordelen te kunnen behalen ten aanzien van de zorg rondom (mogelijke) kankerpatiënten. Zo zou de (mogelijke) patiënt er baat bij hebben. Daarnaast wordt het diagnoseproces efficiënter ingericht en kan een ziekenhuis als instituut, maar ook de betrokken professionals, mogelijk reputatiewinst behalen met Sneldiagnose. Sneldiagnose is in een viertal Nederlandse ziekenhuizen geïnitieerd, waarbij het UMCU heeft gediend als pilot voor de implementatie. Sneldiagnose wordt niet zomaar gerealiseerd, er is een bepaalde organisatievorm, visie en daadkracht nodig en een grote verscheidenheid aan belanghebbende partijen is betrokken. Interprofessionele samenwerking is daarbij essentieel.

6 Werken met Sneldiagnostiek

In het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden wat de algemene principes van Alpe d’HuZes zijn rondom Sneldiagnostiek. Welke verwachte voordelen daaruit voortvloeien en hoe een ziekenhuis, vanuit de richtlijnen van Alpe d’HuZes, Sneldiagnose geacht wordt te organiseren. In dit hoofdstuk staat ‘werken met Sneldiagnostiek’ centraal. Wat Sneldiagnose nu precies betekent in de ogen van de respondenten en hoe zij het veranderproces hebben ervaren. Tevens volgt een analyse met betrekking tot de uiteindelijke werking van Sneldiagnose, de contradicties die kunnen bestaan en welke (succes)factoren van invloed kunnen zijn op het bewerkstelligen van deze procesinnovatie.

6.1 Betekenissen van Sneldiagnose

Zoals al eerder is besproken, heeft stichting Alpe d’HuZes een bepaalde specifieke definitie van Sneldiagnose. Daarnaast hebben de respondenten ook hun eigen betekenis van Sneldiagnose. De meesten beschrijven Sneldiagnose als het geven van een zo snel mogelijke diagnose naar aanleiding van de klachten waarmee iemand binnenkomt. Vanzelfsprekend betreft dat een zorgvuldige, correcte en volledige diagnose. Volgens een wetenschapper van de Vrije Universiteit van Amsterdam en tevens programmadirecteur Sneldiagnose bij Alpe d’HuZes is het ook wel een kwestie van *‘het zo snel mogelijk geven van antwoord op de vraag: is het pluis of is het niet pluis?’*. De beantwoording van deze vraag maakt direct helder of er iets aan de hand is of niet. Dat is wat je als patiënt, en met jou vele dierbaren om je heen, in eerste instantie zo snel mogelijk wil weten.

Snelheid lijkt het sleutelwoord te zijn bij Sneldiagnose. Sommige respondenten merken op dat die gewenste snelheid niet altijd haalbaar is. Volgens hen zou de ambitie wat betreft Sneldiagnose af en toe ook wel wat flexibeler mogen zijn, *‘Het kan en hoeft niet altijd in één dag’* (hoofd polikliniek chirurgie UMCU). Een tumorsoort kan zo complex zijn dat een diagnose binnen één dag niet haalbaar blijkt te zijn. Volgens het unithoofd Radiologie uit het UMCU draait het niet alleen om de snelheid van een diagnose. Maar is het bij Sneldiagnose eveneens van belang dat een patiënt op een effectievere manier het-zorgpad doorloopt. *‘Er dient een goede balans te bestaan tussen enerzijds het benutten van de professionals en middelen, zodat alles op tijd kan plaatsvinden, en anderzijds het geven van de juiste richting aan de wensen van de patiënten’* (unithoofd radiologie UMCU). Wat heeft hij/zij nodig op welk moment en betreft dit een juiste *timing*.

Genoemd wordt ook de ‘patiëntbeleving’, de manier waarop er met de patiënt wordt omgegaan. Een arts van de afdeling Maag-Darm- en Leverziekten in het UMC Utrecht constateerde dat het bij Sneldiagnose vooral gaat om *‘het totaalplaatje, een patiënt is niet alleen tevreden indien hij/zij morgen weet wat de diagnose is. Wat ik gemerkt heb, is dat de patiënt bij de hand meegenomen wil worden, in plaats van te horen: ‘volg de gele lijn maar’. Het proces moet helemaal worden ingekleed’* (MDL arts, UMCU). Het unithoofd van de afdeling Radiologie vindt het verwonderlijk dat Sneldiagnostiek nu als afdeling of als organisatie wordt gezien binnen het UMCU met een eigen ‘Sneldiagnose-balie’. Hij zou Sneldiagnose eerder een kwaliteitslabel willen noemen, een

werkwijze waarmee je Sneldiagnose op een goede manier kunt organiseren in een ziekenhuis, en is in elk geval van mening dat er altijd een aantal *nurse practitioners* klaar horen te staan om patiënten op te vangen. De projectleider Sneldiagnose van Alpe d’HuZes heeft het ook wel over een andere *mindset* waarbij de klant centraal staat en hij/zij geen overbodige wachttijd mag ondervinden. Het meest ideale zou zijn als de patiënt het tempo kan bepalen. Dit wil niet zeggen dat het snel zou moeten, maar dat het tempo van de patiënt wordt aangehouden met ondersteunend advies van artsen en verpleegkundigen. De patiënt is dan samen met artsen, verpleegkundigen en familie verantwoordelijk voor het behandelplan. Het zijn gelijkwaardige partners waarbij de klant zelf bepaalt wat goed voor hem/haar is. *‘Kanker is niet alleen een fysieke aangelegenheid, de persoon in zijn totaliteit is belangrijk, ook de geestelijke toestand die zich uit in onder meer emoties en stress of rust, acceptatie en harmonie’* (projectleider Sneldiagnose Alpe d’HuZes).

6.2 Ervaringen (veranderproces)

Sneldiagnose is een vernieuwing waarbij de betrokkenen bepaalde werkwijzen in een ziekenhuis kunnen veranderen. Veranderingen worden doorgaans niet gemakkelijk aangenomen en kunnen complex van aard zijn. De respondenten hebben verschillende ervaringen met betrekking tot het veranderproces omtrent Sneldiagnose. De ene respondent vindt het leuk en uitdagend om te veranderen, de ander heeft daar juist meer moeite mee, en dan vooral met de manier waarop die verandering plaatsvindt.

Zo vond de CEO van het UMCU het begin van het Sneldiagnose traject lastig. Na een eerste goed gesprek met Alpe d’HuZes overviel hem het gevoel: *‘gaan wij ons nu de wet laten voorschrijven door mensen van buiten? Tegelijkertijd wist ik: het zijn wel de patiënten die deze ‘eisen’ formuleren’* (CEO UMCU). Ook de projectleider Sneldiagnose van het Radboud merkte op dat de professionals binnen het ziekenhuis geen vertrouwen hadden in de externe partijen, *‘zij wisten immers zelf toch wel beter?!’* (projectleider Sneldiagnose Radboud). Voor een aantal partijen binnen het UMCU voelde het alsof het nieuwe plan werd opgelegd, zonder altijd even goed te overleggen. Als plannen plotseling omgegooid worden en professionals geacht worden op een andere manier te gaan werken, kunnen zij zich bedreigd voelen in hun professionele identiteit. Deze bedreiging is in het UMCU onder andere voortgekomen vanuit externe hulp van buiten, zoals Alpe d’HuZes en Accenture. *‘Dat er een heel team van Alpe d’HuZes en Accenture medewerkers destijds binnenkwam voor Sneldiagnose, hebben wij als lastig ervaren. Zij waren immers de buitenstaanders die het wel even zouden gaan regelen’* (unithoofd Radiologie UMCU). Vanuit de professionals bleek veel weerstand tegen deze groep van externen te bestaan. Ook het hoofd van het RUCO heeft de verschillende mensen van buitenaf als belemmerend ervaren. *‘Wij weten hoe een ziekenhuis in elkaar zit, zij niet. Wij hadden een aantal professionals intern die stonden te popelen om met Sneldiagnose aan de slag te gaan’* (hoofd pathologie en voorzitter RUCO).

Volgens het unithoofd Radiologie werd deze afdeling tijdens de implementatie in het UMCU pas later bij het traject betrokken. Naar zijn inzien had dit eerder gemogen, de specialisten horen volgens hem als eerste te bepalen welke kaders en worden gesteld en hoeveel tijd er precies nodig is, de mogelijkheden rondom de productiecapaciteit zijn daarbij van belang. Vervolgens kan de afdeling akkoord gaan met het nieuwe plan, of niet. *‘De organisatie van een vernieuwing*

hoort netjes op een bepaalde manier te verlopen, via een bepaalde route. Zo is het helaas niet altijd gegaan. Ik heb weleens bezoek gehad van een consultant met de vraag of we bepaalde dingen konden regelen. Echter, de definitieve planning lag al snel klaar en daar hadden wij ons in te schikken' (Unithoofd Radiologie UMCU). De externe partijen van buitenaf waren niet de enige die een bedreiging vormden, ook het Cancer Center droeg daar volgens sommigen een steentje aan bij. Zo geeft de radioloog een voorbeeld van een ervaring van het 'opleggen' van een nieuwe werkwijze. Voor een radioloog is het afleveren van een medisch verslag een van de belangrijkste taken. Vanuit het Sneldiagnose-project werd een norm neergelegd van één uur. 'Een radioloog dient binnen één uur een medisch verslag af te leveren? Wie bepaalt dit? Als radiologie-afdeling behoren wij te bepalen hoe snel dit kan, misschien hebben we wel drie of zes uur nodig, of misschien wel één week? Wij hebben bepaalde normen met betrekking tot een kwaliteitssysteem waar we ons graag aan willen houden' (unithoofd radiologie). De afdeling radiologie was van mening dat er onvoldoende overleg is geweest. Het voelde alsof het Cancer Center inhoudelijk op hun terrein kwam. Ook was er onzekerheid of de gestelde norm wel gehaald kon worden. Het Cancer Center had het idee dat de afdeling Radiologie erg intern gericht waren 'wilden niet naar buiten kijken, naar een breder verband. De afdeling voelde zich bedreigd en aangevallen vanuit onze verzoeken' (projectleider Cancer Center).

Ook de polikliniek chirurgie had een soortgelijke ervaring als de afdeling Radiologie. Volgens hen werden niet altijd de juiste medewerkers en belanghebbenden van het begin af aan betrokken bij het proces waardoor de nodige weerstand ontstond. Er diende zich al snel een projectplan aan, zonder enige inspraak van de werkvloer 'Dingen die in theorie zijn bedacht, bleken in de praktijk helemaal niet te werken' (hoofd polikliniek chirurgie). Ook de projectleider van het Cancer Center UMCU deelde deze ervaring. 'We zijn eindeloos aan het analyseren geweest, in plaats van met de belangrijkste mensen van het proces om de tafel te gaan zitten' (projectleider Cancer Center UMCU). Hij doelde daarmee op een verpleegkundige, een arts etcetera, zij weten volgens hem hoe het is om achter de balie te zitten en te ervaren hoe bepaalde processen lopen en hoe het voelt als iets niet van de grond komt. Zij weten precies hoe de patiënten daar weer op reageren en hoe hier het beste op ingespeeld kan worden.

Het 'opleggen' van veranderingen viel dus niet altijd in goede aarde. Eigen belangen van professionals kunnen bij veranderen ook een rol spelen. Een labmanager van de afdeling Pathologie merkte op dat er in een ziekenhuis eigenlijk vanuit wordt gegaan dat de belangen van een patiënt altijd voorop staan. 'Ik heb gemerkt dat dit niet altijd het geval is. De agenda van de dokter bepaalt veelal wat er gebeurt' (labmanager Pathologie). De ambassadeur van Alpe d'HuZes, tevens patiënt, ervaart de organisatiewereld van een ziekenhuis soms als een grote slangenkuil met gebrek aan patiëntenfocus. 'Het politieke spel is te groot, eigen belangen spelen een enorme rol' (ambassadeur Alpe d'HuZes). Ook de projectleider Sneldiagnose uit het Radboud noemde het frustrerend dat er zo'n mooi proces ontworpen wordt om Sneldiagnose te realiseren, en dat ze dan vervolgens – door het politieke spel eromheen - met zijn allen niet verder komen.

Toch is de hulp van buitenaf ook zeer essentieel geweest bij de implementatie. 'Zonder hen hadden we dit nooit kunnen waarmaken' (projectleider Sneldiagnose UMCU). De adviseurs van Accenture hebben besprekingen en conferenties gefaciliteerd en begeleid en relaties binnen het UMCU inzichtelijk gemaakt. 'Bij een dergelijke procesinnovatie als Sneldiagnose is hulp van buitenaf nodig'. Zowel stichting Alpe d'HuZes als Accenture geloven dusdanig in de vernieuwing Sneldiagnose waardoor ze de professionals op sleeptouw kunnen nemen (ambassadeur Alpe d'Huzes). Zij zijn in staat de kar te trekken en vorm te geven aan de vernieuwing. 'Medische

professionals hebben het vaak zo druk dat er haast geen tijd is voor veranderingen. Hulp kunnen ze daarbij dus wel gebruiken, de primaire taak van het team van buitenaf is het faciliteren. Uiteindelijk zullen de mensen van de werkvloer zelf alles bewerkstelligen en uitvoeren zoals blijkt bij het UMCU (ambassadeur Alpe 'd HuZes). Ook de MDL-arts van het UMCU heeft ervaren dat bij deze Sneldiagnose-vernieuwing hulp van buitenaf gewenst is 'ze laten je op een andere manier denken en samenwerken, ze hebben een frissere kijk op bepaalde zaken' (MDL arts UMCU). Ze dragen bij aan het veranderingsproces waarbij het wenselijk is dat professionals hun oude werkwijzen loslaten. Zoals ook al uit de theorie in hoofdstuk 3 blijkt zorgen adviseurs ervoor dat professionals niet te snel terugvallen in hun oude patronen en werkwijzen.

Volgens de projectleider van het Cancer Center UMCU, waar het Sneldiagnose-traject als eerste werd uitgerold, was soms ook slechts een kwestie van 'doorduwen'. 'Het is een hectisch jaar geweest en we zijn er nog niet.' Aan de ene kant werd ervaren dat de implementatie langzaam verliep en aan de andere kant voelde het ook op een bepaalde manier ook weer als snel vanwege de druk die er achter zat. 'Soms voelde het als heel hard hollen waarbij een aantal mensen dachten 'ondersteboven' te gaan' (projectleider Cancer Center, UMCU). Binnen dit project was het aan de organisatie om de medewerkers mee zien te krijgen op basis van argumenten, motivatie en enthousiasme, iedereen zou onderdeel worden van Sneldiagnose. 'Ik ben trots op wat er tot nu toe bereikt is' (projectleider Sneldiagnose UMCU). De nurse practitioner uit het UMCU vindt het eervol om Sneldiagnose met zijn allen voor elkaar te 'bakken'. Daarnaast vindt zij het verrassend hoe men dit, ondanks enige weerstand, georganiseerd heeft weten te krijgen. 'Ik ben niet bij het voortraject geweest dus ik weet niet hoeveel water er bij de wijn is gedaan door de verschillende afdelingen. Wel ben ik écht verrast over wat uiteindelijk haalbaar en mogelijk is gebleken' (nurse practitioner MDL). Sneldiagnose is onder andere voor de afdeling pathologie een enorme drive geweest om het hele proces onder de loep te nemen en het traject sneller te laten verlopen, 'ook als het grotere stukken te onderzoeken weefsel betreft'. 'We zitten nog volop in dit verbeteringsproces' (labmanager Pathologie). De directeur van het UMCU heeft ondanks zijn 'beren op de weg' ervaren dat de implementatie van Sneldiagnose wel degelijk mogelijk is en geeft toe dat hij uiteindelijk zijn organisatie onderschat heeft.

'Waar ik enthousiast van werd, is dat onze organisatie de mogelijkheden wél zag, en dat het Cancer Center daar voortvarend mee aan de slag is gegaan en inmiddels heel veel bereikt is. We zijn er uiteindelijk dus vol voor gegaan en blijkbaar heb ik de organisatie onderschat. Ik zag aanvankelijk vooral beren op de weg. Uit de praktijk weet ik dat samenwerken tussen de verschillende divisies onderling vaak lastig blijkt te zijn. Het leek me, onder meer daarom te gecompliceerd, bovendien wilde ik geen beloften doen die ik niet waar kon maken. Na onze ervaring met Sneldiagnose is het uiteindelijk fantastisch om op te merken dat sommige delen van de organisatie al veel verder zijn in het denken en werken mét de patiënt, in plaats van alleen maar vóór de patiënt. Opmerkelijk is ook dat mensen sneller lopen dan je ooit voor mogelijk hebt gehouden, dat de belemmeringen uit de weg zijn geruimd en dat voortvarend van de mogelijkheden gebruik is gemaakt. Met Sneldiagnostiek doen we niet alleen heel veel patiënten een groot plezier, het geeft ook onze medewerkers energie. En het geeft ons in de ziekenhuiswereld een enorme voorsprong. Het argument dat het hier zo complex is, dat zulke dingen in het UMCU niet kunnen, geldt niet meer' (CEO UMCU).

Figuur 6.1 Reactie op Sneldiagnose van CEO UMCU

6.3 Contradicties

Sneldiagnose kan tot vernieuwende procesingrepen leiden die ondanks de duidelijkheid over aanpak, procedures en effecten (zoals besproken in paragraaf 5.2) niet zonder slag of stoot gerealiseerd lijken te worden. Bestaande en vertrouwde structuren en werkwijzen kunnen tegenwerken door onder meer contradicties zoals flexibiliteit versus inflexibiliteit. Niet iedereen is om uiteenlopende redenen even flexibel, meegaand en 'veranderbereid'. Wat voor de één flexibiliteit betekent, betekent inflexibiliteit voor de ander. Daarnaast is de vraag van de patiënt niet altijd eenduidig, terwijl deze vraag volgens de principes van Alpe d'HuZes wel leidend behoort te zijn. Tenslotte bestaat er een contradictie in collectiviteit en individualiteit. Individuele en gemeenschappelijke belangen kunnen met elkaar in tegenspraak zijn.

6.3.1 Flexibiliteit versus inflexibiliteit

Door Sneldiagnose kunnen wachtlijsten gereduceerd worden want meer mensen kunnen in een korter tijdsbestek geholpen worden. Volgens de projectleider Sneldiagnose vanuit Alpe d'HuZes zouden professionals in het nieuwe Sneldiagnose-proces flexibeler kunnen werken, er zijn immers geen tot nauwelijks wachttijden. Ook van de *nurse practitioner*, degene die de patiënt gedurende het hele ziekteproces begeleidt, wordt verwacht dat zij flexibeler en met meer focus kan werken. Een verpleegkundig specialist van de afdeling MDL in het UMCU noemt het inderdaad verrassend hoeveel flexibeler er gewerkt kan worden. *'Het is bijzonder hoe men Sneldiagnostiek georganiseerd heeft weten te krijgen. Het hoge tempo waarin pathologie de onderzoeken uitvoert en radiologie de scans aanlevert, is geweldig, dit is ook wel eens anders geweest'* (*nurse practitioner* MDL). Het hoofd van de polikliniek chirurgie merkt op haar afdeling dat werkwijzen veranderen en dat meer flexibiliteit van de verpleegkundigen wordt verwacht. Die verandering heeft ook een keerzijde. *'Ze maken nu langere dagen, want de uitslagen komen vaak pas aan het einde van de middag binnen. Afhankelijk van het aantal patiënten kunnen werkdagen langer duren dan gebruikelijk en wordt er van de medewerkers verwacht dat ze tot een uur of zeven doorwerken. Dit heeft uiteraard impact op hun privéleven'*.

Wat enerzijds flexibiliteit voor het ziekenhuis en de patiënt kan betekenen, kan dat anderzijds in sommige gevallen inflexibiliteit voor de medewerkers betekenen. Het zal van een aantal aanpassing vragen ten aanzien van hun privésituatie in verband met de veranderde werktijden. Ook andere respondenten binnen het UMCU zijn van mening dat Sneldiagnose juist inflexibiliteit veroorzaakt. Bepaalde tijden van de dag worden immers 'vastgezet' voor Sneldiagnose. Dit geldt vooral voor de faciliterende afdelingen, zoals pathologie en radiologie. Deze professionals ervaren het nieuwe proces als inflexibel omdat zij nu moeten 'produceren' op een vast tijdstip. In de vernieuwde werkwijze kunnen zij, zoals voorheen, minder zelf bepalen, ze leveren een bepaalde vrijheid in. De afdeling Pathologie werkt volgens een strakker tijdsschema, zij krijgen voor 11.00 uur de biopoten binnen zodat ze aan het eind van de dag de uitslagen kunnen geven. Dit veroorzaakt een andere dagindeling bij de pathologen die nu meer gebonden zijn aan bepaalde tijden. Een en ander inplannen zoals het hun uitkomt, is er niet meer bij. Ook het unithoofd van de afdeling Radiologie concludeert dat Sneldiagnose voor de operationele werkwijze van de radiologie-afdeling inflexibiliteit veroorzaakt. Deze afdeling was namelijk, tegelijkertijd met de implementatie van Sneldiagnose, al bezig met het verkorten van de wachttijden en het flexibiliseren van de zorgpaden. Iedereen binnen de afdeling mag een groot

deel van de agenda zelf invullen, tenzij er voor een bepaald zorgpad, zoals Sneldiagnose, een tijd gereserveerd is. *'Die tijd moeten we nu blokken en dit zorgt voor inflexibiliteit. We hebben minder volume om vrij te kunnen plannen'* (unithoofd Radiologie). Het is goed voor te stellen dat dit de nodige weerstand oproept en flexibiliteit wegneemt, de betrokken medewerkers worden geconfronteerd met vast Sneldiagnose tijden die staan ingepland. De *nurse practitioner* ervaart het daarentegen als flexibeler omdat zij veel sneller en gemakkelijker faciliterend materiaal aangeleverd krijgt waar ze in het verleden nog wel eens drie weken op moest wachten. Wat voor de één flexibiliteit betekent, lijkt dus voor de ander inflexibiliteit te zijn.

6.3.2 De vraag van de patiënt

Eén van de redenen om met Sneldiagnose te starten, is omdat een ziekenhuis tegemoet wil komen aan de wensen van een patiënt, de vraag van de patiënt is leidend. Voorheen kon het lang duren voordat een patiënt de uiteindelijke diagnose gesteld kreeg. Terwijl het in verreweg de meeste gevallen het prettigst blijkt te zijn om zo snel mogelijk te weten waar je aan toe bent. Een aantal respondenten is van mening dat *'het proces sneller kan en het dus ook sneller moet'*. Maar niet alle respondenten zijn hier van overtuigd, want de vraag van de patiënt is niet altijd eenduidig. Zo heeft het hoofd van de afdeling pathologie zich tijdens het proces regelmatig afgevraagd of de patiënt die snelle diagnose écht wel wil. Het is volgens onderzoek namelijk nooit bewezen. *'Als patiënt kom je gezond binnen en kun je bij wijze van spreken met een doodvonnis de deur uitgaan. Dat is op zijn zachts uitgedrukt onprettig en het is nog maar de vraag of het fijn is om dit heftige nieuws binnen één dag te horen. Sneldiagnose is zonder meer te preferen voor de mensen die geen kanker blijken te hebben'* (hoofd pathologie, UMCU). Een Haarlemse huisarts trekt ook in twijfel of zo'n snelle diagnose wel zo aangenaam is voor de patiënt. Hij is van mening dat het voor sommige mensen te snel kan gaan. *'Sommige patiënten willen op zich in laten werken wat ze te horen krijgen en hebben met Sneldiagnose mogelijk te weinig tijd om er naar toe te groeien'* (huisarts). Daarnaast constateert ook het afdelingshoofd MDL dat het soms te snel gaat voor patiënten. Het kan gebeuren dat patiënten min of meer nietsvermoedend binnenkomen en dat dan blijkt dat ze bijvoorbeeld nog slechts een paar maanden te leven hebben. Het hoofd van het Radboud Universitair Centrum Oncologie (RUCO) heeft tevens ervaren dat patiënten niet altijd blij zijn met een heel snelle diagnose binnen één dag. *'Onderzoek naar de colorectale tumorsoort bijvoorbeeld is heel zwaar, mensen worden de hele dag onderzocht en zijn 'gesloopt' aan het einde van de dag. Vervolgens krijgen ze dan te horen dat ze kanker hebben, terwijl ze eigenlijk veel liever naar huis gaan en de volgende dag, of een paar dagen later, terugkomen'*. Aan de andere kant zijn er veel patiënten die een versnelde diagnose wel heel prettig vinden. De ambassadeur en oprichter van Alpe d'HuZes, tevens kankerpatiënt, vond het haast een 'droom' om zo snel een uitslag te krijgen. De onzekerheid van het niet weten vond hij verschrikkelijk, daar wilde hij zo snel mogelijk vanaf. Daarnaast verkeerde niet alleen hij in onzekerheid, maar ook vele 'dierbaren' en relaties om hem heen. *'Onzekerheid is voor veel mensen niet prettig en moet daarom beperkt worden. Sneldiagnose bespaart miljoenen slapeloze nachten'* (ambassadeur Alpe d'HuZes).

Meerdere respondenten hebben ervaren dat wanneer patiënten niet hoeven te wachten, ze zich als een 'koning' behandeld voelen. *'Ze krijgen voorrang en weten direct waar ze aan toe zijn, ze zijn daar heel enthousiast over'* (hoofd zorg MDL). *'Als een patiënt moet wachten, betekent dit namelijk dat er iets anders belangrijker is dan hij of zij'* (programmadirecteur Sneldiagnose Alpe

d’HuZes). Patiënten die uiteindelijk geen kanker blijken te hebben, geven aan zeer tevreden te zijn met de snelheid. De *nurse practitioner* van de MDL afdeling hoort veel positieve geluiden. *‘Ik merk dat patiënten enorm blij zijn, veel patiënten weten niet wat hen overkomt en vinden het geweldig dat ze een soort van ‘voorkeursbehandeling’ krijgen’*. En dit geldt ook voor de patiënten die wel kanker hebben, *‘ze zijn verdrietig en geschokt, maar tevreden dat het slechts enkele dagen heeft geduurd voordat ze de uitslag hadden’* (MDL nurse practitioner, UMCU).

Een brief van een patiënt aan de programmadirecteur Sneldiagnose van Alpe d’HuZes

Even een kort bericht om jullie te laten weten dat mijn partner vandaag al terecht kon bij het UMCU. Er hangt een groot bord met ‘Sneldiagnose’. Er is een warm ingerichte wachtkamer. We werden geweldig opgevangen en behandeld als behandeld VIPs. We gingen meteen in gesprek met een arts die onderzoek heeft gedaan en waar we al onze vragen aan kwijt konden. Morgen wordt een CT scan gemaakt. Alles wordt op alles gezet om deze week uitsluitsel te geven. Ik kan niet beschrijven hoeveel het uitmaakt dat we vandaag al konden beginnen met de onderzoeken. Want, de brandende, onverdraaglijke onzekerheid, het als maar wachten en wachten is om knettergek van te worden. Die spanning kost zoveel energie, ook de kinderen zie ik daar onder lijden. Wij zijn dus ongelooflijk blij met de Sneldiagnose, het is een geweldige stap voorwaarts. Bedankt voor alle inspanningen die jullie hebben geleverd ten aanzien van die nieuwe project. Dat er maar zoveel mogelijk ziekenhuizen zullen volgen.

Figuur 6.2 Brief van patiënt

Ondanks de lofuitingen, zoals eerder in de onderzoek gemeld, is het nooit wetenschappelijk bewezen dat patiënten daadwerkelijk een snelle diagnose willen. Uiteindelijk is de vraag van de patiënt leidend, maar zoals blijkt uit de kwalitatieve data is deze vraag niet altijd eenduidig. Op dit moment kan er uitgegaan worden van zowel de positieve als de negatieve geluiden van de respondenten. Een grootschalig wetenschappelijk onderzoek zou nodig zijn om te kunnen meten of patiënten de voorkeur geven aan wel of geen snelle diagnose.

6.3.3 Individualiteit versus collectiviteit

Een andere contradictie is die van de individuele patiënt versus de collectiviteit van meerdere patiënten tegelijkertijd. Voor een bepaalde patiënt is Sneldiagnose misschien het beste, een snelle diagnose met kwaliteit en aandacht. Binnen een zorgorganisatie zoals een ziekenhuis kunnen veel patiënten tegelijkertijd geconfronteerd worden met kanker of andere ziekten. Met Sneldiagnose wordt er tijd en aandacht besteed aan één patiënt, namelijk één patiënt met een serieuze verdenking van kanker, dit kan mogelijk ten koste gaan van andere patiënten. Artsen blijken daar mee te zitten, ze missen capaciteit. De regulering van de werkzaamheden rondom Sneldiagnose wordt behoorlijk toegesneden op de individuele patiënt. Terwijl er in een ziekenhuis uiteraard meerdere werkstromen bestaan aangaande verschillende patiënten. Zo is voor Sneldiagnose op de afdeling Maag- Darm- en Leverziekten van het UMCU iedere dag een paar uur gereserveerd, deze tijd komt bovenop de reguliere spoed waar ze dagelijks mee te maken hebben. Dit veroorzaakt extra druk, programma’s kunnen uitlopen waardoor professionals overwerken. *‘Daar waren we in eerste instantie wel bang voor, wat gebeurt er als er ineens te veel patiënten voor Sneldiagnose komen? Het lopende systeem mag immers niet opgeblazen worden’* (MDL arts UMCU). Uit ervaring zijn inmiddels strikte criteria ontwikkeld om de instroom enigszins te ‘beteugelen’. Alleen de zogenaamde hoog risico patiënten worden tot nog toe geselecteerd op basis van expliciete klachten, alleen zij komen in aanmerking voor

Sneldiagnose. *'Een patiënt met een niet verdacht verhaal valt daar niet onder en gaat gewoon door het reguliere programma heen'* (MDL arts UMCU). Zo bestaan dus ook binnen de oncologie verschillende soorten patiënten, en afhankelijk van de expliciete klachten ben je wel of geen Sneldiagnose-patiënt. Ook binnen het Sneldiagnose-traject bestaan meerdere patiëntenstromen. *'Patiënten en professionals hebben te maken met verschillende tumorsoorten, afhankelijk van de complexiteit van de tumorsoort kan een patiënt wel of niet een snelle diagnose krijgen'* (labmanager Pathologie).

Dit beschrijft onder meer het spanningsveld tussen Alpe d'HuZes en Sneldiagnose, tussen de wensen, de ambitie, de realiteit en de praktijk. Aan de ene kant is het Sneldiagnose-proces gestroomlijnd en behoort het soepel te lopen, ofwel zo optimaal mogelijk voor de individuele patiënt. Aan de andere kant is de realiteit weerbarstige praktijk en blijken er ook keerzijden te zijn zoals de inflexibiliteit in sommige gevallen. Er bestaan ook andere patiënten dan alleen de 'Alpe d'HuZes patiënten', zo meent een respondent. *'Het zou niet zo moeten zijn dat alleen kankerpatiënten een snelle diagnose krijgen, iedere patiënt binnen dit ziekenhuis zou op die manier behandeld moeten worden'* (Unithoofd Radiologie). De *nurse practitioner* uit het UMCU vindt het ook ingewikkeld dat Sneldiagnose alleen maar voorbehouden is aan (mogelijke) kankerpatiënten. *'Er zijn echt wel wat meer aandoeningen die voor een redelijke ramp in je leven zorgen dan alleen kanker'* (Nurse practitioner MDL, UMCU).

Het lijkt erop dat door Sneldiagnose grenzen overbrugd worden; divisies creëren immers een zorgpad om de patiënt heen waarbij processen op elkaar afgestemd worden. Deze overbrugde grenzen – de organisatie van Sneldiagnose door de verschillende werkstromen heen - scheppen echter wel weer grenzen elders. Zo ontdekte het hoofd van de afdeling Chirurgie in het UMCU soms een gevoel van tekortkoming bij haar medewerkers. Het specialisme vaatchirurgie zou bijvoorbeeld minder aandacht krijgen dan het fenomeen kanker. Terwijl vaatziekten ook verschrikkelijk zijn, zo meende zij. Onder één divisie Chirurgie vallen verschillende specialismes zoals heelkunde, traumatologie, oncologisch en vaatchirurgie. De specialisten opperden: *'waarom gaat kanker vóór vaatchirurgie? Waarom krijgt een kankerpatiënt binnen één dag een diagnose, en een vaatchirurgie-patiënt niet?'* (hoofd chirurgie UMCU). Ofwel verschillende belangen tussen zowel specialisten als patiënten botsten. *'Er ontwikkelde zich tussen de professionals onderling haast strijd over hun eigen patiënten die –immers ook erg ziek waren'* (Hoofd polikliniek chirurgie, UMCU).

6.4 Factoren

Aan de hand van de principes van Alpe d'HuZes en de daarbij ontstane projectaanpak lijkt Sneldiagnostiek zo op het eerste gezicht misschien geen al te ingewikkelde procesinnovatie. Een en ander is duidelijk gestroomlijnd: het is de bedoeling dat de afdelingen, voor de realisatie van Sneldiagnose, op vaste tijdstippen bepaalde zaken aanpakken, meer samenwerken, overleggen in het MDO, het diagnoseproces beter op elkaar afstemmen en een *nurse practitioner* aanbieden zodat het traject duidelijk gemanaged wordt en de patiënt vanaf het moment van binnenkomst begeleiding krijgt. De nadruk ligt op samenwerken, met als gevolg dat 'gemakkelijk' voor meer snelheid gezorgd kan worden. Toch ontstaan deze snelheid en slagvaardigheid niet automatisch en lijkt een soepele samenwerking makkelijker dan in de praktijk het geval is. Zoals al eerder is gebleken, zijn tijdens de implementatie van Sneldiagnose in het UMCU meerdere contradicties

aan het licht gekomen die, in sommige gevallen, de vooruitgang van het proces belemmerd hebben. Naast deze contradicties is uit de empirie gebleken dat er structurele en culturele factoren bestaan die een procesinnovatie als Sneldiagnose kunnen beïnvloeden. Zo lijkt focus op structurele factoren zoals de logistieke processen essentieel te zijn, maar er is veel meer dan logistiek alleen. Ook culturele factoren, zoals vertrouwde werkwijzen, routines, machtsverhoudingen en bestaande service-ethiek kunnen de samenwerking tussen betrokkenen beïnvloeden en daarmee het Sneldiagnose-traject.

6.4.1 Structurele factoren

Structurele factoren zijn zoals hierboven vermeld van belang bij de realisatie van een procesinnovatie als Sneldiagnose, deze factoren kunnen belemmerend of juist stimulerend werken ten aanzien van de vernieuwing. Te denken valt bijvoorbeeld aan de complete logistieke huishouding zoals: de bestaande besluitvormingsstructuur, de coördinatie, de capaciteit en de middelen.

Bestaande structuur

Een eerste grote structurele factor van invloed is de bestaande structuur en technologie van een gefragmenteerde arbeidsindeling. Zo is bijvoorbeeld de totale organisatie van het UMCU opgedeeld in verschillende divisies waarbij elke divisie verantwoordelijk is voor zijn eigen organisatie. Naar aanleiding van de behaalde resultaten worden ze financieel aangestuurd. *'Het zijn in feite twaalf ziekenhuizen die samen tot één groot geheel behoren'* (projectleider Sneldiagnose UMCU). *De kankerzorg bij het UMCU blijkt wat betreft de organisatie behoorlijk gefragmenteerd, iedere afdeling doet/deed binnen een bepaald domein z'n eigen ding* '(nurse practitioner MDL UMCU). Omdat de meeste betrokkenen gefocust zijn op hun eigen deeltaak, kan het lastig zijn om de vernieuwing over de volledige breedte uit te rollen. Door deze fragmentatie in arbeidsindeling is het ook onduidelijkheid bestaan over het feit hoe de beslissingsbevoegdheid georganiseerd is.

Plaats van de besluitvorming en de aanwezige besluitvormingsstructuur

Als tweede factor kan het niveau waar de besluitvorming plaatsvindt en de besluitvormingsstructuur genoemd worden. Volgens de theorie van Fleuren et al. (2010) is het belangrijk dat de besluitvorming met betrekking tot een innovatie op zowel centraal als decentraal niveau plaatsvindt. Alhoewel de Raad van Bestuur van het UMCU achter de procesinnovatie stond, werd het door een aantal respondenten, als lastig ervaren dat er geen formele 'Sneldiagnose-baas' van het project was die voldoende mandaat had om beslissingen te nemen. *'De projectleiders van het Cancer Center hebben in samenwerking met de divisies de karretrokken, maar het mandaat om beslissingen te kunnen nemen, stopte ergens'* (nurse practitioner MDL UMCU). Er werd een gebrek aan hiërarchische verankering genoemd die soms problematisch bleek te zijn. *'Enerzijds was het een voordeel dat we veelal onze eigen gang konden gaan. Anderzijds had niemand een laatste verantwoordelijkheid met een daarbij behorend formeel mandaat en budget, ook het Cancer Center niet'* (nurse practitioner MDL UMCU). Dat mandaat ligt bij de verschillende divisies en kan het lastiger maken om beslissingen te nemen ten behoeve

van de vernieuwing. Alle betrokkenen bij de implementatie van Sneldiagnose in het UMCU hebben leidinggevend vanuit hun eigen divisie. Er is wel een formele Sneldiagnose-stuurgroep die bepaalde verantwoordelijkheden heeft. *'De stuurgroep kan tot op zekere hoogte tegen ons zeggen hoe het we het moeten doen, maar dit is niet altijd toereikend genoeg'* (nurse practitioner MDL UMCU). Ook de projectleider Sneldiagnose uit het Radboud vond dat er onvoldoende duidelijkheid was over de rollen en verantwoordelijkheden, inclusief over de financiële kant van de zaak. Wie het uiteindelijke mandaat had over de besteding van de middelen was niet altijd even helder (projectleider Sneldiagnose Radboud). Ook de *nurse practitioner* MDL uit het UMCU is aangelopen tegen verwarring rondom de financiële verantwoordelijkheid. Zo merkt zij op dat ze steeds vaker geconfronteerd wordt met de grenzen van verschillende specialismen. Naast het MDL-gedeelte doet ze voor Sneldiagnose bijvoorbeeld ook iets voor de long-tumorsoort, terwijl ze daar eigenlijk niks mee te maken heeft. *'Mijn baas van de afdeling MDL oppert dan: 'leuk dat je met Long begonnen bent, maar wie financiert dat?'* (nurse practitioner MDL UMCU).

Ook op decentraal niveau bleek de besluitvormingsstructuur niet altijd even gemakkelijk te zijn. In de UMCU Sneldiagnose-stuurgroep zat per divisie één vertegenwoordiger, het betrof degene te zijn die het meest betrokken was geweest bij de introductie van Sneldiagnose. Echter, niet iedereen was lid van het managementteam van de desbetreffende afdeling. *'Er nam een radioloog deel aan de stuurgroep die niet in het managementteam van de afdeling Radiologie zat. Dat bleek niet handig te zijn, hij kreeg instructies van bovenaf en het ontbrak hem aan mandaat om bepaalde beslissingen te nemen. We waren, op het kruispunt, steeds op zoek wie nu voorrang had'* (projectleider Cancer Center UMCU).

Het hoofd pathologie van het UMCU spreekt over een logistieke uitdaging. *'We hebben veel vergaderd met de verschillende afdelingen om een en ander met elkaar af te stemmen en om tot goede afspraken te komen. Op die manier is het logistieke proces ingericht, op elkaar afgestemd, met deadlines en volgens een strak tijdschema'* (hoofd pathologie UMCU). Binnen het UMCU zijn voorafgaand aan de implementatie van Sneldiagnose de paden uitgeschreven in samenwerking met Alpe d'HuZes en Accenture. Langzamerhand werd duidelijk welke vorm de paden zouden krijgen, de nieuwe procedures, het aantal benodigde mensen, de beschikbare ruimte, de hoeveelheid capaciteit etcetera. *'Het was van belang dat al deze structurele factoren gecoördineerd werden, wat maar ten dele gelukt is'* (nurse practitioner MDL UMCU).

Coördinatie

Een goede en juiste coördinatie van een complete innovatie als Sneldiagnose is de derde factor die van betekenis is. De stuurgroep, met vertegenwoordigers vanuit verschillende divisies, is verantwoordelijk voor de coördinatie van Sneldiagnose, daarnaast droegen het Cancer Center en de projectleiders daar ook aan bij. Van belang zijn ook de zogenaamde 'opinieleiders', de 'trekkers' van de innovatie die met hun gezag en autoriteit de vernieuwing positief kunnen beïnvloeden. Een 'trekker' vanuit Alpe d'HuZes is onder andere de ambassadeur. Intern binnen het UMCU waren onder andere het hoofd Pathologie en het hoofd Maag-Darm-Lever de zogenaamde 'opinieleiders', zij zijn beiden arts en specialist, en beschikken over een behoorlijke mate van gezag en hebben gaandeweg veel mensen 'meegenomen' in het Sneldiagnose-traject.

Personeel / betrokkenen

Een vierde beïnvloedende factor is het personeel, de betrokkenen bij de innovatie. Een gering aantal betrokkenen maakt het makkelijker om een vernieuwing te bewerkstelligen. Binnen de kankerzorg van het UMCU was dit echter niet het geval, er was een zeer grote groep betrokken (zie voor de weergave hiervan hoofdstuk 5.5) bij de vernieuwing waardoor het bereiken van consensus niet altijd even gemakkelijk ging. Over verschillende thema's bestonden meningsverschillen, bijvoorbeeld over financiële bestedingen, over verantwoordelijkheden en over het feit of *'een MDO, één of twee keer in de week moest plaatsvinden'* (projectleider Sneldiagnose UMCU). Ook speelt de capaciteit en bezettingsgraad daarbij een rol. Bij een volledige bezetting is er ruimte, zowel mentaal als wat betreft capaciteit. Deze ruimte is nodig, veranderen kost immers energie en tijd. Bij een onvolledige bezetting is alleen al voor het draaiende houden van het primaire proces alle energie nodig. *'De afdeling Radiologie wilde alleen met de vernieuwing meedoen als ze één extra radioloog mochten aannemen, om ze over stag te laten gaan hebben ze dat uiteindelijk voor elkaar gekregen'* (projectleider Cancer Center UMCU).

Middelen / Financiën

Een vijfde factor betreft de middelen zoals financiën, tijd, ruimten, communicatie door middel van MDO's en procesoptimalisatie-technieken. Het is van belang dat er een voldoende geld beschikbaar is voor de realisatie van een innovatie, veranderen betekent immers investeren in zowel materie als in tijd en scholing. Het UMCU werd hierin ondersteund door Alpe d'HuZes middels een projectteam vanuit Accenture. Daarnaast is het van belang dat de nodige voorzieningen beschikbaar en in orde zijn voor de realisatie van de innovatie, te denken valt aan materialen, apparatuur en ruimtes. In het UMCU is een centrale Sneldiagnose-balie gekomen waar de kankerpatiënten terecht kunnen. Echter, deze ruimte is nog wel beperkt. *'Zo kunnen er voor de afdeling MDL wekelijks ongeveer 10 patiënten terecht, voor long, prostaat en schildklier 1 á 2. Daarmee houdt het aantal spreekruimtes wel op'* (nurse practitioner MCL UMCU). Verder hebben betrokkenen een bepaalde hoeveelheid tijd nodig voor de vernieuwing Sneldiagnose.

Van essentieel belang is ook de communicatie en overleg. Het Multi Disciplinair Overleg (MDO) is onder meer het leven geroepen om grenzen tussen de divisies en afdelingen binnen het UMCU te kunnen overbruggen. *'Kanker is een zeer complexe ziekte waarbij de behandeling te maken heeft met verschillende disciplines. Om de onderlinge samenwerking te organiseren bestaat er een MDO, een multidisciplinair overleg over de gang van zaken en het verloop van het proces'* (ambassadeur Alpe d'HuZes). Het MDO is een middel dat een bijdrage kan leveren aan de logistieke uitdaging van Sneldiagnose. Het zorgt ervoor dat professionals in ieder geval één keer per week bij elkaar zitten om bepaalde zaken aangaande patiënten, of situaties onderling binnen het proces, te bespreken.

Andere elementen die van invloed kunnen zijn en een bijdrage kunnen leveren aan de vernieuwing, zijn methoden zoals Lean Six Sigma. Daarbij het gaat om een ontwerpgerichte aanpak waarbij snelheid en kwaliteit aantoonbaar verbeteren. In samenwerking met Accenture is het proces van diagnostisering binnen het UMCU via dit principe geoptimaliseerd. *'Professionals hoeven niet sneller te lopen, er hoeft niet meer werk verricht te worden. Het proces wordt door Lean Six Sigma doelmatiger ingericht wat onder meer maakt dat het totale traject beter en gemakkelijker verloopt'* (unithoofd Radiologie).

6.4.2 Culturele factoren

Behalve structurele factoren zijn vooral ook culturele factoren van belang bij de realisatie van een procesinnovatie als Sneldiagnose. Uit de theorie blijkt dat deze culturele factoren meestal kwetsbaarder van aard zijn dan de structurele, ze zijn immers minder tastbaar en concreet. Bij culturele factoren gaat het veelal om een gevoel of overtuiging. Waarom gaan bepaalde zaken zoals ze gaan, wat is nu precies het goede en welke service-ethiek sluit daarbij aan? Tijdens dit onderzoek zijn, met de theorie als basis, drie belangrijke culturele factoren inzichtelijk geworden. Zo blijkt allereerst dat klassieke professionals en andere type professionals gewend zijn om binnen een ziekenhuis een bepaalde werkwijze te hanteren en routinematig te werken. Een tweede culturele factor is de invloed van macht, status en reputatie op vernieuwde zorgprocessen. Een derde factor is de service-ethiek, de overtuiging en visie van waaruit professionals hun werk uitvoeren.

Routinematig werken

Professionals zijn binnen een ziekenhuis gewend om op een bepaalde manier te werken. Procedures en werkwijzen zijn in de loop der jaren ontwikkeld en tot stand gekomen. *'Sinds jaar en dag hebben we één keer per week een MDO, waarom zouden we dat veranderen?'* Een heel scala aan zaken is ontstaan omdat de structuur waarin professionals werkzaam zijn, 'vertelt' dat het nu eenmaal zo hoort. De richting is ooit bepaald. *'Zo doen we het nu eenmaal'* (Ambassadeur Alpe d'HuZes). Veel procedures zijn 'gewoon' geworden, de professionals werken op een routinematige wijze. *'Als wordt verondersteld dat iets zo hoort, zijn dat haast de onbewuste – de unspoken- zaken die zich binnen een organisatie afspelen'* (Ambassadeur Alpe d'HuZes).

Het hoofd van de afdeling Chirurgie in het UMCU bemerkte bij de introductie van Sneldiagnose dat in eerste instantie werd gedacht dat deze innovatie niet haalbaar zou zijn. *'We waren geneigd om te blijven denken en kijken naar de manier waarop we het altijd deden, volgens onze vaste en vertrouwde patronen'* (hoofd polikliniek chirurgie UMCU). Als professional ben je opgeleid in een zogenaamd 'keurslijf' passend binnen de cultuur van een bepaald ziekenhuis. *'De hele systematiek, de werkwijze van een ziekenhuis is er met een soort paplepel ingegoten. Het vrije 'out of the box'- denken wordt dan weleens als lastig ervaren'* (MDL arts UMCU). Een duidelijk voorbeeld hiervan is de situatie rondom het secretariaat in het UMCU. Zij waren gewend om eigen standaarden te hanteren. Terwijl, door de implementatie van Sneldiagnose, werkwijzen veranderen en routines op zijn kop gaan. *'De insteek is nu om, in plaats van het klakkeloos volgen van de vertrouwde standaard, ons te focussen op de zorgvraag van de patiënt zodat we meer zorg op maat kunnen leveren. Dit werd in het begin als ingewikkeld ervaren omdat het afweek van de vertrouwde 'flow'. Maar mijn inzet was: 'we gaan het anders doen, dit wordt de nieuwe flow'. De acceptatie van deze vernieuwing bleek niet eenvoudig; het vroeg om een andere houding'* (nurse practitioner, UMCU).

Standaardprocedures kunnen enerzijds prettig zijn, aangezien ze voorspelbaarheid, houvast en stabiliteit geven. Taken zijn veelal makkelijker uitvoerbaar en eenvoudiger te controleren. Anderzijds kunnen routines ervoor zorgen dat veranderingen minder gemakkelijk geaccepteerd worden. Professionals zijn immers gewend om werkzaamheden op een bepaalde manier uit te voeren. Daarvan afstappen zou weleens onzeker, eng, spannend en onprettig kunnen zijn; het kost immers energie en het kan de nodige onrust geven. De MDL arts heeft dat duidelijk ervaren.

'Mijn teamleden traptten automatisch op de rem. Er was achterdocht en er waren veel vragen; 'Hoe moet dat dan? Wat gebeurt hier?' Er was weinig geduld en nauwelijks ruimte voor uitleg. Iedere verandering bracht de nodige kinderziekten met zich mee en een en ander zorgde al snel voor de nodige ontploffingen. Ik had het idee dat ik soms alleen maar brandjes aan het blussen was. Het was aan mij om iedereen ervan te overtuigen dat Sneldiagnose zin had' (MDL arts UMCU). Zoals ook uit de theorie blijkt (hoofdstuk 3.4.2), kan het zo zijn dat wanneer professionals de greep op hun eigen werkprocessen kwijt dreigen te raken, bijvoorbeeld door veranderingen in routines, dit als bedreigend ervaren kan worden ten opzichte van de professionele identiteit.

Machtsverhoudingen, status en reputatie

Zoals eveneens uit de theorie blijkt (hoofdstuk 3.4.2) kunnen bestaande machtsverhoudingen en krachten die deze verhoudingen in stand houden, verklaren waarom veranderen niet altijd even makkelijk gaat. De verschillende partijen kunnen zich focussen op het in stand houden, of veiligstellen, van machtsposities, doelstellingen en eigen belangen.

Iedere professional of beroepsdomein binnen een zorginstelling staat in een bepaalde verhouding of positie tot elkaar. Deze verhoudingen hangen nauw samen met reputatie. Hoe de ene professional over de ander denkt, of welk beeld er bestaat over een bepaalde divisie, kan effect op de samenwerking hebben. Zo bestaat het UMCU uit allerlei divisies met daaroverheen één Cancer Center, dat projecten initieert om de zorg in kanker te verbeteren. *'In onze ogen is het een centrum dat van alles en nog wat doet. Dat riep soms weerstand op. De professionals hebben regelmatig het idee gehad dat anderen over onze afdeling en organisatie beslissingen namen en in haast vergaten te communiceren en mensen per abuis oversloegen'* (hoofd chirurgie UMCU). *'Het is de cultuur om voor je 'eigen' organisatie te zorgen en niet voor anderen. Het voelde soms alsof er muurtjes om de afdelingen heen zaten'* (hoofd chirurgie UMCU). De polikliniek Chirurgie van het UMCU was van mening dat ze als afdeling hun processen goed georganiseerd hadden. Met de komst van Sneldiagnose vanuit het Cancer Center, kwam er plotseling een algemene Sneldiagnose-balie, bij een andere divisie. *'Onze patiënten moesten daar ook heen, wij hadden het op onze afdeling goed georganiseerd en nu moesten onze patiënten plotseling naar beneden?! Bewust en onbewust werkt het toch zo, de vernieuwing moet als het even kan vooral het vertrouwen in de eigen bedrijfsvoering niet in de weg staan'. 'Het voelde soms haast alsof je voor je eigen 'hachje' moest vechten'* (hoofd polikliniek Chirurgie). De polikliniek chirurgie dacht de organisatie van haar afdeling goed op orde te hebben. Toch dienden ze, door de komst van de 'Sneldiagnose-balie, afstand te doen van 'hun' patiënten. Dit werd als verlies in aanzien, status en reputatie ervaren, aldus het hoofd van de polikliniek Chirurgie in het UMCU.

Elk beroepsgroep heeft z'n eigen specialisme en 'karakterkenmerken'. Zo hebben radiologen een visuele focus en zijn pathologen gericht op het onderzoeken van weefsel (programmadiirecteur Alpe d'HuZes). *'Ik heb ondervonden bij mijn medewerkers dat zij het gevoel hebben dat de divisie radiologie zich superieur voelt'* (hoofd polikliniek chirurgie). Radiologie is een faciliterende afdeling. Een patiënt komt primair om de tumor te laten verwijderen, het daarbij behorende onderzoek is een middel en niet een doel op zich, zo meent het hoofd van de polikliniek chirurgie. *'De divisie radiologie ervaart dit juist andersom, zij menen dat de patiënt voor hen komt, terwijl wij als afdeling chirurgie, de patiëntenzorg-divisie zijn'* (hoofd polikliniek chirurgie). Deze gevoelens en ervaringen van 'strijd' om de patiënt kwamen drijven bij de implementatie van het Sneldiagnose-traject. Ook de projectleider van het Cancer Center werd

geconfronteerd met de beeldvorming over en weer van verschillende afdelingen. In de ogen van sommigen had de afdeling radiologie een vreemd klantenperspectief, zo merkte deze respondent op. Het behoort officieel een ondersteunende afdeling te zijn, maar zo zag de afdeling dat zelf niet. *'Wij hadden het gevoel dat zij zich primair meer richtten op de machines en apparatuur dan op de daadwerkelijke patiënten'* (projectleider Cancer Center). De afdeling Pathologie in het UMCU daarentegen had de naam als afdeling buiten het proces te staan. *'Er was in dit ziekenhuis maar weinig bekend over wat wij precies deden. Ik kreeg ook de indruk dat we bekend stonden als lastig en als de afdeling die weinig in huis had'* (labmanager Pathologie). Door enthousiast met Sneldiagnose aan de slag te gaan, blijkt bij diverse afdelingen een andere, meer positievere beeldvorming te zijn ontstaan en is er meer begrip voor de technische(on)mogelijkheden van bepaalde pathologische zaken. *'Voor pathologie betekent de realisatie van Sneldiagnose en de veranderde beeldvorming bijzonder veel, we kunnen nu naar collega-afdelingen andere dingen laten zien'* (labmanager Pathologie).

Beeldvorming wordt niet alleen zichtbaar bij verschillende afdelingen en divisies onderling, maar ook tussen de professionals en andere betrokkenen in het ziekenhuis. Zo bleken de artsen van de afdeling chirurgie van het UMCU een bepaalde visie over de werkwijze van de verpleegkundig specialisten te hebben. *'Bepaalde artsen vonden dat zij aan zeker vijf patiënten, binnen een half uur een uitslag konden geven terwijl dit niet haalbaar blijkt te zijn. Het brengen van een goede boodschap gaat relatief snel, echter slecht nieuws geven kost veel meer tijd en aandacht'* (hoofd polikliniek chirurgie). Het is de taak van een verpleegkundige om dit in te schatten, niet van de arts. Maar artsen hebben een bepaald beeld van verpleegkundigen, aldus het hoofd van de polikliniek chirurgie. De arts kan erop vertrouwen dat een verpleegkundige een juiste inschatting maakt. *'Sommige artsen waren tevens van mening dat de nurse practitioners met het nieuwe Sneldiagnose-traject ook tot zeven uur 's avonds beschikbaar dienden te zijn. Dat werd immers ook van hen, als chirurgen verwacht'* (hoofd polikliniek chirurgie). Ook specialisten onderling, bijvoorbeeld een chirurg en een internist, hebben bepaalde gedachten over elkaar. *'Zo bestaat het beeld dat heekunde de snijders zijn die niet graag met patiënten zouden willen praten. Daarnaast zou een internist over het algemeen, beter zijn in communicatie dan een chirurg. En de nurse practitioners staan bekend om hun goede communicatieve eigenschappen en aandacht voor de patiënt'* (hoofd polikliniek chirurgie). Er blijkt in de beeldvorming onderscheid gemaakt te worden tussen de medische en de verpleegkundige kant. Zo heerst het beeld dat *'chirurgen om een bepaalde reden chirurg zijn geworden. Ze zouden dat niet geworden zijn als ze graag met mensen hadden willen praten, dan waren ze immers wel internist of bedrijfsarts geworden'* (hoofd polikliniek chirurgie). Deze beeldvorming zie je ook binnen andere afdelingen zoals urologie- en traumatologiechirurgie. *'De omgang met patiënten is niet hun corebusiness'* (hoofd polikliniek chirurgie).

Deze verschillende visies, gedachten, vooronderstellingen en denkwijzen creëren een bepaald beeld, ze schetsen bepaalde 'prototypen'. Dit zou ook wel *selffulfilling prophecy* genoemd kunnen worden, een voorspelling die zichzelf waarmaakt. Een 'snijder' is geen 'snijder' geworden omdat hij/zij graag veel contact met de patiënten wil hebben, daar is een *nurse practitioner* beter geschikt voor. Door de heersende beeldvorming kan het goed mogelijk zijn dat de diverse beroepsgroepen ook daadwerkelijk naar dat beeld gaan gedragen. Die beeldvorming over waar de ene beroepsgroep voor staat en/of wat hij/zij in de ogen van anderen behoort te doen en eventueel niet doet, kan een samenwerking belemmeren. Het creëert onder meer grenzen en hindert mogelijk het ontstaan van een gemeenschappelijke blik en visie op de situatie

rondom een procesinnovatie als Sneldiagnose waarbij een algemeen gedeelde verantwoordelijkheid essentieel is.

Service-ethiek

Zoals ook is gebleken uit het theoretisch kader hebben professionals te maken met een bepaalde service-ethiek. Binnen hun werkzaamheden gelden bepaalde normen, waarden en geloofsovertuigingen. Deze service-ethiek heeft onder meer te maken met professionaliteit. Professionals in een ziekenhuis hebben een bepaalde gedachtegang, een overtuiging hoe dingen zouden kunnen gaan en hoe patiënten op een professionele wijze behandeld worden. Door de implementatie van de procesinnovatie Sneldiagnose veranderen een aantal werkzaamheden. Sneldiagnose is een andere manier van denken, een andere manier van servicegerichtheid. De patiënt en het zorgproces daaromheen staan centraal, samenwerking met als doel het versnelde diagnoseproces te realiseren is essentieel. *'Het is de bedoeling dat het proces om de patiënt heen wordt georganiseerd en dat datgene gedaan wordt wat voor de patiënt relevant is'* (hoofd pathologie en voorzitter Radboud Universitair Centrum voor Oncologie (RUCO)). De procesinnovatie Sneldiagnose is een vernieuwing in werkzaamheden en daarmee ook in de overtuiging en perceptie van professionals.

Het is de vraag of en waarom professionals hier aan mee zouden werken? Een eerste argument is dat het beter zou kunnen zijn voor de patiënt, door de komst van Sneldiagnose verkeren patiënten immers minder lang in onzekerheid. Maar wil een professional iets in de procesinnovatie zien, dan lijkt het van belang dat er ook iets te 'winnen' valt voor de professional, want dat zou de motivatie om aan de vernieuwing mee te werken kunnen verhogen. Zo concludeerde de projectleider van het Radboud dat duidelijk moet worden *'what's in it for' hem/haar? Waarom zouden zij veranderen? Wat winnen zij hierbij?* (projectleider Radboud). Binnen het UMCU was er een radioloog die van het begin af aan betrokken was bij Sneldiagnose. Na vier werkgroepen zei hij plotseling *'hier gaan we niet aan meedoen, dit kan echt niet'*. Dit bleek later niet zijn mening te zijn, maar die van het divisiehoofd. De afdeling Radiologie had als standpunt ingenomen dat ze wel wilden meedoen mits een extra radioloog werd aangenomen en iemand die een jaar onderzoek zou doen naar de patiënttevredenheid met betrekking tot Sneldiagnose. Wanneer betrokken partijen het nut van de verandering niet inzien en ze er niet in geloven of er niks bij 'winnen', lijken ze minder snel geneigd te zijn mee te werken aan de vernieuwing.

'Het aannemen van een doelstelling van buitenaf (vanuit Alpe d'HuZes) veroorzaakte het nodige aan onbegrip' (projectleider Sneldiagnose Cancer Center). De ambitie was in eerste instantie niet duidelijk. *'Het effect is dan onder meer dat iedereen vooral druk met zijn/haar eigen 'ding' is en er niet al te hard meegewerkt wordt aan de vernieuwingen die wij wilden doorvoeren'* (projectleider Sneldiagnose Cancer Center). *We hebben gemerkt dat van alle disciplines, dus niet alleen op bestuurlijk niveau, bereidwilligheid moet zijn om zich aan passen aan de nieuwe werkwijze, anders zijn mensen geneigd niet mee te werken'* (MDL arts UMCU). De gevraagde bereidwilligheid is op papier makkelijker dan in de realiteit. Het blijkt niet eenvoudig te zijn om iedereen mee te krijgen in het proces van verandering.

Op de afdeling pathologie van het Radboud ziekenhuis blijkt weinig animo te zijn om te veranderen. Zo vindt een aantal pathologen het niet wenselijk om de processen te verkorten.

Volgens hen draagt dat namelijk niet bij aan de overleving van de patiënt. *‘Als pathologen is het onze taak om ervoor te zorgen dat patiënten een zo goed mogelijke behandeling krijgen en overleven. Wij zijn in eerste instantie niet gericht op de psychologie van de zaak en op het verkorten van slapeloze nachten’*(hoofd pathologie en voorzitter RUCO). Binnen de kankerzorg van het UMCN lopen een aantal andere veranderprojecten die tijd en aandacht vragen. Ook professionals lijken meer open te staan voor een veranderproject, als ze er echt in geloven. Binnen de afdeling pathologie werd in Nijmegen (UMCN) gewerkt aan een andere innovatie, namelijk een nieuwe wijze van onderzoeken en behandelen die kan bijdragen aan een grotere overlevingskans. Deze innovatie werd door de meesten als belangrijker ervaren, dan het Sneldiagnose-project en kreeg om die reden ook meer aandacht. Een hogere overlevingskans bleek voor een aantal pathologen een hogere prioriteit te hebben dan de snelheid van een diagnose. Bij de pathologen ging het dus niet zozeer om de weerstand tegen Sneldiagnose als wel om de weerstand tegen de winst ten opzichte van de investering die een patholoog tegelijkertijd op een ander vlak zou kunnen behalen. *‘Daarnaast blijken onze pathologen het effect van Sneldiagnose niet ‘sexy’ te vinden. Het werken aan een nieuwe methode van onderzoek of de ontdekking van het een of ander is veel uitdagender en spannender’* (hoofd pathologie en voorzitter RUCO).

6.5 Slot

Sneldiagnose is een fundamentele procesverandering die niet automatisch tot stand komt. Zoals besproken in hoofdstuk vijf heeft Alpe d’HuZes een aantal principes ontwikkeld over hoe het proces het beste ingericht en vormgegeven kan worden. De praktijk is echter weerbarstig; respondenten geven vaak hun eigen betekenis aan Sneldiagnose en hebben verschillende ervaringen met betrekking tot het veranderproces. Ook zijn een aantal contradicties naar voren gekomen. Zo is flexibiliteit voor de één, inflexibiliteit voor de ander. En de vraag van de patiënt altijd leidend laten zijn blijkt niet altijd haalbaar, onder andere door gebrek aan eenduidigheid. Ook kunnen individuele en gemeenschappelijke belangen soms met elkaar in tegenspraak zijn. Structurele factoren beïnvloeden gedeeltelijk het vernieuwingsproces, zoals de gefragmenteerde arbeidsdeling, de plaats van besluitvorming en de besluitvormingsstructuur. Maar alleen aandacht voor structurele factoren is niet voldoende, aangezien ook culturele factoren bij een veranderproces een essentiële rol spelen. Deze factoren zijn kwetsbaarder omdat ze minder concreet zijn, maar daarmee niet minder van belang. Betrokken hebben te maken met beïnvloedende factoren zoals routines en ‘ingesleten’ werkwijzen en met onderlinge machtsverhoudingen. Tenslotte bepaalt ook de service-ethiek, de overtuiging en de gemeenschappelijke normen en waarden of de vernieuwing al dan niet gemakkelijk tot stand komt.

Deel 3 Conclusies, Aanbevelingen & Suggesties verder onderzoek

7 Conclusies

Naar aanleiding van de eerder geanalyseerde en beschreven resultaten ligt de focus in dit hoofdstuk op het beantwoorden van zowel de theoretische als de empirische deelvragen. De theoretische deelvragen worden beantwoord op basis van literatuurstudies en de empirische op basis van de waarnemingen gedurende het onderzoek. In de eindconclusie wordt een antwoord op de hoofdvraag gegeven. *Welke factoren beïnvloeden een interprofessionele samenwerking, gericht op de realisatie van medische procesinnovaties?*

7.1 Theoretische deelconclusies

In het theoretisch kader, in hoofdstuk 3, zijn de belangrijkste concepten van de hoofdvraag van dit onderzoek beschreven en nader uitgewerkt zoals de kernbegrippen: professionals, procesinnovatie, interprofessionele samenwerking en de factoren die bij kunnen dragen aan de totstandbrenging van een vruchtbare samenwerking. Deze theoretische uitwerking heeft als basis gediend voor het empirisch onderzoek.

✚ Deelvraag 1: 'Wat zijn professionals?'

Professionals zijn de hoofdactoren in kennis- intensieve organisaties. Klassieke professionals zijn professionals zoals dokters, rechters en advocaten. Ze zijn de eigenaars van 'exclusieve' expertise en vaardigheden. Exclusiviteit betekent dat de professionals gespecialiseerd zijn in een bepaald domein met daaromheen professionele grenzen. Professionalisme vereist specifieke kennis, een technische basis. Enerzijds gaat het over de inhoud, zoals kennis, ervaring, vaardigheden, ethiek en verschijningen, om bepaalde zaken te kunnen en mogen behandelen. Anderzijds is er bij de beroepsbeoefenaars sprake van een service-ideaal, bepaalde normen worden aangehangen; ze zijn veelal verbonden met professionele associaties, ofwel de institutionele controle - associaties, jurisdictie, kennisoverdracht, *codes of conduct* en supervisie - om beroepsmatige praktijken af te schermen. Als inhoud en controle elkaar versterken, is er sprake van *controlled content* (gecontroleerde inhoud), drie karakteristieken zijn daarbij in meer of mindere mate aanwezig: professionals beschikken over geregelde autonomie, over specifieke kennis en inhoud en ze werken volgens routines.

✚ Deelvraag 2: 'Wat is een innovatie, welke innovaties bestaan er binnen de zorg?'

Letterlijk genomen betekent innovatie: verandering en vernieuwing. Er bestaan meerdere type innovaties. Zo valt er een onderscheid te maken tussen een product- en een procesinnovatie. Bij een productinnovatie gaat het om een verandering van het product of de dienstverlening. Hierbij staat vooral de vraag 'wat' centraal. Binnen dit onderzoek is gekozen voor het type procesinnovatie. Dit is een verandering in de manier waarop het product of de dienstverlening tot stand komt. Bij deze innovatie staat meer het 'hoe' van het proces op de voorgrond. Een organisatie kan besluiten om diensten en/of goederen op een andere manier te bewerkstelligen en/of aan te bieden. Over het algemeen kunnen beide type innovaties zorgen voor een verhoging

in productiviteit, efficiëntie en kwaliteit en een verlaging van de productiekosten en/of productietijd. Bij een procesinnovatie gaat het veelal om servicegerichtheid die multidisciplinair van aard kan zijn. De betrokkenheid van een grote groep professionals kan de complexiteit van de innovatie verhogen. Om een nieuw proces tot stand te brengen is het veelal van belang dat de betrokkenen met elkaar samenwerken. In dit onderzoek is gekozen om procesinnovaties in de zorg nader te bestuderen. Hierbij ligt de focus op integratie en samenwerking met bijvoorbeeld als gevolg dat trage en dure dienstverlening in de zorg verbeterd kan worden en processen uiteindelijk doelmatiger ingericht zullen zijn.

Deelvraag 3: 'Wat is een interprofessionele samenwerking?'

Als professionals van twee of meer gespecialiseerde beroepsgroepen gaan samenwerken valt te spreken van interprofessionele samenwerking. Door het bij elkaar brengen van competenties, ervaringen en oordelen van een verscheidenheid aan professionals proberen organisaties op een steeds complexere vraag en behoefte van de maatschappij te reageren. Bij onder andere de realisatie van procesinnovaties, waarbij professionals in meer of mindere mate van elkaar afhankelijk kunnen zijn, is interprofessionele samenwerking van belang. Interprofessionele samenwerking zou een efficiënte, effectieve en een genoegdoening gevende manier van gezondheidszorg kunnen zijn. Interprofessionele samenwerking is echter niet vanzelfsprekend. Doordat verschillende professionals betrokken zijn bij het proces komt samenwerking niet automatisch tot stand, het kan complex zijn. Deze complexiteit heeft te maken met de professionele grenzen die structureel en/of cultureel van aard zijn.

Deelvraag 4: 'Welke factoren kunnen de realisatie van een interprofessionele samenwerking beïnvloeden?'

Een organisatie is een complex systeem van relaties tussen doelen, technologie, strategie, structuur, cultuur, personeel en het menselijk gedrag. Bij een fundamentele procesinnovatie gaat het erom dat een organisatie in zijn totaliteit in beweging komt waarbij grensoverschrijdende samenwerking nodig is. Veranderen houdt in dat er aan de ene kant aandacht bestaat voor de 'hardere' kanten van een organisatie zoals de structurele factoren; gefragmenteerde arbeidsdeling, besluitvorming, coördinatie, hoeveelheid betrokkenen, capaciteit, middelen, financiën en 'procesoptimalisatie-trajecten waarbij managementfilosofieën zoals Lean Six Sigma worden gehanteerd. Voor het managen van deze structurele factoren is een ontwerp-benadering bruikbaar. Aan de andere kant is het ook van belang om aandacht te besteden aan de minder 'harde' kanten zoals: menselijke gedragingen, attitudes en cultuur. Ook wel de culturele factoren genaamd, die een stuk minder 'tastbaar' zijn in vergelijking met de structurele factoren. Te denken valt aan bijvoorbeeld: het bestaan van 'ingesleten' werkwijzen, machtsverhoudingen en service-ethiek. Om deze 'zachtere' factoren te kunnen managen, zou een ontwikkelaanpak geschikt kunnen zijn. Een combinatie van zowel de ontwerp- als de ontwikkelaanpak lijkt het meest geschikt voor complexe, fundamentele procesveranderingen waarbij het probleem niet altijd eenduidig is, verschillende partijen betrokken zijn, meerdere belangen een rol spelen en verschillende machtsrelaties bestaan.

7.2 Empirische deelconclusies

De beschrijving van de theoretische begrippen uit hoofdstuk 3 en de beantwoording van de theoretische deelvragen, hebben de basis gevormd voor het empirische gedeelte van dit onderzoek. Het empirische onderzoek heeft zich voornamelijk afgespeeld in het UMC Utrecht, maar ook in andere ziekenhuizen zoals het VUmc, NKI-AvL, LUMC, AMC en Orbis. En in samenwerking met stichting Alpe d’HuZes en Accenture. Aan de hand van het empirische onderzoek is in hoofdstuk 5 reeds een beeld geschetst over de algemene principes van Alpe d’HuZes betreffende de innovatie Sneldiagnose en de uitwerking van deze principes in de ziekenhuizen. In hoofdstuk 6 is voornamelijk de werking van Sneldiagnose behandeld, de betekenis van Sneldiagnose, ervaringen aangaande het veranderproces en de ontstane contradicties tijdens het veranderproces. In deze paragraaf zal per empirische deelvraag een antwoord worden gegeven op basis van de verzamelde empirische data.

✚ *Deelvraag 1: ‘Welk type innovatie is Sneldiagnose?’*

Sneldiagnose is een procesinnovatie, het is een verandering in de manier waarop de dienstverlening tot stand komt, een optimalisatie van het diagnoseproces. Stichting Alpe d’HuZes heeft bepaalde ideeën, gedachten en principes met betrekking tot een diagnoseproces-vernieuwing ontwikkelt en verwacht door de implementatie van Sneldiagnose een aantal voordelen te kunnen behalen. Zo zou in eerste instantie de (mogelijke) patiënt er baat bij hebben, die door het krijgen van een snellere diagnose minder lang in onzekerheid verkeerd. Waar een patiënt eerst naar schatting gemiddeld enkele weken moest wachten op een diagnose, is het proces met de innovatie zo versneld dat 80% van de gevallen binnen maximaal 48 uur een diagnose kan krijgen en 95% binnen maximaal vijf werkdagen gediagnosticeerd kan worden. Een tweede voordeel is dat het diagnoseproces efficiënter en doelmatiger is ingericht. Tenslotte is er voor zowel het ziekenhuis als instituut, maar ook voor de betrokken professionals, mogelijke reputatiewinst te behalen door de procesinnovatie te implementeren. De verwachting is, dat patiënten in de toekomst sneller zullen kiezen voor een ziekenhuis met een ‘Sneldiagnose Award en Certificaat’.

Sneldiagnose wordt niet zomaar gerealiseerd, er is een bepaalde organisatievorm, visie en daadkracht nodig waarbij een grote verscheidenheid aan belanghebbende partijen betrokken is. Het UMCU is het ziekenhuis waar de pilot Sneldiagnose zich heeft afgespeeld. Het Sneldiagnoseproces kan in het UMCU worden opgedeeld in een aantal stappen. De eerste stap in het proces is de verwijzing van een huisarts: de patiënt wordt met een serieuze verdenking van kanker naar het ziekenhuis doorverwezen. De volgende stap: is dat de patiënt wordt opgevangen door een *nurse practitioner* bij de nieuwe Sneldiagnose-balie in het ziekenhuis. Hier wordt de patiënt verwelkomd en is er tijd om kennis te maken. Vervolgens gaat de patiënt naar de specialist die bepaalt of ze met spoed onderzoeken gaan inzetten zodat de patiënt diezelfde dag nog een uitslag heeft. Om dit proces vloeiend te laten verlopen blijkt samenwerking essentieel.

+ Deelvraag 2: 'Welke type samenwerking komt in het concrete geval van Sneldiagnose tot stand?'

Bij Sneldiagnose komt interprofessionele samenwerking tot stand. Bepaalde zaken, zoals de aard van de complexiteit, de grootte van het project en het aantal betrokkenen, kunnen de samenwerking beïnvloeden. Naar aanleiding van het empirische onderzoek blijkt dat Sneldiagnose binnen het UMCU een grootschalige verandering is, voor maar liefst 24 tumorsoorten. Daarnaast is een grote hoeveelheid mensen betrokken bij de samenwerking, zowel klassieke professionals, andere type professionals, als ook verschillende beroepsdomeinen. Deze grote mix aan mensen maakt de samenwerking complex, te denken valt aan artsen, specialisten, *nurse practitioners*, verpleegkundigen, secretaresses, opleidingsassistenten, faciliterende afdelingen zoals pathologie en radiologie, laboranten, management, het bestuur en bedrijfstechnische afdelingen. Ook buiten de ziekenhuizen zijn er bepaalde actoren die met Sneldiagnose te maken hebben zoals de verwijzers, huisartsen, perifere dokters en apotheken. En tenslotte bestaat er de samenwerking tussen stichting Alpe d'HuZes, KWF Kankerbestrijding en implementatiepartner Accenture. Om het proces zo vloeiend mogelijk te laten verlopen werken al deze verschillende actoren met elkaar samen, ook wel een interprofessionele samenwerking genaamd. Echter verliep deze samenwerking in het UMC Utrecht niet altijd vanzelf, iedere betrokkene heeft een eigen specifieke achtergrond, expertise, referentiekader en inbreng. Deze zaken vormden een uitdaging om een effectieve interprofessionele samenwerking tot stand te brengen. Voor een succesvolle samenwerking bleek het van belang dat aanwezige grenzen overbrugd werden.

Eén manier om deze grenzen te overbruggen in het UMCU was het multidisciplinair overleg (MDO). Wat minimaal één keer per week plaats vond. Dit is een overleg waarbij verschillende professionals van diverse afdelingen aanwezig zijn. Tijdens deze bespreking worden de patiënten met elkaar doorgenomen, kunnen de aanwezigen gebruiken maken van elkaars expertise en besluit men welke behandelingen nodig zijn in het vervolgtraject. Het Cancer Center in het UMCU, het overkoepelende orgaan dat bijdraagt aan de totstandkoming van samenwerking tussen de verschillende divisies is een andere manier om grenzen te overbruggen. Ondanks deze interventies lijkt Sneldiagnose niet zonder slag of stoot gerealiseerd te worden. Tijdens de verandering in het UMCU zijn bestaande en vertrouwde structuren en werkwijzen gaan tegenwerken, door onder meer contradicties zoals: flexibiliteit versus inflexibiliteit. Niet iedereen was om uiteenlopende redenen even flexibel en meegaand, wat voor de één flexibiliteit betekent, betekent voor de ander inflexibiliteit. Daarnaast is de vraag van de patiënt niet altijd eenduidig, terwijl het leidend zijn van deze vraag wel een van de uitgangsprincipes van de Stichting Alpe d'HuZes is ten aanzien van Sneldiagnose. Tenslotte bestaat er een contradictie in collectiviteit en individualiteit. Individuele en gemeenschappelijke belangen waren met elkaar in tegenspraak. Deze drie contradicties hebben de interprofessionele samenwerking bemoeilijkt.

+ Deelvraag 3: 'Welke factoren beïnvloeden de realisatie van samenwerking rondom Sneldiagnose?'

Zowel structurele als culturele factoren hebben invloed op het vernieuwingsproces rondom Sneldiagnose. Een eerste structurele factor is het bestaan van een gefragmenteerde arbeidsindeling bijvoorbeeld in het UMCU. Het grote overkoepelende ziekenhuis is min of meer opgedeeld in twaalf kleinere organisaties, iedere divisie is verantwoordelijk voor zijn eigen

organisatie en wordt financieel aangestuurd naar aanleiding van de resultaten. Doordat iedere divisie gefocust is op haar eigen deeltaak, is het lastig om een algemene vernieuwing over de volledige breedte te kunnen plaatsen en begrijpen. Deze fragmentatie kan een belemmerende invloed op de samenwerking hebben. Een tweede structurele factor die van invloed is op de samenwerking, is de plaats van besluitvorming en de besluitvormingsstructuur. Meerdere respondenten hebben het binnen het UMCU als lastig ervaren dat er niet een formele Sneldiagnose-leidinggevende aanwezig was met voldoende mandaat om belangrijke beslissingen te mogen en kunnen nemen en waarbij de uiteindelijke eindverantwoording lag. De afwezigheid van deze cruciale rol werkte in sommige gevallen hinderlijk en vertragend met betrekking tot het veranderproces. Een derde structurele factor is de coördinatie van het project. Binnen het UMCU was er een stuurgroep die de leiding over het project nam, ook het Cancer Center speelde daarin een grote rol, en de externe 'trekkers' van de vernieuwing Sneldiagnose, zoals Accenture en een aantal mensen van Alpe d'HuZes. Ook waren een aantal opinieleiders vanuit het UMCU, van belang. Te denken valt aan het hoofd Pathologie en het hoofd van de afdeling Maag-Darm-Lever, zij zagen veel in de innovatie en hebben met hun gezag en kennis andere 'meegetrokken'. Een vierde factor is de hoeveelheid betrokkenen, de bezettingsgraad, ofwel capaciteit. Wanneer de bezettingsgraad voldoende is hebben de professionals meer ruimte, zowel mentaal als fysiek, om te veranderen. Tot slot spelen middelen zoals financiën, tijd, ruimte, MDO's en het toepassen van procesoptimalisatie-technieken vanuit bijvoorbeeld Lean Six Sigma een rol. Lean Six Sigma technieken zijn door Accenture geïntroduceerd en geven het UMCU handvatten om de kwaliteit en de snelheid van het proces te laten toenemen.

Het blijkt voor een procesinnovatie als Sneldiagnose niet voldoende te zijn om alleen aandacht te besteden aan structurele factoren. Ook culturele factoren spelen een essentiële rol en verdienen voldoende aandacht. Deze culturele factoren zijn 'onaantastbaarder' en niet eenvoudig te beïnvloeden. Een eerste culturele factor is het routinematig werken van professionals. In de loop der jaren zijn procedures en werkwijzen ontwikkeld, ze zijn 'gewoon' geworden, ofwel 'ingesleten'. Routinematig werken blijkt professionals enerzijds veiligheid en stabiliteit te geven, anderzijds kan het ten aanzien van het veranderproces ook stagnerend werken. Betrokkenen binnen het UMCU waren gewend om volgens een bepaalde manier te werken, in sommige gevallen werd het als lastig ervaren om daar vanaf te stappen, het onbekende leek een bedreiging te vormen. Een tweede culturele factor betreft de bestaande machtsverhoudingen. Verschillende partijen binnen het UMCU hebben zich tijdens het vernieuwingsproces gefocust op het in stand houden, of het veiligstellen, van machtsposities, doelstellingen of eigen belangen. Binnen het ziekenhuis stonden de verschillende beroepsdomeinen in een bepaalde positie tot elkaar, met ieder weer een eigen beeldvorming en reputatie. Deze machtsverhoudingen en de daarbij komende beeldvorming hadden een remmende invloed op de samenwerking. Een derde culturele factor van betekenis is de service-ethiek van professionals. Iedere beroepsgroep heeft bepaalde normen, waarden en geloofsovertuigingen. Sneldiagnose paste aanvankelijk niet in het beeld van de professionals werkzaam in het UMCU. In het Radboud heeft men dat ook zo ervaren. Ze moesten ervan overtuigd worden dat het hen daadwerkelijk iets zou opleveren. Veranderen en vernieuwen bleek uiteindelijk ook het met elkaar vinden van een gemeenschappelijk taal en/of boodschap en die vervolgens uit te dragen.

7.3 Conclusie

In de vorige twee paragrafen is zowel op de theoretische als de empirische deelvragen een antwoord gegeven. Deze antwoorden dienen als basis voor het beantwoorden van de hoofdvraag die in deze paragraaf behandeld zal worden.

Welke factoren beïnvloeden een interprofessionele samenwerking, gericht op de realisatie van medische procesinnovaties?

Misschien lijkt Sneldiagnostiek zo op het eerste gezicht een eenvoudige procesinnovatie en werkwijze, maar snelheid en slagvaardigheid ontstaan niet automatisch. De transformatie van een diagnosestelling die weken duurt naar het stellen van een diagnose binnen 48 uur is een complex veranderproces. Dit heeft onder meer te maken met de weerbarstigheid van een professionele organisatie, bijvoorbeeld een zorginstelling als het UMC Utrecht. Deze weerbarstigheid ontstaat onder andere door de klassieke professionals die aldaar binnen de kankerzorg werkzaam zijn en elk hun eigen begrensde terrein, hun eigen specialisme hebben. De klassieke professionals maar ook andere type professionals worden geacht om met elkaar samen te werken, met als gevolg de medische procesinnovatie Sneldiagnose succesvol te kunnen implementeren.

Deze interprofessionele samenwerking kan worden gehinderd door het bestaan van professionele grenzen en de strijd die ontstaat tussen de verschillende beroepsdomeinen over de vernieuwde werkwijzen. Iedereen bewaakt zijn/haar eigen terrein, expertise en professionaliteit en probeert op die manier grip te houden op de eigen werkprocessen. Het verzet en de onbuigzaamheid bij een vernieuwing als Sneldiagnose worden gevoed door de ontstane contradicties die het veranderproces nog ingewikkelder maken. Zo is er de tegenstrijdigheid flexibiliteit versus inflexibiliteit. Wat voor de één flexibiliteit betekent, is voor de ander inflexibiliteit. Door Sneldiagnose wordt het werk, volgens de principes van Alpe d'HuZes, efficiënter en flexibeler. Wachtijden worden gereduceerd en de *nurse practitioner* staat klaar voor de patiënt om hem/haar gedurende het proces te begeleiden. De ene professional is flexibeler als het gaat om veranderingen terwijl de ander meer weerstand biedt. Bijvoorbeeld over het feit dat door de komst van Sneldiagnose op vaste tijden bepaalde taken vervuld dienen te worden. Het 'vastzetten' van deze tijden voelt voor sommige professionals als inflexibel en als verlies van een bepaalde vrijheid om zelf het een en ander te kunnen bepalen. Terwijl dit juist voor andere divisies wel weer prettig kan zijn. Er is een duidelijk verschil in subjectieve en objectieve beleving. Het is maar de vraag of het vastzetten van bepaalde tijden ook daadwerkelijk inflexibel is en niet slechts een gevoel van onvrede geeft. Het totale proces kan hierdoor wellicht veel gestroomlijnder plaatsvinden. Sommige professionals hebben hun privésituatie moeten aanpassen door de soms langere werktijden die kunnen ontstaan om een snelle diagnose te geven.

Een tweede contradictie heeft te maken met het feit dat de vraag van patiënten niet altijd eenduidig is. Eén van de redenen om met Sneldiagnose te starten, is omdat een ziekenhuis tegemoet wil komen aan de wensen van een patiënt, de vraag van de patiënt is daarin leidend. Toch is deze vraag niet altijd even expliciet. Het is namelijk nooit bewezen dat een patiënt daadwerkelijk prijs stelt op een snelle diagnose, misschien wil hij/zij wel rustig de tijd nemen? Wel hebben de respondenten uit het UMCU gemerkt dat veel Sneldiagnose-patiënten zeer

tevreden zijn. Ze voelen zich als een 'koning' door het krijgen van een dergelijke snelle 'VIP-behandeling'. Voor de patiënten die uiteindelijk geen kanker blijken te hebben, is een snelle diagnose duidelijk te prefereren.

Als derde contradictie kan de individualiteit versus collectiviteit worden genoemd. Voor een patiënt met een aantoonbaar vermoeden van kanker is Sneldiagnose misschien wel het beste, maar er zijn ook patiënten met andere ziekten. De regulering van werkzaamheden wordt met Sneldiagnose behoorlijk toegesneden op de individuele patiënt, terwijl er meerdere ziekten, werkstromen en tumorsoorten voorkomen. Er bestaan meer patiënten dan alleen de Sneldiagnose-doelgroep-patiënten. Onder de professionals heerste soms een onderling gevoel van tekortkoming. Waarom gaat er alleen zoveel aandacht naar uitsluitend kankerpatiënten? Vaatziekten-patiënten zouden eenzelfde snelle 'VIP-behandeling' verdienen.

Naast de contradicties zijn zowel structurele als culturele factoren van invloed op het veranderproces. Structurele factoren zoals besluitvormingsstructuur, capaciteit en middelen zoals voldoende budget en procesoptimalisatie-technieken als Lean Six Sigma, zijn van belang. Het is ook nodig om tijdens een verander- en vernieuwingsproces voldoende aandacht te hebben voor de culturele factoren. Vooral die factoren zijn kenmerkend voor de cultuur, de gewoonten en de beeldvorming van en de wijze waarop professionals binnen een professionele organisatie met elkaar omgaan. Allereerst zijn ze gewend om op een bepaalde, gestandaardiseerde manier te werken, werkwijzen en procedures zijn 'ingesleten' en geroutineerd. Die professionaliteit geeft onder meer veiligheid en stabiliteit, er is altijd een bekend 'ABC'. Vernieuwingen kunnen gezien en ervaren worden als een bedreiging, want vertrouwde patronen kunnen immers in gevaar komen.

Een tweede culturele factor wordt gevonden bij de bestaande machtsverhoudingen binnen de organisatie. De verschillende beroepsdomeinen zetten zich tijdens het vernieuwingsproces schrap en proberen machtsposities te behouden en veilig te stellen met een duidelijke focus op eigen doelstellingen en belangen. Het grotere geheel, de gemeenschappelijke taal is even niet aan de orde. Niemand wil vrijwillig zijn eerder verworven autonomie verliezen.

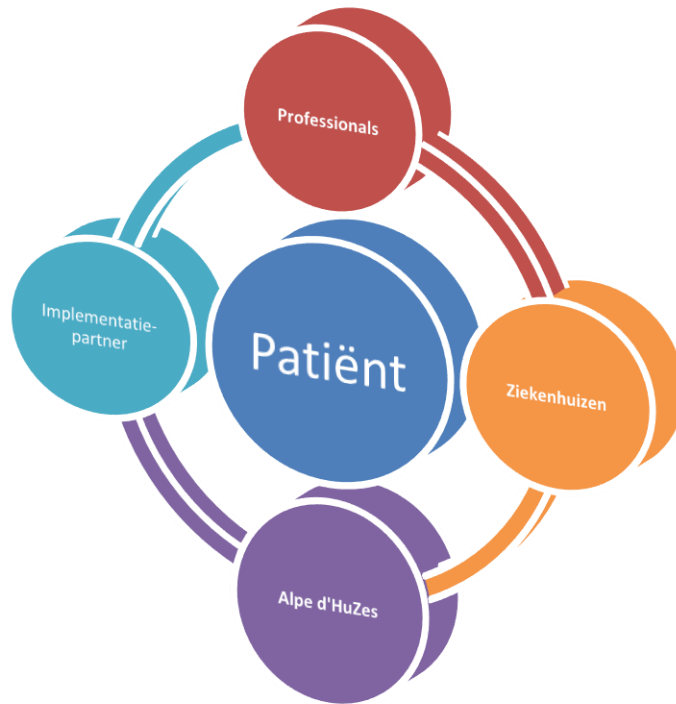
Een derde culturele factor is te vinden op het terrein van de reputatie welke een cruciale rol speelt binnen een veranderproces. Over de onderlinge imago-reputatie van diverse beroepsdomeinen bestaat verschillende beeldvorming. De ene divisie voelde zich superieur over de ander en andersom. Beeldvorming hoeft niet altijd met de werkelijkheid overeen te komen en kan de samenwerking nadelig beïnvloeden, zeker als de partijen zich er niet van bewust zijn. Een vierde relevante factor is de service-ethiek van professionals. Iedere beroepsgroep handelt volgens bepaalde normen, waarden en geloofsovertuigingen, zowel individueel als gemeenschappelijk.

Deze verscheidenheid aan visies en overtuigingen maakt interprofessionele samenwerking interessant maar ook complex. Het vraagt een investering in tijd en aandacht, voordat diverse professionals de toegevoegde waarde in kunnen zien van Sneldiagnose. De overtuiging dat deze medische procesinnovatie daadwerkelijk op meerdere niveaus winst kan genereren, zou kunnen groeien als er een missie-gedreven samenwerking ontstaat. Dan kan de bereidheid ontstaan om mee te gaan in de verandering. Het gegeven dat er duidelijk iets te 'winnen' valt, bevordert het proces om te geloven in het nut van de vernieuwing. Voor een succesvolle interprofessionele samenwerking blijkt het essentieel te zijn om met elkaar een gemeenschappelijke ideologie,

ofwel een collectieve missie te ontwikkelen. Daarmee is een link gelegd met de gemeenschappelijke missie van Alpe d'HuZes, waar jaarlijks duizenden mensen gezamenlijk de berg op fietsen om geld in te zamelen voor verbeteringen in de zorg rondom kanker. Het zou wenselijk zijn als net zo'n zelfde missie uiteindelijk ook rondom Sneldiagnose ontstaat.

8 Aanbevelingen en suggesties voor verder onderzoek

Op basis van de eerder genoemde conclusies worden in dit hoofdstuk een aantal praktische aanbevelingen, gegeven, ook wel 'lessen' genoemd, die gericht zijn op ziekenhuizen, professionals, implementatiepartner Accenture, stichting Alpe d'HuZes en patiënten.



Figuur 8.1 Aanbevelingen

+ Ziekenhuizen

Uit dit onderzoek blijkt dat een aantal ziekenhuizen bezig is met de realisatie van Sneldiagnose. Volgens stichting Alpe d'HuZes wordt Sneldiagnose daarentegen nog niet voldoende uitgevoerd. Binnen de ziekenhuiswereld is het echter niet eenvoudig om complexe veranderingen zoals Sneldiagnose snel en soepel door te voeren. Ziekenhuizen zijn van huis uit veelal logge en weerbarstige organisaties die ook niet altijd even uitgekristalliseerd zijn. Daarom is het wenselijk om als het om de realisatie van een medische procesinnovatie als Sneldiagnose gaat met de volgende structurele factoren rekening te houden.

Structuur	Plaats van besluitvorming	Personeel	Middelen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeidsverdeling	<input type="checkbox"/> Decentraal	<input type="checkbox"/> Hoeveelheid betrokkenen	<input type="checkbox"/> Toereikend ICT systeem
<input type="checkbox"/> Wel of niet gericht op deeltaak	<input type="checkbox"/> Centraal	<input type="checkbox"/> Capaciteit / bezettingsgraad	<input type="checkbox"/> Apparatuur
<input type="checkbox"/> Hierarchische organisatie			<input type="checkbox"/> Fysieke ruimte
<input type="checkbox"/> Financiële structuur ziekenhuis			<input type="checkbox"/> Procesoptimalisatie methodieken
			<input type="checkbox"/> Financiën

Figuur 8.2 Structurele factoren

In de beginfase van de uitvoering van Sneldiagnose is het nog niet mogelijk om aan alle genoemde factoren een waardeoordeel te hangen. Het is echter van belang dat deze elementen in acht worden genomen. Structurele factoren vragen om aandacht en focus omdat ze van invloed kunnen zijn op veranderingsprocessen. Bij de plaats van besluitvorming hoeft een decentrale uitvoering niet per definitie beter te zijn dan centrale uitvoering, wel blijkt bij een decentrale besluitvorming een andere aanpak gewenst te zijn dan bij een centrale. Hoe de besluitvorming ook georganiseerd is, het is altijd raadzaam om, behalve voldoende draagvlak op de werkvloer te creëren, ervoor te zorgen dat de hogere niveaus binnen de organisatie instemmen met de verandering. Een inschatting van de hoeveelheid betrokkenen bij de vernieuwing is eveneens essentieel, hoe meer mensen deelnemen aan de innovatie hoe complexer het veranderproces zal zijn. Ook is het belangrijk voor een ziekenhuis om in te schatten of er wel voldoende capaciteit is voor de vernieuwing, zijn er voldoende professionals beschikbaar. Ten slotte is het wenselijk dat diverse middelen in orde zijn zoals financiën, apparatuur, ICT systeem, fysieke ruimte en dat er bijvoorbeeld gebruikt gemaakt kan worden van procesoptimalisatie-methodieken.

Niet alleen structurele, maar vooral ook culturele factoren spelen een essentiële rol bij een vernieuwingsproces. Ze zijn van wezenlijk belang binnen samenwerkingsprocessen en zullen de samenwerking in meer of mindere of mate beïnvloeden. In de volgende paragraaf zal uitgebreider ingegaan worden op deze culturele factoren en wat deze relatief ‘onaantastbare’ en kwetsbare factoren kunnen betekenen voor professionals.

Routinematige werkwijzen	Machtsverhoudingen	Service-ethiek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Denken in 'eigen' kaders	<input type="checkbox"/> Machtsverdelingen	<input type="checkbox"/> Cultuur
<input type="checkbox"/> Standaarden, bekend ABC	<input type="checkbox"/> Verbonden met eigen strategie	<input type="checkbox"/> Gedeelde taal
<input type="checkbox"/> Aanwezigheid van codes	<input type="checkbox"/> Competitie	<input type="checkbox"/> Sterkte interne ideologie
<input type="checkbox"/> Mate van zekerheid & stabiliteit	<input type="checkbox"/> Conflicten	<input type="checkbox"/> Gemeenschappelijke missie, visie, doel
	<input type="checkbox"/> Mate van eigen belang	
	<input type="checkbox"/> Toezicht / supervisie	

Figuur 8.3 Culturele factoren

Indien er onder andere met bovenstaande structurele – en culturele factoren rekening wordt gehouden kan een ziekenhuis zich, met Sneldiagnose, onderscheiden van andere ziekenhuizen. Wanneer Alpe d’HuZes in de toekomst ‘Sneldiagnose Awards’ gaat uitreiken, kunnen ziekenhuizen door Sneldiagnose een zekere naamsbekendheid behalen en zichzelf op een ‘hogere’ plan plaatsen.

....het nut

Een snelle diagnose kan gegeven worden wanneer professionals binnen een optimale samenwerkingslogica functioneren. Om te werken en geloven in Sneldiagnose is het essentieel om met elkaar een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen zodat een 'missie-gedreven' samenwerking kan ontstaan. Dit vraagt om een andere manier van werken dan men voorheen gewend is. Professionals streven service-ethiek na, ze werken volgens bepaalde normen, waarden en geloofsovertuigingen. Ieder beroepsdomein heeft een eigen werkelijkheidsbeeld en overtuiging. Door een innovatie als Sneldiagnose worden professionals geacht een deel van hun oude overtuiging en patronen los te laten, en mee te gaan in de nieuwe gedachtegang rondom Sneldiagnose. Wil deze procesinnovatie een kans van slagen hebben, dan is het van belang dat de betrokken medewerkers overtuigd van het nut zijn, dat ze 'geloven' in de vernieuwing. Door het aangaan van dialogen tussen betrokkenen, het organiseren van conferenties en stuurgroepen, kunnen visies en perspectieven op vraagstukken en eigen werkelijkheidsbeelden uitgewisseld worden. Deze uitwisseling kan zorgen voor onderling begrip en inzicht, met als achterliggende gedachte dat zich een gemeenschappelijke missie ontwikkelt over het nut en de noodzaak van verandering. Het kan zinvol zijn om te kijken naar eerdere ervaringen of resultaten in andere ziekenhuizen. Betekenissen van vernieuwingen worden veelal pas achteraf geformuleerd. Professionals en zorginstellingen kunnen dus mogelijklerwijs leren van praktische ervaringen op andere locaties. Wanneer medewerkers concreet resultaat bij anderen zien zullen zij wellicht sneller het nut van de innovatie in kunnen en willen zien.

....Reputatiewinst

Naast de ontwikkeling van een gemeenschappelijke missie zijn bestaande machtsverhoudingen binnen de organisatie functioneel, en van invloed op de interprofessionele samenwerking. Hiërarchische posities kunnen er in slagen om vernieuwing in een ziekenhuis te laten uitmonden in de mogelijkheid van professionele reputatiewinst. Wanneer professionals aan reputatie winnen, blijken ze eerder mee te gaan in de verandering waardoor ze onder meer een persoonlijke en onderscheidende bijdrage kunnen leveren aan bijvoorbeeld het publiceren van wetenschappelijke artikelen. Ook internationaal gezien kan dit van toegevoegde waarde zijn. Daarnaast kunnen ook afdelingen onderling meer aanzien bemachtigen door deel te nemen aan Sneldiagnose. Bestaande beeldvorming tussen afdelingen onderling kan zo veranderen, mogelijke reputatiewinst voor een afdeling in zijn geheel kan zorgen voor een grotere motivatie om deel te nemen aan de innovatie.

....Overstijgen van routines

Professionals werken volgens bepaalde standaarden, routines en 'ingesleten' werkwijzen. Plotselinge vernieuwingen kunnen ingewikkeld en soms zelfs als bedreigend worden ervaren omdat veranderingen invloed kunnen hebben op het gevoel van veiligheid en stabiliteit. Het is mede daarom belangrijk dat professionals voldoende tijd krijgen om aan de vernieuwing te kunnen wennen en betrokken worden in het veranderproces. Te abrupte veranderingen en het 'zomaar' opleggen van een nieuw plan zijn niet wenselijk en kunnen veel weerstand en onrust veroorzaken. Bij professionals kan het gevoel ontstaan dat ze de greep op hun eigen werkprocessen verliezen. Om een vernieuwingsproces beter te stroomlijnen is een geleidelijk leer- en veranderproces van belang en krijgen de veranderingen bij voorkeur door professionals

zelfstandig vorm. Bij een ingrijpend veranderproces als Sneldiagnostiek blijkt hulp van buitenaf essentieel, omdat de 'externen' erop toe kunnen zien dat professionals niet terugvallen in hun oude gewoonten en werkwijzen. Deze externen nemen medewerkers in het proces mee op basis van bijvoorbeeld knelpuntanalyses, faciliteren workshops, conferenties, begeleiden besprekingen en maken relaties tussen betrokkenen binnen het ziekenhuis inzichtelijk. Ook kunnen zij er makkelijker voor zorgen dat knopen worden doorgemaakt wanneer er geen consensus bereikt wordt. Het geven en aanbieden, door het ziekenhuis zelf of door externe partijen, van trainingen en opleidingen zijn essentieel bij het overstijgen van routines. Ze zorgen voor contact met andere disciplines, creëren draagvlak en kunnen de verandering gemakkelijker en interessanter maken.

Accenture

Voor een implementatiepartij als Accenture is het belangrijk gebleken dat niet alleen structurele factoren, maar ook culturele factoren in de gaten worden gehouden tijdens een procesinnovatie als Sneldiagnose. Uit de interviews met de professionals in het UMCU kwam onder andere naar voren dat de hulp van een externe partij als Accenture in de meeste gevallen als nuttig werd ervaren. De inbreng van expertise op het gebied van Lean Six Sigma, door kwantitatief en kwalitatief het huidige proces in kaart te brengen, relaties inzichtelijk te maken en de knelpunten te benoemen gaven een basis om draagvlak voor verandering te creëren. Echter, zoals in hoofdstuk 7 beschreven, zijn procesinnovaties in een complexe ziekenhuis-omgeving niet makkelijk realiseerbaar vanwege onder andere de interprofessionele samenwerking die niet automatisch bestaat. Het is dan ook van belang voor een implementatiepartij als Accenture om, naast het inbrengen van project- en procesoptimalisatie-kennis, te focussen op interprofessionele samenwerking en de daarbij behorende culturele factoren die in een ziekenhuis bestaan. Het is essentieel dat de professionals zelf 'eigenaar' worden van het Sneldiagnose-proces, zij zijn degenen die zich met de procesinnovatie onderscheiden. De rol van een externe partij als Accenture is slechts een ondersteunende.

Stichting Alpe d'HuZes

Het op de ziekenhuiswereld overbrengen van de missie van Alpe d'HuZes omtrent Sneldiagnose blijkt uitdagend te zijn. Ziekenhuizen staan nog niet in de rij om direct te beginnen met het veranderen van hun organisatie. Dit in tegenstelling tot het enthousiasme en de missie die de wielrenners hebben om mee te fietsen voor Alpe d'HuZes en zoveel mogelijk geld bijeen te brengen bedoeld voor het verbeteren van de zorg rondom kanker, waaronder Sneldiagnose. De meeste Nederlandse ziekenhuizen staan momenteel voor diverse grote uitdagingen, zoals kostenbesparingen, op hand zijnde fusies, gebrek aan professionals en de toenemende vraag om zorg door onder meer de vergrijzing en de steeds mondiger en eisende patiënten. Om Sneldiagnose op de agenda van ziekenhuizen te krijgen is het belangrijk voor Alpe d'HuZes om de resultaten van Sneldiagnose helder en inzichtelijk te maken. Sneldiagnose heeft naar verwachting niet alleen een maatschappelijke functie, voor een grote groep betrokkenen vermindering van onnodige stress en angst en de reductie van het aantal slapeloze nachten, maar ook een economische functie. Wanneer een ziekenhuis Sneldiagnose aanbiedt, zal dat naar verwachting efficiëntere processen opleveren en daarnaast zal het desbetreffende ziekenhuis een aanzuigende werking hebben op patiënten en die dus meer aantrekken. Dit betekent dat

met minder middelen, meer patiënten geholpen kunnen worden. Belangrijk is echter wel dat rekening wordt gehouden met het feit dat Sneldiagnose niet ten koste gaat van andere diagnosepaden en daarmee andere doelgroepen binnen het ziekenhuis worden benadeeld.

Patiënten

Het is (nog) niet wetenschappelijk bewezen dat een patiënt in alle gevallen de voorkeur geeft aan een snelle diagnose, de één wil dat wellicht wel en de ander niet, patiënten verschillen immers. Een te snelle diagnose, kan afhankelijk van de uitslag, ook confronterend zijn. Sneldiagnose is echter een universeel framework dat ook wel gezien zou kunnen worden als een standaardinterventie waarbij vanuit gegaan wordt dat elke patiënt behoefte heeft aan een snellere diagnose. Binnen de diagnostische interventies zou het voor de patiënt wenselijk kunnen zijn dat de mogelijkheid bestaat tot het maken van een keuze tussen het al dan niet ontvangen van een snelle diagnose. Om die keuzevrijheid te bewerkstelligen is ruimte nodig binnen de strakke standaardprocedures. Professionals kunnen daar op aansturen door de mogelijkheid te krijgen om op de variërende wens van de patiënt te anticiperen. Zo creëer je interventies en zorg op maat waarmee tegemoet gekomen kan worden aan de vraag van patiënten en de patiënten-variëteit. Uiteindelijk is de patiënt degene waar het allemaal omgaat. Indien de verschillende partijen – Ziekenhuizen, professionals, Alpe d’HuZes en Accenture – nauw met elkaar samenwerken zal de patiënt daarvan uiteindelijk het meeste profijt hebben.

8.2 Suggesties voor verder onderzoek

Uit dit onderzoek is gebleken dat schijnbaar eenvoudige interventies, met de nadruk op interprofessionele samenwerking, niet zomaar automatisch tot stand komen. Sneldiagnose is een vernieuwing die niet eenvoudig te realiseren is door onder meer weerstand tegen veranderen en het bestaan van professionele grenzen. Het is inzichtelijk geworden welke factoren van invloed kunnen zijn op de samenwerking en welke interventies geïntroduceerd kunnen worden voor het overbruggen van onder meer professionele grenzen. Gedurende dit onderzoek zijn een aantal vragen ontstaan die eventueel suggesties vormen voor verder onderzoek.

De patiënt

Zo is er een vraag naar wetenschappelijk onderzoek over de (potentiële) kankerpatiënten omdat er tegenstrijdigheden en meningsverschillen bestaan over de wil van de patiënt. Het is tot nog toe niet bewezen dat iedere of de gemiddelde patiënt behoefte heeft aan een snelle diagnose bij een vermoeden van kanker. Wanneer hier een meer eenduidig antwoord op gegeven kan worden, is er weer meer bewijs om professionals in zorginstellingen ervan te overtuigen dat Sneldiagnose een vernieuwing is die nut heeft en misschien zelfs wel noodzakelijk is.

Daarnaast is het wenselijk om voor verschillende tumorsoorten te onderzoeken of een snelle diagnose de overlevingskansen van een patiënt zal verhogen. Het is nu nog niet bewezen dat wanneer de patiënt sneller wordt geholpen en de behandeling wellicht sneller start, ook daadwerkelijk een grotere kans bestaat op genezing, in principe heeft de ziekte dan immers

minder tijd gehad om zich verder te kunnen ontwikkelen. Indien uit onderzoek blijkt dat het wel degelijk effect heeft op de overlevingskansen zullen professionals en zorginstellingen sneller geneigd zijn de procesinnovatie Sneldiagnose aan te nemen.

Kostenbesparing

De zorgsector staat onder druk, we zullen steeds meer moeten bereiken met minder middelen. Het is dan ook wenselijk om onderzoek te doen naar een eventuele kostenbesparing als gevolg van de procesinnovatie Sneldiagnose. Een onderzoek waarbij inzichtelijk gemaakt kan worden, per ziekenhuis, hoe het kostenplaatje er na de implementatie van Sneldiagnose eruit kan zien. Vervolgens kan onderzocht worden in hoeverre kostenreductie de kans vergroot tot aannahme van de innovatie binnen een ziekenhuis. Wanneer kosten gereduceerd kunnen worden, is het zeer waarschijnlijk dat andere ziekenhuizen sneller geneigd zijn de innovatie te implementeren. Naast het leveren van betere medisch inhoudelijke kwaliteit is het immers in deze tijden van *managerialism* van toegevoegde waarde als innovaties kosten besparen.

Implementatie Sneldiagnose

Op dit moment zijn enkele ziekenhuizen bezig met Sneldiagnose, Alpe d'HuZes heeft de ambitie om dit aantal zo snel mogelijk uit te breiden. In de toekomst zou het wenselijk zijn om een vergelijking te kunnen maken tussen de verschillende 'Sneldiagnose'-ziekenhuizen. Aan de hand van deze vergelijking zou verklaard kunnen worden waarom het ene ziekenhuis verder in ontwikkeling is, en dus meer 'volwassen' is, op het gebied van Sneldiagnose, dan het andere. Uit deze analyse zouden specifieke *tools* kunnen ontstaan, die het wellicht gemakkelijker maken om Sneldiagnose ook in andere ziekenhuizen te realiseren. In de toekomst is het immers de bedoeling dat ziekenhuizen zelfstandig Sneldiagnose zullen implementeren. Een vergelijking van eerdere ervaringen en ontwikkelingen kan andere ziekenhuizen helpen bij deze implementatie. Aan de hand van deze vergelijking kunnen ziekenhuizen bovendien bepalen of zij daadwerkelijk klaar zijn voor een vernieuwing als Sneldiagnose, of dat ze eerst nog aan een aantal stappen zetten voordat ze Sneldiagnose effectief kunnen implementeren.

Referenties

- Adler, P.S., Heckscher, C. & S.W. Kwon (2008). Professional Work: The Emergence of Collaborative Community. *Organization Science*, Vol. 19, No.2, p. 359-376.
- Aben, K., Honing, C. Kiemeney, L.A.L.M., et al. (2007) 'De kans op kanker'. Signaleringsrapport voor intern gebruik bij KWF Kankerbestrijding. Amsterdam: SCK-werkgroep 'Risicocommunicatie en kanker', p. 1-178.
- Berenschot, L. & L. van der Geest (2005) 'Van patiënt tot partner'. Breukelen: Nyfer, p. 1-92.
- Bochove, A. van, Borst-Eilers, E., Koning, C.C.E., et al. (2009) De Oncologie van de toekomst. Nationaal Programma Kankerbestrijding, p.1-75.
- Boonstra J.J. (2005) Strategisch vernieuwen over de grenzen van de organisatie. In: G.J. Schuiling & W. Heine (red.) Leren stimuleren. Assen: Van Gorcum, p. 196-203.
- Boonstra, J.J (2000) Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren. Amsterdam: Vossiuspers, p. 5-50.
- Boonstra, J.J. (1997) Waarom herontwerpprojecten mislukken en wat we daaraan kunnen doen. In: Huizing, A. & De Vries, E.J. (red.) Business reengineering op doorreis: tussenstation of eindstation? Alpen a/d Rijn: Samsom, p. 57-74.
- Boonstra, J.J. & Steensma, H.O. (1996) Succesvol veranderen van organisaties. In: Boonstra, J.J., Steensma, H.O. & Demenint M.I. (red.) Ontwerpen en ontwikkelen van organisaties. Utrecht: De Tijdstroom, p. 275-310.
- Bolhuis, S. (2002). Multi-professioneel samenwerken in de gezondheidszorg: onderzoek naar educatieve interventies. Nijmegen: Onderwijsinstituut UMC St Radboud Afdeling Onderwijsontwikkeling en Onderzoek, p. 1-63.
- Bos, W.J., Koevoets, H.P.J. & A. Oosterwaal (2011). Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland? Den Haag: RVZ, p. 1-133
- Bossche, P. G. van den (2006). Social and Cognitive Factors Driving Teamwork in Collaborative Learning Environments. *Small Group Resarch* , p. 490-251.
- Bucher, R., & Strauss, A. (1961). Professions in Process. *American Journal of sociology*, vol. 66. no.4 , 325-334.
- Calleson, D. S. (2004). Institutional collaboration and competition in community-based education. *Journal of interprofessional care* , 63-74.
- Coebergh, J.W.W., Poll-Franse, L.V. van de, Alers, J.C., et al., (2004) Kanker in Nederland. Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, Den Haag, p. 1-332.
- Does, R.J.M.M., Heuvel, J. van den, Mast, Jeroen de & G.C. Neimeijer (2010) Improving Quality in

Healthcare While Reducing Costs. The quality management forum,36(3), p.12-15.

Fleuren M.A.H., Wiefferink C.H. & T.G.W.M. Paulussen (2006) Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. Leiden: TNO, p.1-4.

Fournier, V. (2000). Boundary Work and the (un)making of the Professions. In N. Malin (Ed.), Professionalism, Boundaries and the Workplace. London: Routledge.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease- Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), p. 70-84.

Hojat, M. & J.S. Gonella (2011). An instrument for measuring pharmacist and physician attitudes towards collaboration: Preliminary psychometric data. *Journal of Interprofessional Care*, p. 66-72.

Huizingh, E. (2008) Innovatie: succes in geen toeval. Pearson Education Benelux, Amersfoort, p. 1-252

Jansen – Landheer, M.L.E.A. & M.W.J.M. Wouters (2010) Kwaliteit van kankerzorg in Nederland, Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, p. 1-144.

Kapral, O. (2011). Healthcare managers on interprofessional teams. *Journal of interprofessional care*, p. 77-78.

Lawson, H. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. *Journal of Interprofessional care*, 225-237.

Linge, R., van. (2006). Innoveren in de gezondheidszorg; theorie, praktijk en onderzoek. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, p.1-276.

Lucassen, P.L.B.J. & T.C. Olde-Hartman (2007) Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p. 1-156.

Marin-Garcia, J.A., Aznar-Mas, L. & F.G.L. de Guevara (2011). Innovation Types and Talent Management for Innovation. *Working Papers on Operation Management*, Vol.2, N.2, p. 25-31.

Martin-Rodriguez et al. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, p. 132-147.

Mintzberg, H. (1984) Power and Organization Life Cycles. *The Academy of Management Review*, 9(2), p.207-224.

Nancarrow, S. A., & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), p. 897-919.

Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein*. Bussum: Coutinho.

Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domain, *Administration and Society*, 39(6), p. 761-785.

Oerlemans, L.A.G. & P.N Kennis (2007) Netwerken en innovatieve prestaties. *Tijdschrift voor Management & Organisatie*, nr.3/4, p. 1-19.

Poort, J & M. de Nooij (2005) Vooruit met procesinnovatie. Onderzoek in opdracht van Stichting Industriebeleid & Communicatie (SIC) Amsterdam: SEO, p. 1-40.

Putters, K. & P.H.A. Frissen (2006) Vertrouwen voor en door innovatie. Over de noodzaak van checks & balances bij vernieuwingsprocessen in de zorg. Tilburgse school voor Politiek en Bestuur, Universiteit van Tilburg, p. 1-103.

RVZ (2010b). *Zorg voor je Gezondheid! Gedrag en Gezondheid: De Nieuwe Ordening*. Den Haag: RVZ, p. 1-76.

Thiel, S. van (2007) Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding. Bussum: uitgeverij Coutinho, p. 1-224.

Tidd, J. (2001). Innovation management in context: environment, organization and performance. *International Journal of Management Reviews*, 3(3), p. 169-183.

Lucht, F. van der & J.J. Polder (2010). *Van Gezond naar Beter: Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, p.1- 95.

Wesseling, T. (2010) Value Tracking of Lean Six Sigma Transformations. Final project Executive MBA. Vlerich Leuven Gent Management School.

Wilensky, H.L. (1964). The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology*, LXX(2), p.137-158.

WRR. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

WRR (2006). *Verzorgingstaat heroverwogen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Overige bronnen

Alpe d'HuZes (2012) geraadpleegd via www.sneldiagnose.nu, op 15 mei 2012

KWF Kankerbestrijding (2012) geraadpleegd via www.kwfkankerbestrijding.nl, op 27 maart 2012

Kapitein, P. (2011) '1 slapeloze nacht bestaat niet', *stichting Alpe d'HuZes*, geraadpleegd via www.opgevenisgeenoptie.nl/columns_peter_kapitein/news_articleid/82, op 12 maart 2012.

Kapitein, P. & B. Kersten (2012) 'Sneldiagnose voor iedereen'. Het Financieele Dagblad, 30 mei 2012, p.7

Levi, M. (2012) 'Een laatste keer op reis of chemo?' De Volkskrant, 23 juni 2012.

Klink, A. (2012) 'Niet behandelen moet je honoreren'. De Volkskrant, 23 juni 2012.

Opgeven is geen optie, stichting Alpe d'HuZes (2012) geraadpleegd via www.opgevenisgeenoptie.nl, op 10 maart 2012

Zorgpoort (...) geraadpleegd via www.zorgpoort.info/jdwarswaard.pdf, op 22 mei 2012

Bijlage 1 Operationalisatie

Concepten	Variabelen	Indicatoren
Professionals	Geregelde autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Zeggenschap / beslissingsbevoegdheid - Vrijheid - Toezicht / supervisie - Positie (zoals manager, arts, verpleegkundige, secretaresse) - Jurisdictie
	Kennis & inhoud	<ul style="list-style-type: none"> - opleiding - ervaring - vaardigheden
	Routines	<ul style="list-style-type: none"> - standaarden - gewoontes - codes
Procesinnovatie	Verbetering in dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> - patient centraal - efficiëntie - kwaliteit - verlaging productiekosten
	Methode	<ul style="list-style-type: none"> - procesoptimalisatie / technieken (bijvoorbeeld Lean Six Sigma)
	Multidisciplinair	<ul style="list-style-type: none"> - meerdere partijen/ professionals - samenwerking
Interprofessionele samenwerking	Vormen	<p>Samenwerking:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Binnen eenzelfde afdeling - Tussen verschillende afdelingen - Tussen professionals en externe partijen als Accenture en Alpe d'HuZes
	Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> - MDO - Website - folders - Referentiebezoeken - Nieuwsbrief
Structurele factoren	Structuur	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeidsverdeling - Wel of niet gericht op deeltaak - Hierarchische organisatie
	Plaats van besluitvorming	<ul style="list-style-type: none"> - Centraal niveau - Decentraal niveau
	Coördinatie	<ul style="list-style-type: none"> - Stuurgroep - Duidelijk aanspreekpunt - Aanwezigheid 'opinie leider'
	Personeel	<ul style="list-style-type: none"> - Hoeveelheid betrokkenen - capaciteit/ bezettingsgraad

	Middelen	<ul style="list-style-type: none"> - toereikend ICT systeem - apparatuur - fysieke ruimte - verbeterprogramma's (Lean Six Sigma) - Administratieve ondersteuning - Financiële situatie
Culturele factoren	Routinematige werkwijzen	<ul style="list-style-type: none"> - Standaarden - Gewoontes - Zekerheid - Stabiliteit - Denken in 'eigen' kaders
	Machtsverhoudingen	<ul style="list-style-type: none"> - Statbiliteit - Eigen belangen - Machtspositie - Machtverdelingen in organisatie - Verbondenheid met strategie - Competitie - conflicten
	Service-ethiek	<ul style="list-style-type: none"> - cultuur - gemeenschappelijke waarden en normen - gedeelde taal - missie, visie, doel en betekenis - werkelijkheidsbeelden - sterkte van interne ideologie

Bijlage 2 Interviewguide

+ **Introductie**

- *Opleiding Publiek Management*
- *Stage Accenture / Alpe d'HuZes*
- *Sneldiagnose*
- *Kwalitatief onderzoek*
- *Verzekeren anonimiteit*

+ **Algemeen**

1. Wat is uw leeftijd?
 - M/V
2. Wat is uw achtergrond? Opleiding/arbeidsverleden
3. Wat is uw functie?
 - Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden? / Kunt u vertellen hoe een gemiddelde werkdag eruit ziet?

+ **Procesinnovatie Sneldiagnose**

4. Wat is volgens u de definitie van Sneldiagnose?
5. Wat betekent Sneldiagnose voor u binnen uw werkterrein?
6. Wie hebben er allemaal met Sneldiagnose te maken binnen en buiten het ziekenhuis?
7. Is Sneldiagnose een methode om betere zorg te leveren?
 - Bijvoorbeeld om stijgende zorgvraag aan te kunnen?
 - Of een veranderende zorgvraag die meer individueel wordt?
8. Nam u deze procesinnovatie als Sneldiagnose met open armen in ontvangst?
9. Zo ja, waarom? Of waarom niet?

+ **Factoren**

10. Wat zie u als (succes) factoren bij een procesinnovatie als Sneldiagnose?
11. Hoe is succes te meten?

+ **Interprofessioneel samenwerken**

12. Op wat voor manier werkt u binnen uw beroep samen?
13. Vindt u samenwerken belangrijk?
14. Is de samenwerking – door Sneldiagnose – veranderd ten opzichte van het verleden?
15. En zo ja, op welke manieren? Hoe gaat het nu?
16. Beschouwt u dit als positief of negatief?

+ **Uitdagingen Sneldiagnose**

17. Machtsverhoudingen tussen medewerkers
 - Merkt u dat reputatie in een rol speelt binnen het werk?
 - Heeft u wel eens concurrentstrijd ervaren?

- Is de omgang tussen medewerkers hiërarchisch?
- Voelen verschillende afdelingen of mensen zich superieur boven anderen?
- Bestaan er gelijkwaardige relaties?
- Wat voor rol speelt de leidinggevende bij Sneldiagnose?

18. Kennis en expertise

- Zorgt de specifieke kennis aangaande bepaalde zaken, ervoor dat er begrensde domeinen bestaan?
- Kunt u en uw collega's gemakkelijk kennis delen? Over die grenzen heen stappen?
- Hoe zit het met de opleidingen binnen dit ziekenhuis? Dienen jullie gezamenlijk (vanaf allerlei verschillende domeinen) trainingen te volgen?

19. Routines

- Hoe heeft u de veranderingen aangaande Sneldiagnose ervaren?
- Was het lastig om van uw standaardprocedures te moeten afwijken?
- Hoe zijn uw collega's hier mee omgegaan?

Afsluiting

*Bedanken

*Vragen/opmerkingen