



Universiteit Utrecht

Zorg voor zorg om zorg

De rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst

Een enkelvoudige casestudy naar de spanning tussen ICT en zorgprocessen in het ziekenhuis van nu en de betekenis hiervan voor de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst.

Afstudeeronderzoek Master 'Organisaties, Verandering en Management

Universiteit Utrecht – USBO

Bestuurs- en Organisationswetenschappen

Naam:	Wytse Valkema
Studentnummer:	5648602
E-mail:	valkemawytse@gmail.com
Datum:	Augustus 2016
Eerste begeleider:	dr. Arnold Wilts
Tweede begeleider:	dr. Jeroen Vermeulen

Voorwoord

Voor u ligt de masterscriptie “De rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst”. Deze scriptie is geschreven in het kader van afstuderen bij de master *Organisaties, Verandering en Management* aan de Universiteit Utrecht.

Het onderzoek gaat over een zoektocht naar de spanning tussen ICT en zorgprocessen in het ziekenhuis van nu en de betekenis hiervan voor de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst. De vraag die hierbij centraal stond was: “Hoe denken de medewerkers van het ziekenhuis van nu over de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst?”.

Hiervoor heb ik verschillende medewerkers van het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede geïnterviewd. Artsen, verpleegkundigen, bestuurders en ICT-ers hebben allemaal te maken met dit zorgproces, dat draait om de gespecialiseerde patiëntenzorg, zoals we dat in Nederland hebben georganiseerd in het ziekenhuis. Om dit te onderzoeken heb ik de afgelopen maanden mogen rondlopen in het MST en heb ik erg veel plezier beleefd aan deze wonderlijke wereld van zorg, leed en toewijding. Ik heb daarbij genoten van de mooie antwoorden op vragen over trots en passie van de geïnterviewde en me mogen verbazen over de verschillende visies op hetzelfde, verschillende interpretaties en oordelen over zichzelf.

Graag wil ik ook een aantal mensen bedanken. Ten eerste mijn begeleider vanuit mijn onderzoekstage bij M&I/Partners uit Zeist, Sanneke van der Linden, voor het delen van haar kijk op de wereld van consultancy en de vele interessante uren ‘sparren’ over verandering in een ziekenhuis, ICT in de zorg, ‘types’ in het ziekenhuis. Ook wil ik mijn begeleider vanuit de Universiteit Utrecht, Arnold Wilts, bedanken voor zijn zeer bruikbare inzichten en inhoudelijke en academische inspiratie om deze scriptie beter te maken. Ook wil ik graag het MST, en in het bijzonder Tineke Tromp, bedanken voor haar vertrouwen en het geven van de mogelijkheid om dit onderzoek in het MST uit te voeren en de gesprekken te plannen met de respondenten.

Hopelijk ben ik erin geslaagd deze scriptie in de volle breedte relevant te laten zijn voor alle belanghebbenden, waarbij ik ook nog een bijdrage lever aan de academische kennisvoortgang.

Veel leesplezier gewenst,

Wytse Valkema

Samenvatting

In deze enkelvoudige exploratieve casestudy wordt een verkenning gedaan naar de spanning tussen ICT en zorgprocessen in het Medisch Spectrum Twente (MST), door met verschillende medewerkers in gesprek te gaan over de rol van ICT in hun ziekenhuis van de toekomst, om zodoende een beeld te krijgen waar de verschillen en overeenkomsten in ervaringen en zienswijze zitten en wat dit betekent mogelijk zou kunnen betekenen voor de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst. Er is een literatuurstudie gedaan waarin aandacht is voor het sociaal interpretatieve paradigma en het radicaal humanistische paradigma. Samen met het IJbergmodel van McClelland (1995) vormt dit een aantal concepten die als leidraad hebben gediend voor de dataverzameling in de vorm van interviews. Aan de hand van een analyse per concept worden er uit de resultaten vier waarnemingen gedestilleerd en onderbouwt. Door vervolgens verder te redeneren met de principes van *positive organizing* (Robert Quinn, 1996), zal tevens worden vooruitgeblikt in de toekomst en volgen een aantal aanbevelingen op basis van de geanalyseerde data die relevant zijn voor de casuïstiek van het MST.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1. Aanleiding	7
1.1.1. <i>Moment van verbazing</i>	7
1.1.2. <i>The internet of things</i>	8
1.2. Probleemstelling	9
1.2.1. <i>Nederland verandert, de zorg verandert mee</i>	9
1.2.2. <i>Digitalisering in de Nederlandse gezondheidszorg</i>	10
1.2.3. <i>De zorg om ICT in het ziekenhuis</i>	11
1.2.4. <i>Focus van dit onderzoek</i>	12
1.2.5. <i>Een blik vooruit</i>	12
1.2.6. <i>De MST-uitdaging</i>	12
1.3. Het onderzoek	13
1.3.1. <i>Doel</i>	13
1.3.2. <i>Vraag</i>	14
1.3.3. <i>Methode</i>	14
1.4. Leeswijzer	14
1.4.1. <i>De roadmap</i>	14
1.4.2. <i>Het Ijsbergmodel van McClelland</i>	15
2. Literatuur	16
2.1. Paradox van sturing en zelfsturing	16
2.2. Verandering in de chaos; de paradigma's van Burrell en Morgan	17
2.3. Sociaal interpretatief paradigma	18
2.3.1. <i>Sociaal constructionisme</i>	19
2.4. Radicaal humanistisch paradigma	19
2.4.1. <i>Appreciative Inquiry</i>	20
2.4.2. <i>Positive organizing</i>	20
2.5. De gelaagde werkelijkheid; het model van McClelland	20
2.6. Interventiemogelijkheden	21
2.6.1. <i>Collectieve betekenisgevingsprocessen</i>	21
2.6.2. <i>Reflexief organiseren</i>	22
2.7. <i>De roadmap voor de toekomst; wat zijn de relevante concepten?</i>	22
3. Methodologie	24
3.1. Onderzoeksmethode	24
3.1.1. <i>Naturalistic Inquiry</i>	24
3.2. Onderzoeksvraag	25

3.3.	Onderzoeksetting	25
3.3.1.	<i>Context</i>	25
3.3.2.	<i>Het Medisch Spectrum Twente</i>	26
3.4.	Selectiestrategie	26
3.4.1.	<i>Doelgericht selectie</i>	26
3.4.2.	<i>Toevallige selectie</i>	27
3.4.3.	<i>Respondenten</i>	28
3.5.	Interviews	29
3.6.	Analyse	29
3.7.	Betrouwbaarheid	30
3.7.1.	<i>Sturing</i>	30
3.8.	Validiteit	31
3.9.	Kwaliteitswaarborgen	31
3.10.	Ethiek	32
4.	Resultaten & Conclusies	33
4.1.	Casuïstiek	33
4.1.1.	<i>Samenwerking</i>	34
4.2.	Organisatie	35
4.2.1.	<i>Sturing</i>	35
4.2.2.	<i>Macht</i>	36
4.3.	Mens	37
4.3.1.	<i>Interactie</i>	37
4.3.2.	<i>Overtuigingen</i>	38
4.3.3.	<i>Drijfveren</i>	39
4.4.	Configuraties	42
4.4.1.	<i>Werkelijkheden</i>	43
4.4.2.	<i>Betekenisgeving</i>	49
4.4.3.	<i>Collectiviteit</i>	50
4.5.	Toekomst	52
4.5.1.	<i>Dromen</i>	53
4.5.2.	<i>Durven</i>	53
4.5.3.	<i>Doen</i>	55
5.	Analyse	59
5.1.	De invloed van de arts	59
5.2.	ICT als bedreiging	60
5.3.	Gefixeerde configuraties	61
5.4.	Uitgangspunten, focus en belangen	63
6.	Aanbevelingen	66
6.1.	Reflecteren op zorgprocessen	66
6.1.1.	<i>Veranderen door co-creeren</i>	66

6.2.	Scheppen van condities	67
6.2.1.	<i>Gebruik de chaos!</i>	68
6.3.	Dominante coalities	68
6.3.1.	<i>Leer de ander kennen en waarderen!</i>	69
7.	Literatuurlijst	70

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal de thematiek van dit onderzoek worden ingeleid. Aan de hand van een aanleiding, in de vorm van een persoonlijke verbazing, ontstaat er een grondslag voor een aantal relevante vragen, met onderliggende relevante en maatschappelijke trends, die een probleemstelling in de zorg naar boven halen. Deze probleemstelling heeft consequenties voor de organisatie van zorg in een ziekenhuis. ICT speelt daarbij een rol. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd waarom dat zo is. En het is de vraag welke consequenties dit heeft voor de praktijk in een ziekenhuis. Dit gaat onder andere over zorgprocessen en het patiëntbelang, maar ook de culturele aspecten van het ziekenhuis als organisatie. Uiteindelijk hebben de consequenties van nu een betekenis voor de toekomst. Daarmee ontstaat de vraag hoe het ziekenhuis van nu kijkt naar de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst. Om deze vraag te beantwoorden wordt in dit hoofdstuk een onderzoeksvoorstel beschreven, tevens de basis voor dit onderzoek. Aan de hand van doelstelling, vraag en methode krijgt de lezer inzicht in het vervolg van dit onderzoek.

1.1. Aanleiding

1.1.1. Moment van verbazing

Het is 2016. De tijd waarin kleding online wordt besteld en huizen online worden verkocht. De tijd waarin boodschappen draadloos worden betaald en apps met een vingerafdruk worden gekocht. Het is de tijd waarin bankzaken worden geregeld door in te loggen op de online omgeving van de bank en de belastingaangifte wordt gedaan met een DigID, waarna de aanslag per mail wordt nagestuurd. Het is de tijd van de digitalisering. Van het internet. En van 'alles in de cloud'. De tijd dat informatie altijd en overal beschikbaar is voor iedereen of alleen voor specifieke gebruikers. Het is de tijd van informatie- en communicatietechnologie (ICT).

En het is de tijd waarin ziekenhuizen nog werken met papieren dossiers. Waarin artsen fouten maken omdat er geen informatie kan worden gedeeld met collega's. De tijd waarin patiënten niet bij hun medische informatie kunnen of de dupe worden van inefficiënte planning van zorg. Het is de tijd dat ziekenhuisbestuurders niet langer kunnen voorspellen wat de toekomst wordt van de zorg en tegelijkertijd te maken hebben met financiële problemen door gebrek aan overzicht in de facturatie naar de zorgverzekeraar. De tijd waarin het ICT-landschap in ziekenhuizen bestaat uit tientallen applicaties die niet of nauwelijks met elkaar communiceren.

Maar het is vooral de tijd om af ons af te vragen waarom dat nog zo is. De mogelijkheden zijn er, maar schijnbaar zijn er redenen voor het ontstaan of in stand houden van de huidige situatie. Wat speelt een rol? Gaat het dan over geld, techniek of innovatie? Of ligt een deel van het antwoord ook bij de mens; de gebruiker, of de patiënt? Is het een kwestie van

willen, in plaats van kunnen? Zouden we het antwoord kunnen vinden op plekken waar we nu niet zoeken? Waar zit de spanning tussen de zorg en de ICT en hoe denken verschillende actoren in het ziekenhuis daarover?

En nog belangrijker: waar gaat het heen? Wat is de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst. En hoe kijken artsen, verpleegkundigen, IT-ers en bestuurders hier tegenaan? Waar zitten de verschillen, waar de overeenkomsten? En wat zegt dat en wat kunnen we er mee richting de zorg in het ziekenhuis van de toekomst?

Het is tijd om eens in een ziekenhuis te gaan kijken, praten en onderzoeken hoe het staat met de gedachten, betekenisgeving en ideeën over de rol van ICT in het ziekenhuis van onze toekomst.

1.1.2. *The internet of things*

“In a few decades time, computers will be interwoven into almost every industrial product”

Karl Steinbuch, German computer science pioneer, 1966

Deze uitspraak van Karl Steinbuch past in het beeld dat voor het eerst in 1991 een naam krijgt door het toenmalig hoofd van de Massachusetts Institute of Technology, Kevin Ashton. Hij sprak over *The internet of things* en omschreef het als een voorgestelde ontwikkeling van het internet, waarbij voorwerpen zijn verbonden met het netwerk en gegevens kunnen uitwisselen. Dit zou onder andere kunnen leiden tot voordelen voor organisaties op het gebied van efficiency, samenwerking, kennis en communicatie (Mattern & Floerkemeier, 2010). Het was het begin van een tijdperk van onderzoek naar de voordelen van die voorgestelde ontwikkeling. We kunnen vaststellen dat het ook een paradigmaverschuiving heeft opgeleverd in de academische wereld. Met name als het gaat om perspectieven op management en control (Fleisch, 2010). De toepasbaarheid van informatie- en communicatie technologie wordt als een kans beschouwd om organisaties anders te organiseren en ze efficiënter en effectiever te laten werken (Mattland, 2010). Ook een ziekenhuis is een organisatie waarin de toepassing van ICT in allerlei vormen denkbaar is. Dit betekent in dit onderzoek naar de spanning tussen ICT en de zorgprocessen dat deze voordelen van ICT in een ziekenhuis mogelijk een rol spelen en op z'n minst relevant zijn om mee te nemen.

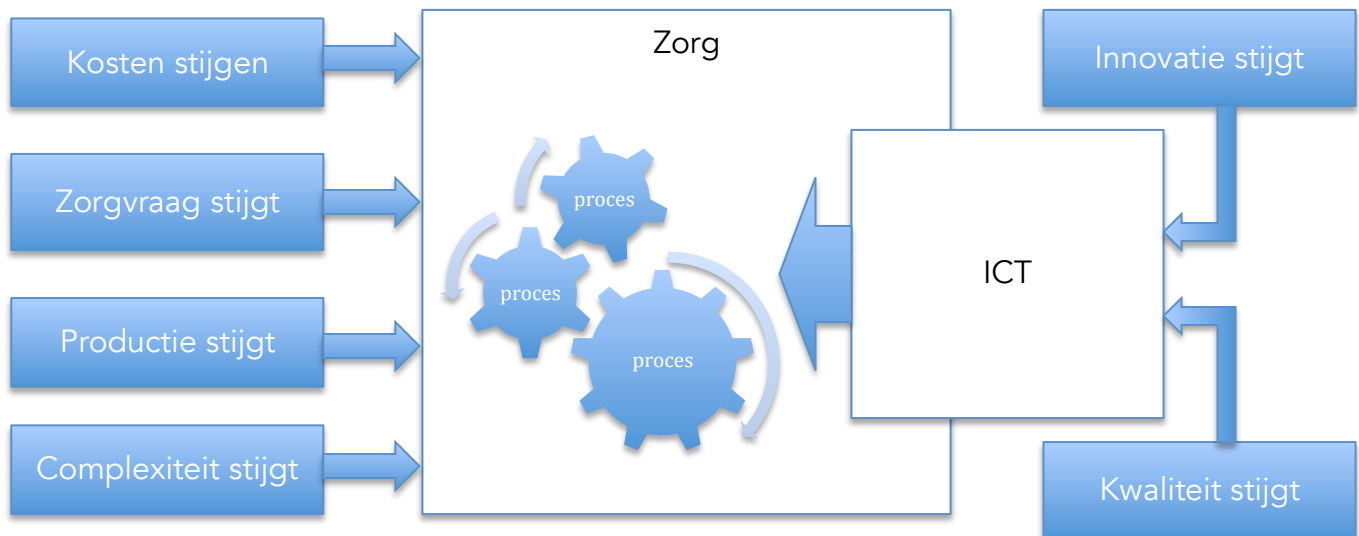
1.2. Probleemstelling

1.2.1. *Nederland verandert, de zorg verandert mee*

In 2006 voerde de Nederlandse regering een systeem in van gereguleerde zorg. Hervormingen van het zorgsysteem waren het gevolg. Daarbij is er sprake van een snelle toename in de totale kosten. De behandelingen worden weliswaar goedkoper, maar de productie stijgt hard, waardoor de totale kosten toenemen. Ook innovaties kosten geld en dragen bij aan de macro-kostengroei van de Nederlandse zorgkosten. De eisen voor de kwaliteit van zorg en nieuwe medische technologieën veranderen de omstandigheden waarin de zorg wordt geleverd (Aarts, 2004). Ook de zorgvraag verandert en er is sprake van een (verwacht) personeelstekort. Daarmee werd de zorg complex en dynamisch vanwege deze veranderende zorg en de vele belanghebbenden (Killingworth, 2006). Deze ontwikkeling is een relevant gegeven voor de verdere integratie van ICT in een ziekenhuis. Het brengt met zich mee dat er steeds vaker en steeds meer gegevens in een Elektronisch Patiëntendossier moeten worden ingevoerd. Dit moet gedaan worden door artsen die hiervoor ook in toenemende mate moeten samenwerken en waarbij de samenwerking ook (deels) digitaal zal verlopen. Dat maakt dat er ook vanuit de veranderende zorg en de gevolgen hiervan voor de verdere toepassing van ICT in een ziekenhuis (zie afbeelding 1.1.), behoefte is aan inzicht in de menselijke kijk op deze ontwikkeling. Waar zit de spanning tussen de zorgprocessen en de toenemende rol van ICT in deze zorgprocessen? Want door de verdere ontwikkelingen van ICT ontstaat de gedachte dat nieuwe informatie- en communicatietechnologie kan bijdragen aan de duurzame zorg en gezondheid van de patiënt (eHealth, 2011). De Raad voor de Volksgezondheid onderzocht in het kader van de digitalisering van de Nederlandse zorg de medische en technologische ontwikkelingen die raken aan het concentratie en deconcentratie vraagstuk in het ziekenhuislandschap. Zij publiceerden de volgende vier ontwikkelingen tot 2020 (RVZ, 2011):

1. De medisch wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen zullen maken dat we ziekteprocessen eerder signaleren en in een vroeger stadium kunnen ingrijpen.
2. Diagnostiek zal deels concentreren door de verdere ontwikkeling van hoog complexe, kapitaalintensieve apparatuur, maar tegelijkertijd deels juist vergaand deconcentreren door het kleiner en goedkoper worden van diagnostische apparatuur en toename van *intelligent devices*: van tweede lijn naar eerste lijn en uiteindelijk ook steeds meer naar de burger.
3. Behandeling wordt specifiek, minder invasief en meer afgestemd op de karakteristieken van de patiënt.

4. De rol van de patiënt en de arts veranderen. De houding van de patiënt verschuift van een passieve naar een actieve. De rol van de professional verschuift van autoriteit in de richting van partnership. Technologische en sociologische ontwikkelingen gaan hier hand in hand. Kennis democratiseert, de patiënt is beter geëquipeerd om een actievere rol in te nemen. Door ICT wordt deze rol ondersteund. Voor communicatie tussen professional en patiënt, nu nog primair via fysiek contact en de telefoon, zullen andere media in toenemende mate worden gebruikt.



Afbeelding 1.1. Schematische weergave van toename van ICT in de zorg

1.2.2. Digitalisering in de Nederlandse gezondheidszorg

De inzichten uit de literatuur over de voordelen van ICT in organisaties hebben ook de ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg beïnvloed. Op dit moment is er een flinke ontwikkeling gaande in de digitalisering van de Nederlandse gezondheidszorg. In 2008 leidde dit ook tot politieke bemoeienis. Toenmalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ab Klink (CDA), diende op 1 november 2008 een wetsvoorstel in bij de Tweede Kamer over de invoering van een Landelijk Elektronisch Patiëntendossier, wat later werd weggestemd door de Eerste Kamer en waarvan het dossier in 2014 is overgenomen door de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ, 2014). De laatste jaren wordt ICT in toenemende mate toegepast in de zorg (Åkesson, Saveman & Nilsson, 2007; Pearce, Shachak, Kushniruk & de Lusignan, 2009). In ziekenhuizen gaat deze toepassing voornamelijk over het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Het EPD wordt hierbij gezien als een systeem dat nodig is voor het uitwisselen en delen van informatie in de gezondheidszorg (Sahama, Gajanayake, Lane & Iannella 2013). Het biedt zorgprofessionals namelijk toegang tot enorme hoeveelheden patiënt gerelateerde informatie (Ammenwerth e.a. 2004). Dit leidt in de eerste plaats tot efficiënter werken, omdat het wordt gezien als verbetering van de veiligheid, kwaliteit en patiëntgerichtheid (Nictiz 2009; Minshall 2012).

Daarbij kan het EPD de kwaliteit van zorg verhogen, doordat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de patiëntgegevens verbetert (Nictiz 2009; Piras, Purin, Stenico & Forti 2010; Fahey e.a. 2011). Het is belangrijk te weten welke voordelen een EPD heeft in de literatuur, omdat dit in het onderzoek naar de spanning tussen ICT en zorgprocessen relevant kan zijn. Wanneer actoren, die in aanraken komen met ICT in het ziekenhuis, namelijk niet bekend zijn met deze voordelen, of ze niet zo ervaren, zijn mogelijke oorzaken hiervan relevant voor dit onderzoek.

1.2.3. De zorg om ICT in het ziekenhuis

Het moge duidelijk zijn dat de processen in een ziekenhuis kunnen worden verbeterd met de toepassing van ICT in het algemeen en de invoering van een EPD in het bijzonder. Maar de implementatie van een EPD gaat niet zonder slag of stoot (Aarts & Peel 1999; Ammenwerth e.a. 2004; Scott e.a. 2005). Er is veel onderzoek gedaan naar de implementatie van het EPD. Dit onderzoek, naar de invloed en de rol van informatie- en communicatietechnologie in de gezondheidszorg, richtte zich met name op de vraag hoe de zorg effectiever, veiliger en efficiënter voor patiënten kan worden, tegen lagere kosten (Shekelle, Morton & Keeler, 2006; Hoff, 2011). De resultaten zijn niet altijd positief. Een IT-implementatie kan namelijk ook leiden tot een verminderde kwaliteit en veiligheid van zorg (Handel, 2011). Ook leidt het zeer regelmatig tot hogere kosten (Boonstra & Broekhuis, 2010). Daarbij stelt ook de inspectie voor de gezondheidszorg dat een toename van ICT in de zorg niet automatisch leidt tot verbetering van de informatievoorziening (IGZ, 2011). In de afgelopen dertig jaar van onderzoek naar medische informatie- en communicatie techniek is daarbij met name gefocust op het proces van de implementatie zelf en op de interactie tussen mens en applicatie (Aarts & Peel, 1999). Deze technische aspecten zijn zeker interessant en relevant, net als de kosten-baten analyses, waarvan ook vele papers beschikbaar zijn. Maar steeds vaker oordelen onderzoekers dat het implementeren van een EPD wordt beïnvloed door organisatorische aspecten (Harrison, Koppel & Bar-Lev, 2007). Het EPD moet namelijk zowel voldoen aan de behoeften van de zorgprofessionals als aan ondersteunende zorgprocessen (Hollin, Griffin & Kachnowski, 2012). Volgens Hollin et al. (2012) is het exact hier waar de spanning moet worden gezocht. Er zijn veel belanghebbenden. Deze belanghebbenden zullen, afhankelijk van hun belangen, een specifieke ontwikkeling aangrijpen of belemmeren. Belangen spelen ook voor dit onderzoek een rol. Hierdoor zullen de technologie en de praktijk elkaar op onverwachte manieren beïnvloeden (Berg, 2003). Diezelfde praktijk laat zien dat er vaak wordt aangegeven dat er rekening wordt gehouden met de wensen en ervaringen van de gebruikers, maar toch gaat er iets mis (Berg, 2003; Fahey e.a. 2011). Er zitten dus 'gaten' in de literatuur, ondanks het feit dat er inmiddels veel onderzoek naar ICT in de zorg is gedaan. Eén van deze gaten heeft mogelijk te maken met de onbekende beïnvloeding van de technologie (ICT) en de praktijk. Het is daarom nodig om een onderzoek te doen naar deze beïnvloeding en ons te verdiepen in de oorzaken en consequenties hiervan met betrekking tot de rol van ICT in de toekomst van het ziekenhuis.

1.2.4. Focus van dit onderzoek

Naast het feit dat de literatuur een flink aantal voordelen noemt van de invoering van een EPD in een ziekenhuis zijn er ook belemmeringen voor een goede IT-implementatie, die tevens met elkaar verband houden. De belemmeringen liggen op het vlak van financiën, etnische ondersteuning, geïnvesteerde en benodigde tijd, op het wettelijke vlak en op de wijze waarop organisatorische veranderingsprocessen worden ingevoerd (Shekelle et al., 2006; Boonstra & Broekhuis, 2010). De focus van dit onderzoek zal met name uitgaan naar de wijze waarop organisatorische en veranderprocessen worden ingevoerd. Concreet vertaald betekent dit dat er een verkennende casestudy zal worden gedaan naar de ervaren spanning tussen de zorgprocessen en ICT, door actoren uit het ziekenhuis van nu, door met ze in gesprek te gaan over de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst. Door vervolgens verder te redeneren met de principes van *positive organizing* (Robert Quinn, 1996), welke uitgebreid zullen worden toegelicht in het hoofdstuk *Literatuur*, zal tevens worden vooruitgeblikt in de toekomst. Vervolgens zullen er in het hoofdstuk *Aanbevelingen* ook een aantal aanbevelingen zullen volgen, op basis van de geanalyseerde data.

1.2.5. Een blik vooruit

Voorafgaand onderzoek op microniveau in de zorg richt zich op belemmeringen en implementatie van IT in de gezondheidszorg ten aanzien van de effecten op individueel of groepsniveau binnen een ziekenhuis (Boonstra & Broekhuis, 2010). Dit gaat onder andere over werk gerelateerde zaken, maar ook psychologische en sociale factoren spelen een belangrijke rol, zoals acceptatie, beoogd nut en tevredenheid (van Bommel, 2011). Mogelijkheden om de belemmeringen enigszins op te heffen zijn onder andere het verrichten van beter onderzoek voordat IT wordt geïmplementeerd, het bieden van meer financiële ondersteuning en IT-ondersteuning, het zorgen voor een betere afstemming van de ketenzorg en het zorgen voor meer standaardisatie (Infotechnology in Healthcare, 2004; Boonstra et al., 2010; IGZ, 2011). Uit onderzoek van Denison (1990), Kotter & Heskett (1992) en Magala (2005) blijkt dat – naast aandacht voor strategie, presentatie en technologische voordelen – het ontwikkelen en managen van de organisatiecultuur van wezenlijk belang is. Het gaat dan om leiderschap dat gericht is op het verminderen van de collectieve onzekerheden, het aanbrengen van sociale ordening, het creëren van continuïteit, een collectieve identiteit en betrokkenheid en door de toekomstvisie te verduidelijken. Dit zijn concepten die de kern raken van de organisatie van zorg en waarbij het dus de vraag is in hoeverre ze, afhankelijk van de duiding ervan, invloed hebben op de integraliteit van ICT in de zorgprocessen. Vandaar dat ze hier worden genoemd en daarmee relevant zijn voor dit onderzoek.

1.2.6. De MST-uitdaging

Door ontwikkelingen om ons heen vervagen grenzen tussen de organisatie en hun omgeving en tussen de individuele werknemer en de organisatie. Er is sprake van een toenemende noodzaak van samenwerken in netwerken en het organiseren daarvan. Dit zijn

processen die enorm complex en dynamisch zijn. Voor dit onderzoek is gekozen voor de casuïstiek van het Medisch Spectrum Twente (MST). Hier zijn de gevolgen van de hierboven geschetste ontwikkelingen aan de orde van de dag. Door de mogelijkheden van ICT, de veranderende zorg en het multidisciplinaire karakter van kennis dat wordt vergroot, wordt het allemaal nog complexer. Medewerkers voelen de noodzaak zichzelf te confronteren met deze complexiteit. Maar hoe? Iedereen doet dit vanuit zijn of haar eigen patronen, eigen perspectief, eigen werkelijkheid. De organisatie beweegt, het MST ontwikkelt zicht, het ziekenhuis 'leert'. Deze ontwikkeling zorgt voor enorm gecompliceerde interactiepatronen tussen actoren. Want in deze complexiteit valt het voor een Raad van Bestuur niet mee om beleid te maken dat zorgt voor voldoende draagvlak. Zeker wanneer het landschap van actoren een sterk politiek karakter kent, dat wordt ingekleurd door informele macht van dominante spelers en bijbehorende oppositie. Wanneer dat zich allemaal afspeelt in een financiële crisis, met alle bijbehorende maatregelen en onzekerheid als gevolg, ligt er voor het MST een enorme uitdaging. Er is sprake van een paradoxale situatie waarin behoefte aan controle en beheersing conflicteert met innovatie en vernieuwing en waarin het uitzetten van een heldere koers en krachtige sturing op gespannen voet staan met verkennen, experimenteren en zelfsturing.

1.3. Het onderzoek

De omgeving is uniek, complex en vooraf niet te voorspellen of volledig te overzien. Daarom is een interpretatieve en kwalitatieve onderzoeksmethode nodig om de complexiteit van het Medisch Spectrum Twente te verkennen. Dit stelt namelijk de onderzoeker in staat nauw contact te houden met de complexe werkelijkheid, die in kwalitatief onderzoek doorgaans in de alledaagse, natuurlijke context wordt bestudeerd. Door met een open blik en een relatief globale onderzoeksvraag van start te gaan kan de onderzoeker flexibel inspelen op hetgeen empirisch wordt waargenomen (Plochg & van Zwieten, 2007).

1.3.1. Doel

Er is behoefte aan het verkrijgen van inzicht in de spanning die lijkt te heersen tussen ICT en zorgprocessen. Verschillende actoren uit het ziekenhuis van nu hebben hier een kijk op. De vraag is; welke kijk en hoe vergelijkt dit zich met de perspectieven van anderen. En wat betekent dit voor de organisatie van zorg en ICT in het ziekenhuis van de toekomst? De sociale kanten van de implementatie, de zogenaamde human factors, lijken een belangrijke rol te spelen. In de casuïstiek van het MST is het doel van dit onderzoek om een inzicht te verkrijgen in de ervaren spanning tussen zorg en ICT door verschillende actoren van het ziekenhuis van nu en het MST op basis hiervan te adviseren over de betekenis hiervan voor de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst.

1.3.2. *Vraag*

Het uitgangspunt wordt meestal zo open mogelijk geformuleerd (Plochg & van Zwieten, 2007). Dit komt doordat je van tevoren niet precies weet welke variabelen en/of verbanden er precies toe doen en je het onderzoeksonderwerp niet op voorhand wil inperken. Voor dit onderzoek geldt dan ook de vraag: "hoe denken verschillende stakeholders in het MST van nu over de rol van ICT in het MST van de toekomst en wat betekent dit voor de rol van ICT in het MST van de toekomst?"

1.3.3. *Methode*

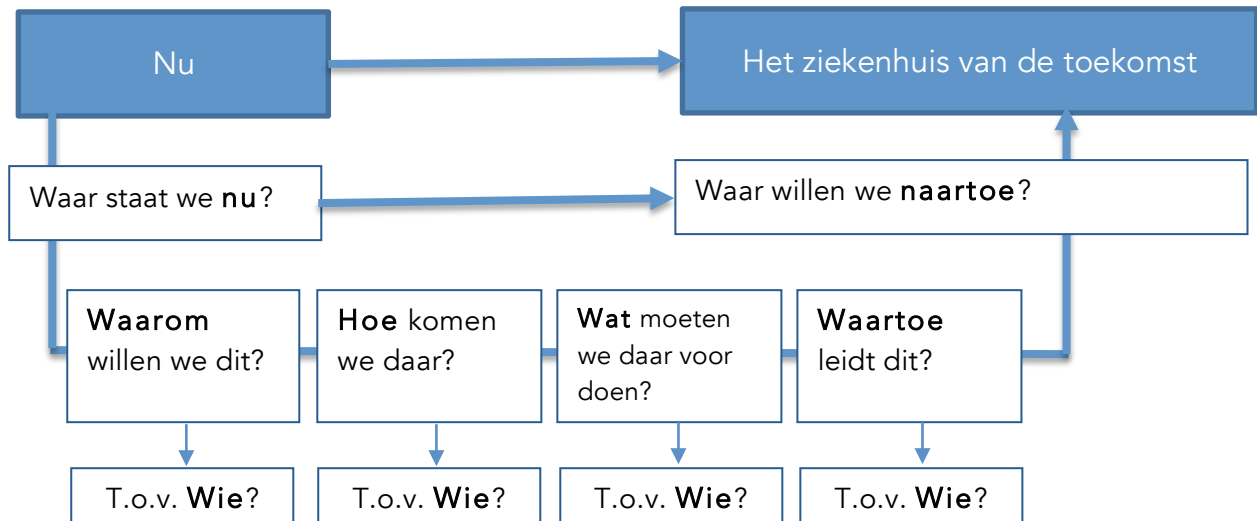
Kwalitatief onderzoek is in het algemeen aangewezen wanneer het uitpluizen van een bepaalde sociaal fenomeen 'in de diepte' het onderzoeksdoel is (Plochg & van Zwieten, 2007). Het gaat daarbij om het beschrijven en/of exploreren van gedrag, van interacties tussen mensen, sociale relaties, ervaringen, meningen, opvattingen en dergelijke, maar ook van zaken als beleid of organisaties die daar direct of indirect uitvloeisel van zijn. (Plochg & van Zwieten, 2007). Een verdere toelichting staat beschreven in hoofdstuk *Methodologie*.

1.4. *Leeswijzer*

Na de inleiding in dit hoofdstuk zal in het hoofdstuk *Literatuur* een verdere verdieping uiteen worden gezet over de relevante theorie. Dit geeft ook de basis voor het conceptuele kader, tevens input voor de interviews. Het hoofdstuk *Methodologie* besteedt aandacht aan de methoden en technieken die zijn gebruikt in dit onderzoek. In het hoofdstuk *Resultaten & Conclusies* zal een kwalitatieve inkleuring worden gegeven van het conceptuele model met relevante data uit de interviews. Dit leidt in het hoofdstuk *Analyse* tot een aantal inzichten die uit de resultaten en conclusies kunnen worden gedestilleerd. Uiteindelijk zal dit in het hoofdstuk *Aanbevelingen* verder worden uitgewerkt in een aantal concrete interventiemogelijkheden voor het MST, die aansluiten bij de bevindingen en de theorie.

1.4.1. *De roadmap*

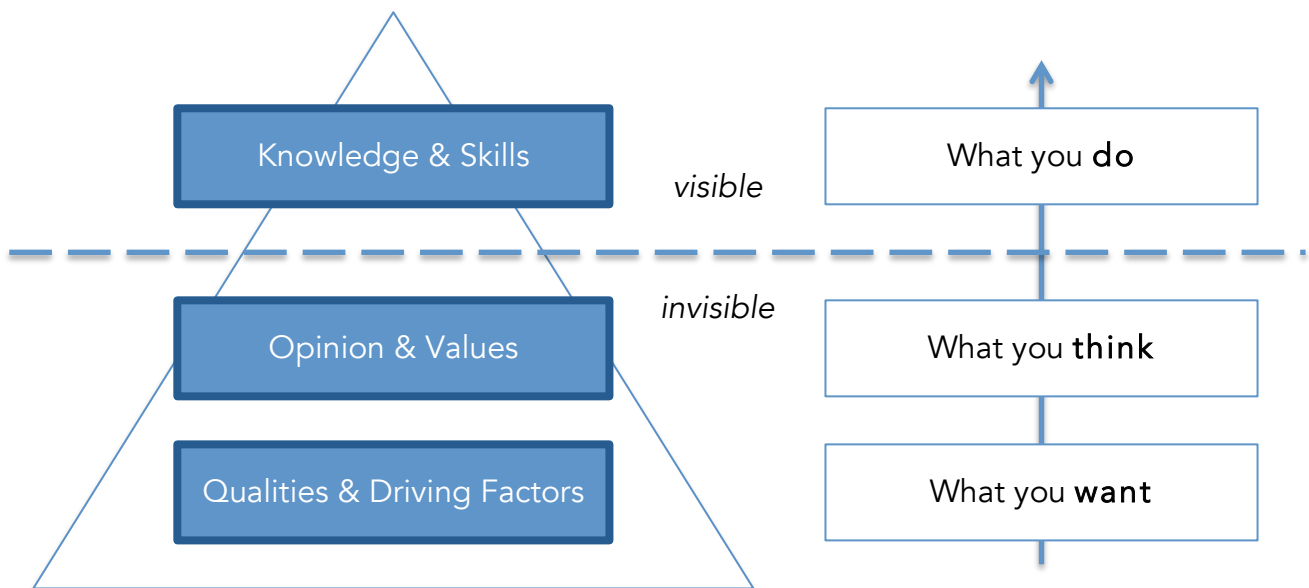
Er zijn twee rode draden in dit onderzoek. Eén daarvan is het IJbergmodel van McClelland en de andere is de *roadmap*, die vooraf is opgesteld en waarin de onderzoeksopzet in verschillende lagen wordt weergegeven. Deze *roadmap* staat in afbeelding 1.2. en zal een aantal keren terugkomen in dit onderzoek. De grondslag van de *roadmap* staat beschreven in de inleiding van dit onderzoek en laat zich logischerwijs vertalen in een aantal stappen die hieronder worden uitgewerkt:



Afbeelding 1.2. De roadmap; een schematisch overzicht onderzoeksopzet

1.4.2. Het Ijsbergmodel van McClelland

De andere rode draad is het Ijsbergmodel van McClelland (1985). Dit model wordt in het volgende hoofdstuk uitgebreid toegelicht, maar wordt hier enkel gepresenteerd als leidraad. Het zal dan ook een aantal keren terugkeren.



Afbeelding 1.3. Het Ijsberg model van McClelland (1985)

2. Literatuur

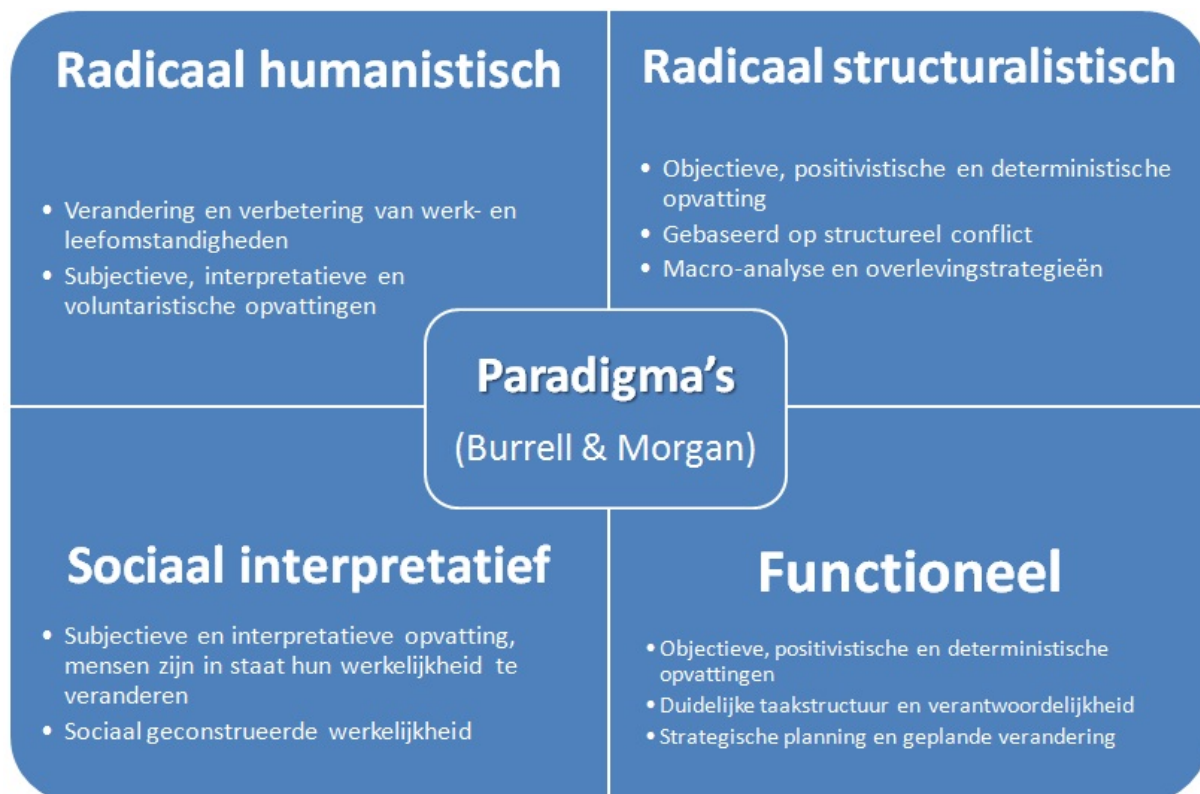
In het vorige hoofdstuk is omschreven wat de aanleiding en de context van dit onderzoek is. Dit leverde een probleemstelling op. Vanuit daar is een onderzoeksvraag, methode en doelstelling geformuleerd en omschreven. In dit hoofdstuk wordt daarop verder gegaan. Er zal een theoretische verdieping worden beschreven die relevant is voor het onderzoeken van de casuïstiek. Hiervoor worden een aantal begrippen behandeld en wordt toegelicht waarom deze relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Uiteindelijk levert dit een lijst op met concepten; het conceptuele kader. Dit kader is input geweest voor de interviews met de actoren uit het MST. Het inkleuren van dit conceptuele kader, met de data die verkregen is uit de interviews, zal daarmee mogelijk worden. Op die manier kan daardoor in het hoofdstuk over de Resultaten en Conclusies de data leiden tot een conclusies per concept. Uiteindelijk levert dit in een analyse op, waarmee de onderzoeksvraag kan worden beantwoord.

2.1. Paradox van sturing en zelfsturing

In het MST bestaat de noodzaak om een nieuw EPD te implementeren en om zodoende na te denken over de ICT in de toekomst. De bedragen die moeten worden uitgegeven zijn enorm en de risico's groot. Het dossier heeft een beladen historie en inmiddels heeft iedere medewerker een mening over de situatie. Er is sprake van een paradoxale situatie waarin behoefte aan controle en beheersing conflicteert met innovatie en vernieuwing en waarin het uitzetten van een heldere koers en daadkrachtige sturing op gespannen voet staan met verkennen, experimenteren en zelfsturing. Tegelijkertijd stranden innovatie en veranderingsprocessen in organisaties vaak op de weerbarstigheid in samenwerkingspatronen. Dat komt niet alleen door bedrijfsmatige sturing maar heeft ook te maken met de organisatiecultuur en menselijk gedrag. Dit gaat over motivatie, politiek gedrag, leerprocessen, cultuurverandering en leiderschap. Vaak gaat het hierbij over activiteiten als stimuleren en samenbrengen. Bij stimuleren gaat het om het beste van mensen in ze naar boven te halen, bijvoorbeeld door ze de ruimte te geven voor eigen initiatief. Bij samenbrengen gaat het over het gevoel van collectiviteit, de verborgen spelregels bespreekbaar maken en de krachten te bundelen. Dit kan bijvoorbeeld door het herkennen en bespreekbaar maken van regelmaat en patronen om die vervolgens te doorbreken. Zowel bij het samenbrengen als stimuleren gaat het om geven van vertrouwen en respect, het bij elkaar brengen van gezichtspunten, het creëren van draagvlak voor verandering en het geven van feedback op het functioneren van mensen en afdelingen (Boonstra & de Caluwé, 2006). Het is exact deze paradox, met bijbehorende activiteiten en onderliggende paradigma's, die in dit onderzoek als leidraad zullen gelden binnen het theoretisch kader.

2.2. Verandering in de chaos; de paradigma's van Burrell en Morgan

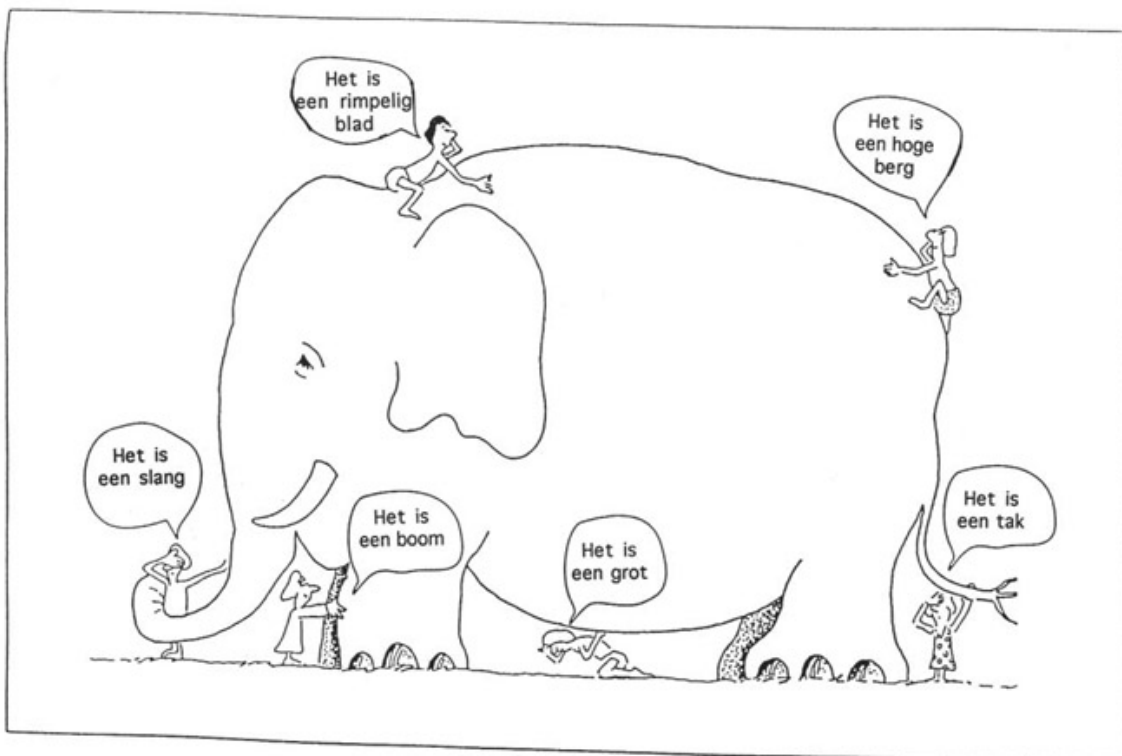
Er zijn verschillende manieren om naar een veranderkundige vraag van een organisatie te kijken. Burrell & Morgan (1979) ontwierpen hiervoor een model. Zij combineerden een hele set van paradoxen over assumpties over de sociale werkelijkheid, met vooronderstellingen over het streven naar orde door regulering en radicale verandering door het toestaan van chaos. Je zou kunnen zeggen dat door het toestaan van chaos er een kans ontstaat voor verandering. Op dit moment kun je spreken van een chaos in het MST. De zekerheden zijn ver te zoeken; de omgeving verandert in snel tempo, de financiële situatie is zorgwekkend, er wordt flink gereorganiseerd waardoor medewerkers onzeker zijn over hun baan, er moet een nieuw EPD komen waarvoor weinig draagvlak bestaat en er heeft zich een sterk politiek karakter ontwikkeld rondom het thema vanwege de lange tijd tussen de aankondiging van de keuze en de daadwerkelijke start van de implementatie (die nog altijd niet is begonnen). Chaos biedt dus kansen. Maar hoe je deze kansen benadert en duidt, hangt af van de manier van kijken (het paradigma). Het model van Burrell & Morgan (afbeelding 2.1) kent twee dimensies die op te delen zijn in vier paradigma's. In dit onderzoek zullen twee van de vier paradigma's worden gebruikt om gesprekken met de actoren uit het MST te analyseren. Dit zijn het sociaal interpretatief paradigma en het radicaal humanistisch paradigma. Deze twee paradigma's zullen de leidraad worden van het onderzoek en zullen in dit hoofdstuk verder behandeld worden. Ook zal worden toegelicht waarom deze paradigma's het best passen bij de casuïstiek van het MST.



Afbeelding 2.1. Model van Burrell & Morgan, 1979

2.3. Sociaal interpretatief paradigma

Als de wereld om ons heen wordt gezien als subjectieve ervaringen van mensen dan gaat kennisontwikkeling uit van het begrijpen van manieren waarop mensen hun wereld vormgeven. De wereld is te begrijpen door het uitwisselen van ervaringen en verhalen. Bij het sociaal interpretatief paradigma zoeken mensen naar het begrijpen van wat gaande is vanuit subjectieve ervaringen en waarnemingen. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat mensen (actoren) hun eigen sociaal geconstrueerde werkelijkheid bouwen. Deze werkelijkheid wordt gebouwd met gebeurtenissen, welke bestaan uit waarnemingen, die door de actor worden gezien als waar. Anders gezegd is er sprake van verschillende versies van kijken naar hetzelfde, die door individuele actoren als waarheid wordt beschouwd, maar waarbij het feitelijk gaat om verschillende werkelijkheden. Het sociaal interpretatief paradigma gaat er van uit dat deze werkelijkheden te veranderen zijn en richt zich daarbij op het begrijpen van de subjectieve en geconstrueerde wereld. De theorie van het sociaal interpretatief paradigma past goed bij de theorie van het continue veranderen, waarbij verandering wordt gezien als een continue activiteit op lokale niveaus, waar mensen met elkaar omgaan en zin geven aan hun eigen sociale realiteit (Boonstra, 2004). In veranderprocessen gaat het dan om het uitwisselen van werkelijkheidsbeelden. Vanwege het blootleggen van interactiepatronen is het belangrijk om in dialoog te gaan met de actoren. Dit betekent dat er in dit onderzoek een verkenning zal moeten plaatsvinden naar de werkelijkheidsbeelden van de actoren uit de verschillende groepen binnen het MST om erachter te komen of deze van invloed zijn op de spanning tussen ICT en zorgprocessen.



Afbeelding 2.2. Actoren bouwen hun eigen sociaal geconstrueerde werkelijkheid

2.3.1. Sociaal constructionisme

Een theorie die goed aansluit bij het sociaal interpretatief paradigma is die van het sociaal constructionisme. Het draait hierin met name om de rol van betekenisgeving en het begrijpen van de zienswijze die actoren hebben op hun eigen geconstrueerde realiteit op basis van hetgeen ze ervaren (Gregen, 1999). Gregen voegt daar aan toe dat mensen in ambigue situaties verward raken, omdat een situatie lastig te begrijpen is vanwege de meervoudige betekenissen en meerstemmigheid van actoren. Gregen (2001) pleit daarom voor dialoog waarin mensen in directe interactie met anderen nieuwe betekenissen construeren van hun sociale werkelijkheid en ruimte creëren voor het veranderen van de eigen situatie. Volgens Weick (1995) is de interpretatie van deze situaties sterk afhankelijk van de context waarin de waarnemingen plaatsvinden. Het kennen van die context is dan ook essentieel (Weick, 1995). Ook bepleit hij dat betekenissen pas achteraf gevormd kunnen worden, omdat we alleen kunnen begrijpen wat we aan het doen zijn door te interpreteren wat we eerder hebben gedaan. Hij veronderstelt dat door het uitwisselen van werkelijkheidsbeelden, standpunten, argumenten en ideeën de opvattingen en de houdingen van actoren elkaar wederzijds beïnvloeden en er zodoende een gezamenlijk stelsel van waarden en normen ontstaat. Je zou dus kunnen zeggen dat, er vanuit gaande dat actoren vanuit allerlei verschillende werkelijkheden naar de toekomst kijken en daar hun eigen inkleuring aan geven (die zij als waarheid zien), met elkaar in gesprek zouden moeten treden om deze beelden uit te wisselen, waardoor er wederzijds begrip en collectiviteit ontstaan, doordat er gedeelde normen en waarden ontstaan waar vervolgens een gezamenlijke en gedeelde visie uit voort kan komen. Daarin zit volgens Hosking (2004) echter een paradoxale werking. De constructies die daarmee namelijk worden gevormd zijn enerzijds mogelijk gemaakt door hetgeen eerder is geproduceerd en tegelijkertijd daardoor worden begrensd. De context is in interactie voorgebracht en als het ware gestold tot een referentiekader van waaruit de werkelijkheid wordt begrepen. Met andere woorden; het heeft een geschiedenis. En om het referentiekader bij te stellen, te laten stollen, is motivatie nodig. Dit komt later in dit hoofdstuk aan de orde bij *positieve organizing* van Robert Quinn. Voor dit punt is het van belang dat er in dit onderzoek naar de spanning tussen ICT en zorgprocessen aan de actoren naar de context en de historie van hun werkelijkheid wordt gevraagd.

2.4. Radicaal humanistisch paradigma

Vanuit het radicaal humanistische paradigma willen mensen werken aan radicale veranderingen en verbeteringen van hun werk- en leefomstandigheden. Daarin wordt gekozen voor een subjectieve, interpretatieve en voluntaristische benadering. Het paradigma geeft inzicht in patronen van dominantie en emancipatie. Het gaat erom dat er wordt gezocht naar mogelijkheden om bestaande sociale verhoudingen te wijzigen en patronen van dominantie te doorbreken. Het paradigma gaat ervan uit dat door het samenbrengen van verschillende perspectieven verhoudingen kunnen worden

getransformeerd. Dit gebeurt aan de hand van een holistische visie om gebeurtenissen en mogelijkheden te duiden en te sturen op een radicale verandering. Het paradigma is relevant, omdat artsen beschikken over een grote mate van informele macht ten aanzien van de besluitvorming in ziekenhuizen en zich ook op een dominante wijze uiten door een bewustzijn van deze macht (Porter, 1991). Het is dus van belang om deze hypothese mee te nemen in dit onderzoek, omdat het mogelijk gevolgen kan hebben voor de betekenisstructuren die andere actoren geven aan de rol van de arts.

2.4.1. *Appreciative Inquiry*

De theorie van David Cooperrider (2003) over *Appreciative Inquiry* sluit goed aan op het radicaal humanistische paradigma. Letterlijk vertaald betekent het: waardierend verkennen. Het gaat ervan uit dat iedere organisatie iets heeft dat goed werkt. Dit zijn de dingen die leven in de organisatie. En wanneer ze het meest leven, zijn ze effectief, succesvol en op een gezonde manier verbonden met haar belanghebbenden, betrokkenen en gemeenschap. *Appreciative Inquiry* vereist dat deze positieve kracht omgezet wordt in veranderkracht door deze te identificeren en actoren en groepen te verbinden door hen deze gezamenlijke kracht te laten voelen en in te zetten richting energie voor verandering.

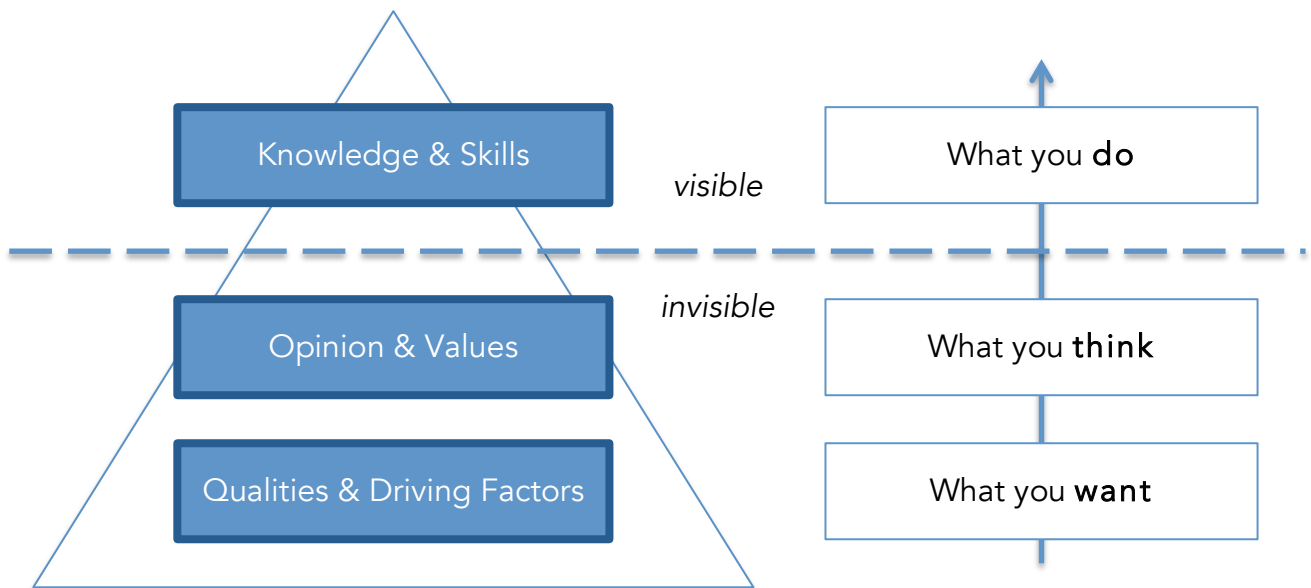
2.4.2. *Positive organizing*

Robert Quinn (1996) schrijft over *positive organizing*. Deze theorie gaat over het gebruiken van positieve afwijkingen van mensen door anderen te vragen hoe ze van waarde kunt zijn. Los van alle belemmeringen vraag je mensen wat ze nodig hebben om vooruit te kunnen richting de toekomst. Om die toekomst vorm te geven, het uiteindelijke doel van de onderzoeksvraag, kan het helpen om op andere plekken te kijken waar positieve ervaringen zijn opgedaan. Dat maakt vraagstukken hanteerbaar en het realiseren van ambities gemakkelijker. Door dit met elkaar in organisaties te doen, ontstaat er een positieve basis voor leren en energie voor vernieuwing (Quinn, 1996).

2.5. De gelaagde werkelijkheid; het model van McClelland

Met het oog op de interviews is het noodzakelijk om te kijken naar de opbouw van de werkelijkheid en een aantal kenmerken en handvatten uiteen te zetten die belangrijk zijn voor de interpretatie van de data in dit onderzoek. Dit begrip zit hem mijns inziens in het feit dat een gegeven werkelijkheid in de eerste plaats bestaat uit meerdere lagen. Dit kan zijn in de vorm van feiten en dingen, maar ook in visies en gedachten. Bij het zoeken naar achterliggende waarden en betekenis is er meer dan alleen dat wat er gezegd wordt. David McClelland (1985) ontwikkelde hiervoor een heel simpel maar bruikbaar model, namelijk het ijsbergmodel. Simpel gezegd stelt McClelland dat er drie niveaus bestaan die het menselijk handelen motiveert (zie afbeelding 2.3). Daarvan is alleen datgene wat je doet en zegt zichtbaar en de rest onzichtbaar. Er zijn veel uitgebreidere theorieën die dit beschrijven en koppelen aan allerlei andere vormen van gedrag en motivatie, maar binnen dit onderzoek wordt er alleen mee aangetoond dat er gelaagdheid bestaat in waarnemingen en het dus

van belang is om door te vragen op de onzichtbare niveaus, om daadwerkelijk de betekenissen te verkennen. Ook is de werkelijkheid meervoudig, omdat deze bestaat uit verschillende invalshoeken. Je zou kunnen zeggen dat deze genuanceerd is. Een respondent kan op de vraag hoe hij een probleem aanpakt in de een situatie kunnen antwoord dat het afhangt van de omstandigheden. Als dit, dan dat, maar als dat, dan dit. Alle nuance valt samen in het werkelijkheidsperspectief. Dit betekent dus dat de combinatie tussen de gelaagdheid en de meervoudigheid de werkelijkheid complex maakt.



Afbeelding 2.3. Het Ijsberg model van McClelland (1985)

2.6. Interventiemogelijkheden

Als we de theoretische lijn volgen van de paradigma's die zojuist zijn neergezet, komen we uit bij de mogelijke interventies richting de toekomst. Anders gezegd; we weten nu *hoe* we gaan kijken en *waarom* we dat doen. Dat gaat informatie (data) opleveren over *waartoe* dit zou moeten leiden en de vraag is dan: *wat* kunnen we daar mee? Hiervoor wordt de theorie gevolgd van Voogt (1990) die de organisatie ziet als een ecologisch systeem. Hij geeft aan dat in deze benadering de grens organisatie-omgeving vervaagt en daarmee wordt omgevormd in een relatie. Hij noemt dit de subject-subjectverhouding (Voogt, 1990). Relevant voor dit onderzoek zijn de interventies die daarop aansluiten. Namelijk, het organiseren als collectieve betekenisgevingsprocessen en het veranderen als reflexief organiseren.

2.6.1. Collectieve betekenisgevingsprocessen

Wat is de organisatie? Het is een simpele vraag met vele antwoorden. Wie dit bekijkt vanuit een subject-subjectverhouding stelt vast dat het gaat om een georganiseerde groep mensen die elkaar beïnvloeden en die hun omgeving logisch en betekenisvol willen maken door een voortdurend en interactief onderhandelingsproces te voeren (Hosking, 2002). Dit

zijn processen waarin de eerder besproken *werkelijkheidsvorming* centraal staat. Het organiseren komt vervolgens neer op een continue afstemming en bijstelling van verschillende perspectieven vanuit verschillende interpretatiekaders en op elkaar ingrijpende betekenisgevingsprocessen van betrokkenen in interactie met de wereld om hen heen (Bouwen, 1994; Weick, 1979, 2001; Hosking, 2002). Door een structuur of patroon te herkennen of aan te brengen kan dit proces steeds voorspelbaarder worden kan er uiteindelijk naar een gemeenschappelijk doel worden gestreefd. Het delen van betekenissen en het wijzen van betekenisgeving vindt plaats in groepen, die sociaal cognitieve configuraties worden genoemd (Van Dongen, 1996). Configuraties kunnen samenvallen met bestaande indelingen, zoals afdelingen of maatschappen, maar dat hoeft niet. Daarbij behoren de meeste mensen tot meerdere configuraties, ofwel ze zijn *multiple geïncludeerd* (Maas, 1988).

2.6.2. *Reflexief organiseren*

Daar waar configuraties zich vormen om wille van het nastreven van een gemeenschappelijk doel en zodoende nut hebben, kan deze vorming ook doorslaan; *fixeren*. Er is sprake van fixatie wanneer configuraties zich steeds met dezelfde mensen, met dezelfde werkelijkheidsdefinitie en met dezelfde omgang met elkaar vormen waardoor de interne homogeniteit toeneemt en de buitengrenzen verharderen (Termeer, 1993). Het gevolg is dat andere configuraties met andere betekenissen en omgangsregels worden buitengesloten. Er is sprake van polarisatie. Dit kan zijn, doordat de configuraties niet langer willen 'onderhandelen'. Dit wordt *cognitieve fixatie* genoemd. En het kan ook komen doordat de configuratie andere actoren buitensluit of vastzit in de onderlinge omgangsregels. Dit wordt *sociale fixatie* genoemd. Fixaties kunnen zich verbreden en de ene fixatie kan leiden tot de andere. Ook kunnen ze de groei en ontwikkeling stagneren en is er sprake van *stagnerend eenheidsdenken* (de Moor, 1998). Verandering is wenselijk. En wanneer een organisatie een proces is van organiseren, is verandering een proces van verandering (Feltmann, 1984). En als organiseren een gezamenlijk betekenisgevingsproces is, is veranderen gezamenlijk reflectieproces (Weick et al, 2005). Reflecteren is hier meer dan het nogmaals overdenken of evalueren, het is kritisch onderzoeken en reconstrueren van betekenissen (Kessener, 2001). De conclusie is in de eerste plaats dat het nodig is om in de casuïstiek van het MST de betekenissen van configuraties te kennen en te vergelijken. Ervan uitgaande dat, afhankelijk van de mate van verschil, door middel van reflectie en onderhandeling een overeenstemming kan worden bereikt en er zodoende, doordat er in de loop van de tijd structuur te herkennen is, richting de toekomst een gemeenschappelijk doel kan worden nagestreefd.

2.7. *De roadmap voor de toekomst; wat zijn de relevante concepten?*

Het is de kunst en de noodzaak om in het licht van de casuïstiek van het MST de beide paradigma's, ieder onderbouwd met theorie, bij elkaar te brengen en om te vormen tot een werkbaar model. Vervolgens kunnen uit dit model concepten worden gedestilleerd, die

zullen fungeren als gespreksonderwerpen voor de interviews. Dit levert vervolgens data op, waarmee achteraf de onderzoeksvraag kan worden beantwoord. Simpel gezegd; waar moeten de gesprekken met de respondenten over gaan?

Roadmap		Concepten	Focus (Voogt,1990)	Theorie	Vraagstelling
NU	Waarom	1. Casuïstiek 1.1. Samenwerking	Omgeving / organisatie	Mattern & Floerkemeier	Wat is er aan de hand?
		2. Organisatie 2.1. Sturing 2.2. Macht	Organisatie / individu	Porter, 1991	Wie beslist? / Wie heeft de macht?
	Wie	3. Mens 3.1. Interactie 3.2. Overtuigingen 3.3. Drijfveren 3.3.1. <i>Waardering</i> 3.3.2. <i>Trots</i> 3.3.3. <i>Emoties</i>	Individu	McClelland, 1995	Wat gebeurt er? / Hoe komt dat? / Waarom is dat zo? / Waar ben je trots op? / Wat drijft je?
	Hoe	4. Configuraties 4.1. Werkelijkheden 4.1.1. <i>Algemeen</i> 4.1.2. <i>IT vs. Medisch</i> 4.1.3. <i>IT vs. Para-Medisch</i> 4.1.4. <i>IT vs. Bestuur</i> 4.1.5. <i>IT vs. IT</i> 4.2. Betekenisgeving 4.2.1. <i>Eigenaarschap</i> 4.2.2. <i>Reflectie</i> 4.3. Collectiviteit 4.3.1. <i>Belangen</i>	Individu vs. individu	Van Dongen, 1996; Hosking, 2002; Bouwen, 1994; Weick, 1979; Gergen, 2001	Hoe denk je over...? / Wie is...? / Wat is dat voor type?
TOEK OMST	Waar toe Wie Hoe/wat	5. Toekomst 5.1. Dromen 5.1.1. <i>Wensen</i> 5.2. Durven 5.2.1. <i>Initiatief</i> 5.2.2. <i>Leiderschap</i> 5.3. Doen 5.3.1. <i>Realiteit</i> 5.3.2. <i>Oplossingen</i> 5.3.3. <i>Voorwaarden</i>	Organisatie vs. individu	Quinn, 1996; Cooperrider, 2003	Waar leidt dit toe? / Wat zou je willen? / Wat als...? / Wie zou wat moeten doen? / Op welke voorwaarde?

Tabel 2.1. Overzicht van de relevante concepten uit het theoretisch kader, tevens input voor de interviews

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd welke methoden en technieken er zijn gebruikt bij het onderzoek. Tevens zal er worden toegelegd waarom er is gekozen voor deze methodologie en welke consequenties dit in positieve en negatieve zin met zich mee brengt. Ook bevat dit hoofdstuk een ethisch deel en een omschrijving van de context van het MST.

3.1. Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is er gekozen voor een ingebedde enkelvoudige casestudy. Een casestudy is een gedetailleerd onderzoek van een sociale situatie die intensief bestudeerd wordt binnen een setting (Braster, 2000). In dit geval is de setting het Medisch Spectrum Twente in Enschede. Het feit dat er op logische wijze afdelingen (sub-eenheden) van de organisaties zijn gekozen om te onderzoeken, in plaats van de organisatie in het geheel, maakt dat er sprake is van een ingebedde casestudy (Yin, 2003). Het feit dat dit de enige setting is waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, maakt deze casestudy enkelvoudig. Een casestudy is ook een vorm van kwalitatief onderzoek. Een kwalitatieve methode beschouwt de werkelijkheid als een sociale constructie en niet als een objectief gemeten gegeven (Babbie, 2003). Kwalitatief onderzoek is een vorm van interpreterend onderzoek waarbij empirische gegevens op een systematische en controleerbare wijze worden verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd (Plochg & van Zwieten, 2007).

3.1.1. *Naturalistic Inquiry*

Eerder is in het theoretisch kader de thematiek van *appreciative inquiry* (Cooperrider, 2003) en het *positive organizing* (Quinn, 1996) besproken. Een methodologie die hiermee nauw is verbonden, is die van *naturalistic inquiry* (Lincoln & Guba, 1985). Letterlijk vertaald betekent het *onbevangen waarnemen*. Kenmerken van deze methode zijn het uitstellen van het oordeel over een waarneming, niet te snel te vervallen in het denken in oplossingen en zorg te dragen dat gebeurtenissen vanuit verschillende gezichtsvelden (perspectieven) worden bekeken (Lincoln & Guba, 1985). Dit laatste sluit ook weer goed aan op het sociaal interpretatief paradigma, dat ook is besproken in het theoretisch kader, waarbij centraal staat dat meerdere actoren hun eigen sociaal geconstrueerde werkelijkheid bouwen vanuit hun eigen perspectief, waarbij het kenmerkend is dat dit door de individuele actor wordt gezien als enige waarheid, maar waarbij het feitelijk gaat om verschillende werkelijkheden. Er van uitgaande dat deze werkelijkheid te veranderen is, richt de methode zich op het verkennen en begrijpen van de subjectieve en geconstrueerde wereld (Gergen, 2001). Daarom wordt deze methode toegepast in dit onderzoek. Belevissen en betekenisgeving staan centraal, dus is interactie en ruimte voor diepgang met de respondenten belangrijk (Reulink & Lindeman, 2005). Tot slot is het onderzoek iteratief en interactief. Dit betekent dat de waarnemingen in een interactie met de respondenten achteraf geïnterpreteerd zijn.

Er wordt gepoogd om tot de kern van de zaak te komen door reflectie op de sociale werkelijkheid van de respondent. (Bekman, 2005).

3.2. Onderzoeksvraag

Creswell (2004) heeft zeven aandachtspunten geformuleerd voor het opstellen van een goede onderzoeksvraag bij het doen van verkennend kwalitatief onderzoek. Deze zijn zo goed als mogelijk toegepast op de formulering van de vraag voor dit onderzoek. Het gaat om de volgende punten:

1. Formuleer een of twee centrale onderzoeksvragen en maximaal vijf tot zeven deelvragen. De deelvragen volgen na de centrale vragen en zijn meer gefocust. De vragen geven richting aan het onderzoek.
2. Begin de onderzoeksvraag met hoe of wat.
3. Maak gebruik van explorerende werkwoorden als ontdekken, begrijpen, beschrijven (van ervaringen), verkennen (van processen) en dergelijke.
4. Vermijd directieve woorden als beïnvloeden, effect hebben, bepalen en dergelijke. Deze woorden suggereren een kwantitatieve benadering.
5. Formuleer open vragen zonder naar literatuur of theorie te verwijzen, tenzij de gekozen onderzoek benadering daarom vraagt.
6. Specificeer, indien nodig, de participanten en onderzoeksetting in de onderzoeksvraag.

3.3. Onderzoeksetting

Bij de keuze voor één ziekenhuis, is er specifiek gekozen voor het Medisch Spectrum Twente. Dit heeft deels te maken met de reeds bestaande contacten van de onderzoeker bij het ziekenhuis, maar ook met het feit dat het MST nog niet is begonnen met de implementatie van een nieuw EPD. Het loopt daarbij achter op de landelijke norm (van Eekeren & van Zuilen, 2016). Dit betekent dat de chaos, waar Burrell & Morgan (1979) over spreken bij hun model van paradigma's, relatief groot is bij het MST en de verandermogelijkheden daarmee relevanter en mogelijk groter zijn. Dit maakt het MST een interessante casus.

3.3.1. Context

Bij dit onderzoek is het belangrijk om de context aan de lezer mee te geven, omdat dit het begrip en relevantievermogen verhoogt. Ook is de data (de antwoorden van de geïnterviewde respondenten) gebaseerd op ervaringen en overtuigingen die (mede) beïnvloed zijn door de context. Yin (2003) benadrukt ook het belang van de context. Binnen dit onderzoek is nadrukkelijk gekozen om de context mee te nemen in zowel de vraagstelling, als het verzamelen van de data. Dit betekent dat de grenzen tussen het verschijnsel dat wordt bestudeerd en de context waarin dit wordt bestudeerd, niet altijd even duidelijk zijn (Swanborn, 1996). Daar voegt Swanborn wel aan toe dat een enkelvoudige casestudy je in staat kan stellen nieuwe hypothesen te ontdekken. Dit sluit goed aan bij het onderzoeksdoel. Morris & Wood (1991) benadrukken ook dat de casestudy vooral

interessant als je een goed begrip wilt krijgen van de context van het onderzoek en de processen die worden doorlopen.

3.3.2. *Het Medisch Spectrum Twente*

Het Medisch Spectrum Twente is een topklinisch ziekenhuis, midden in het centrum van Enschede, in de regio Twente (Oost-Nederland). In Nederland zijn er 108 ziekenhuizen en 24 daarvan zijn topklinisch. Verder heeft het ziekenhuis een traumafunctie voor de regio, een hartcentrum dat in heel Nederland hoog staat aangeschreven en een gerenommeerd Vrouw-Kind Centrum. De zorg is verdeeld over drie locaties; de locatie in Enschede, een polikliniek in Oldenzaal en een polikliniek in Haaksbergen. Sinds januari 2016 is het ziekenhuis verhuisd naar een geheel nieuwe aanbouw. Dit heeft veel impact gehad op de organisatie. Een positief effect richting ICT is te vinden in het feit dat de infrastructuur optimaal is. Overall is toegang tot het intranet beschikbaar, de hardware is up to date en geeft het de mogelijkheid optimaal gebruik te maken van ICT. Op het gebied van software werkt het ziekenhuis op dit moment met een ICT landschap dat bestaat uit 286 applicaties. Tot slot verkeert het ziekenhuis op moment van onderzoek in financieel zwaar weer. Er ligt een structurele bezuinigingsopdracht van 25 miljoen euro in twee jaar op een totale omzet van 500 miljoen euro. Het MST heeft in 2015 aangekondigd een nieuw EPD te kopen, te weten EPIC, maar heeft de implementatie kort daarop uitgesteld, omdat er geen financiële middelen waren voor de aanschaf en implementatie. De kosten hiervoor bedragen meer dan 20 tot 30 miljoen euro. De organisatiestructuur kenmerkt zich door een RVE-structuur waarin zogeheten Resultaat Verantwoordelijke Eenheden zelf financieel verantwoordelijk zijn voor het staande houden van hun afdeling. Iedere RVE wordt bestuurd door een Medisch Manager (een arts, vaak in dienst van een maatschap) en een bedrijfskundig manager (in dienst van het MST).

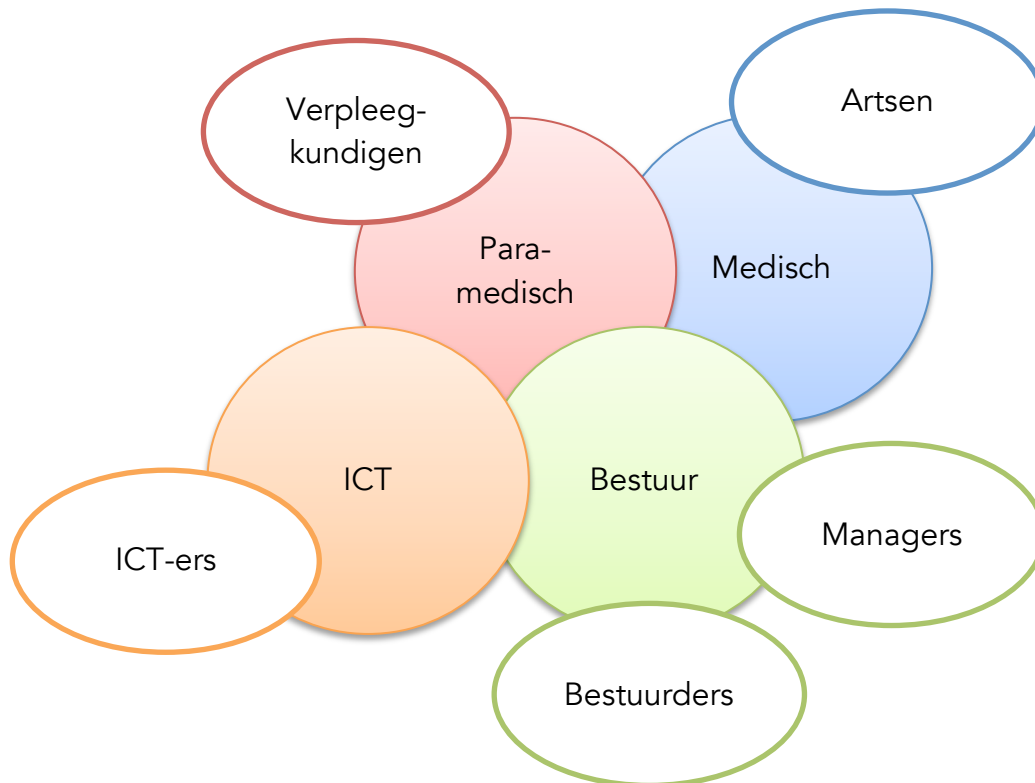
3.4. Selectiestrategie

Een goede selectiestrategie zorgt ervoor dat de gevormde theorie of hypothese zoveel mogelijk uitingen van het te onderzoeken fenomeen omvat, althans voor zover relevant in het licht van de vraagstelling en bevat daarom voldoende variatie, heterogeniteit en extreme gevallen (Pochgt & van Zwieten, 2007). Kleine steekproeven via aselechte sampling zijn hierbij ongeschikt, omdat hiermee moeilijk representativiteit te bereiken is (Maxwell, 1996). Daarom is ervoor gekozen in dit onderzoek gericht (selectief) onderzoekseenheden te kiezen.

3.4.1. *Doelgericht selectie*

Deels is de sampling gebeurd op een doelgerichte wijze. Deze vorm van sampling betekent dat onderzoekseenheden worden geselecteerd op basis van vooraf geformuleerde criteria. Deze dienen enerzijds te waarborgen dat er zoveel als mogelijk kenmerken die in het licht van de vraagstelling relevant zijn, vertegenwoordigd zijn en anderzijds te zorgen voor genoeg diversiteit om de impact van bepaalde kenmerken in ogenschouw te kunnen nemen

(Pochgt & van Zwieten, 2007). In dit onderzoek richt deze selectie zich op het onderwerp van de vraagstelling; ICT, en daarmee ICT-ers (doelgroep 1). De organisatorische en strategische keuze die worden gemaakt rondom ICT worden door bestuurders en managers (doelgroep 2) genomen. Dit maakt hun visie van belang. En deze keuzes over ICT worden vooraf beïnvloed en achteraf geaccepteerd door de gebruikers; artsen (doelgroep 3) en verpleegkundigen (doelgroep 4).



Afbeelding 3.1. Een overzicht van de geselecteerde configuraties en bijbehorende actoren

3.4.2. Toevallige selectie

Vervolgens is er binnen deze vooraf geselecteerde doelgroepen gebruik gemaakt van opportunistische selectie. Deze vorm van sampling vindt plaats in veldonderzoek, waarbij onderzoekers gebruikmaken van onvoorziene of toevallige kansen en ontmoetingen om personen, groepen of gevallen in hun onderzoek te betrekken (Pochgt & van Zwieten, 2007). Dit begon al bij de pragmatische keuze bij de start van het onderzoek, doordat de persoon die akkoord vanuit het ziekenhuis moest geven voor het verzamelen van data uit het bestaande netwerk van de onderzoeker kwam. En vervolgens heeft deze persoon de managers benadert en aangewezen, weliswaar op basis van criteria, waar verder mee gepraat kon worden. Vervolgens zijn de individuen gekozen op basis van interpretatie van derden, bijvoorbeeld doordat managers personen aandroegen van wie zij dachten dat ze wel wilden praten of relevant waren voor dit onderzoek om mee te praten. Maar ook door toevallige ontmoetingen, bijvoorbeeld doordat er tijdens het rondlopen door het ziekenhuis toevalligerwijs verpleegkundigen vroegen waar het onderzoek over ging en zichzelf

vervolgens voordroegen om te worden geïnterviewd. Indien zij voldeden aan de criteria is hiervoor gekozen.

3.4.3. Respondenten

Vanwege het anonimiseren van de data en de gevoeligheid van de informatie voor intern gebruik is ervoor gekozen de functies van de respondenten niet in dit onderzoek op te nemen. De namen zouden door medewerkers direct kunnen worden gekoppeld aan de functie. Daarmee weegt het belang van de anonimiteit van de respondent zwaarder dan het geven van inzicht in de functie van de respondent voor de lezer. In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat er is gesproken met een gelijke verdeling uit de verschillende doelgroepen; IT (6), Bestuur (6), Medisch (3) en Para-medisch (3). Zij zijn in de resultaten gecodeerd met respectievelijk IT, B, M en PM en hebben in willekeurige selectie een volgnummer toegekend gekregen. Hierdoor is een lijst ontstaan die er als volgt uitziet:

N	Categorie	Volgnummer	Code
1	IT	1	IT1
2	IT	2	IT2
3	IT	3	IT3
4	IT	4	IT4
5	IT	5	IT5
6	IT	6	IT6
7	Bestuur	1	B1
8	Bestuur	2	B2
9	Bestuur	3	B3
10	Bestuur	4	B4
11	Bestuur	5	B5
12	Bestuur	6	B6
13	Medisch	1	M1
14	Medisch	2	M2
15	Medisch	3	M3
16	Para-medisch	1	PM1
17	Para-medisch	2	PM2
18	Para-medisch	3	PM3

Tabel 3.1. Overzicht geïnterviewde actoren

3.5. Interviews

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van individuele diepte-interviews, omdat zij een breed en diep inzicht opleveren in het individuele perspectief van een persoon en kunnen helpen bij het ontrafelen van denkwijzen en redeneringen van individuen en diens persoonlijke context (Pochg & van Zwieten, 2007). Dit sluit goed aan op de paradigma's van het sociaal interpretatief paradigma en het radicaal humanistisch paradigma. Ter voorbereiding op de interviews heeft er een verdieping plaatsgevonden in de literatuur over ICT in zorginstellingen, samenwerkingsverbanden, macht en leiderschap in zorginstellingen, collectiviteit. Zodoende is er een theoretische 'bril' gevormd waarmee naar het MST kon worden gekeken. Ook is de context zo duidelijk mogelijk proberen te krijgen. Allereerst door jaarverslagen en visiedocumenten te lezen. Maar ook door een aantal dagen rond te lopen in het ziekenhuis om te observeren wat er gebeurt, om daar een gevoel bij te krijgen. Niet alleen de organisatiekernmerken in absolute zin zijn bestudeerd, ook in relatieve zin, door andere ziekenhuizen te vergelijken met het MST. Tot slot is er met adviseurs van M&I/Partners gesproken, in de vorm van brainstormsessies, over mogelijke concepten die ten grondslag zouden kunnen liggen aan de probleemstelling. Uit deze voorbereiding zijn een aantal *sensitive concepts* naar voren gekomen. Deze concepten kunnen een algemeen inzicht en een werkrichting geven over hoe zij tot een op waarheid gebaseerde uitkomst kunnen komen (Blumer, 1954). Zij trekken de aandacht voor belangrijke onderwerpen met betrekking tot sociale interactie en geven richting voor onderzoek in specifieke settings aan (Bowen, 2006). Uiteindelijk is uit de *sensitive concepts* en het theoretische model een topiclijst ontstaan. Deze lijst is de basis geweest voor de semigestructureerde interviews met de respondenten. Dit geeft de respondenten de mogelijkheid nieuwe data in te brengen en maakt het de setting informeler, waardoor de respondent zich meer op zijn of haar gemak voelt. Ten behoeve van de authenticiteit van het onderzoek is er geprobeerd in taalgebruik en houding zo veel als mogelijk aansluiting te zoeken bij respondenten (Bryman, 2012). Alle interviews vonden plaats in een afgesloten ruimte in het MST, duurden gemiddeld één uur, waarvan de kortste 30 minuten en de langste twee uur. De gesprekken zijn bijna allemaal opgenomen en na afloop uitgetypt, zodat de transcripten kunnen worden gebruikt voor analyse. Vooraf is gevraagd of de respondent bezwaar had tegen het opnemen. Twee van de achttien respondenten hebben aangegeven hier bezwaar tegen te hebben. Van hen is de data wel meegenomen, maar enkel in de vorm van aantekeningen.

3.6. Analyse

Voor de analyse van de data is gebruik gemaakt van het analyseproces zoals Creswell (2004) dit heeft onderscheiden in zes stappen. Allereerst is het materiaal geordend en voor analyse klaargemaakt (1), hetgeen betekent dat het transcriberen van de geluidsopnames, het uittypen van de aantekeningen (tijdens en direct na het interview gemaakt) en het uitprinten en ordenen van deze data. Vervolgens is er een globaal overzicht gemaakt (2), zodat duidelijk wordt in welke mate de data bruikbaar en informatief is in het licht van de

onderzoeksvraag en het theoretisch kader. De gedetailleerde analyse (3) is de volgende stap in de analyse. Hierbij wordt de data gecodeerd op basis van termen die dicht aansluiten bij de beleving van de respondenten. Hierna zijn deze termen uitgediept in een gedetailleerde analyse (4) waarin wordt gepoogd meer afstand te nemen van de codering en op zoek te gaan naar nieuwe verbanden en betekenissen. Ook zijn de codes in deze fase verder verfijnd. Vervolgens is er een betekenisvolle weergave van de resultaten gezocht (5). Dit kan zijn door respondenten met elkaar te vergelijken (within-case) of per thema (cross-case) dat door analyse naar voren is gekomen. Uiteindelijk is er gewerkt naar een interpretatie van de analyse als geheel (6) door resultaten van de analyse af te zetten tegen de probleemstelling, de onderzoeksvraag en de relevante literatuur. De leidraad hiervoor is het theoretisch kader dat aan het einde van het literatuurhoofdstuk wordt besproken en staat weergegeven in tabel 2.1.

3.7. Betrouwbaarheid

Er valt een onderscheid te maken tussen interne en externe betrouwbaarheid. Interne betrouwbaarheid zegt iets over eventuele oneigenlijke invloeden die van individuele onderzoekers als onderzoeksinstrument zijn uitgegaan (Pochg & van Zwieten, 2007). Dit is vanzelfsprekend een zwakte van kwalitatief onderzoek in het algemeen en dit onderzoek in het bijzonder. Vanwege het verkennende karakter en de hierbij gekozen interviewmethode (semigestructureerde interviews) is er ruimte gelaten voor data die wel wordt meegenomen en gebruikt, maar niet dusdanig op dezelfde manier uit gevraagd of gecheckt bij andere respondenten. Dit is zowel de kracht als een zwakte. Het geeft de respondent de mogelijkheid om data aan te leveren waarvan hij/zij, in het licht van de onderzoeksvraag, vindt dat het relevant is of daadwerkelijk interessant is voor de vraagstelling. Die keuze heeft als gevolg dat het afdoet aan de interne betrouwbaarheid van het onderzoek. De externe betrouwbaarheid geeft aan of het onderzoek theoretisch reproduceerbaar is onder dezelfde omstandigheden (Mortelmans, 2009). De externe betrouwbaarheid wordt gewaarborgd doordat de interviews zijn opgenomen en getranscribeerd, waardoor uitspraken niet veranderd kunnen worden en er van te voren een duidelijke opzet is gemaakt en alles achteraf nauwkeurig is gedocumenteerd.

3.7.1. Sturing

Aangezien er zo veel als mogelijk rijke data verzameld moest worden over de complexe situatie, die vaak bestond uit denkbeelden over de andere stakeholders, is er vaak te werk gegaan op een manier waarop eerst werd 'geïnvesteed' in de relatie met de geïnterviewde, door interesse te tonen in hun werkzaamheden, te vragen naar hun dag et cetera. Hierdoor werd de sfeer informeler en ontstond er een band, waardoor er vervolgens ruimte was om vragen te stellen over de meer 'spannende' en 'beladen' onderwerpen, waarom het in dit onderzoek werkelijk te doen is.

3.8. Validiteit

Er valt ook een onderscheid te maken tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit gaat over de geloofwaardigheid en geeft antwoord op de vraag of men inderdaad datgene heeft onderzocht wat men zegt te onderzoeken (Pochg & van Zwieten, 2007). Bij externe validiteit gaat het om de generaliseerbaarheid van het onderzoek (Mortelmans, 2009). Vanwege de centrale rol van mij als onderzoeker is het belangrijk om aandacht te besteden aan het monitoren van mijn eigen onderzoekersrol. Deze centrale rol zit hem in het feit dat de onderzoeker zowel waarnemings- en analyse-instrument is geweest. In de eerste plaats doordat er een waarneming werd gedaan, waarna deze werd geïnterpreteerd in het licht van de onderzoeksvraag en probleemstelling. Om de interne validiteit te vergroten is gebruik gemaakt van datatriangulatie, peer reviews (met collega's van M&I) en reflexiviteit, in de vorm van een methodische verantwoording door zeer nauwkeurig te omschrijven hoe dit onderzoek is uitgevoerd. Daarbij is de scriptie ter controle naar een medewerker van het MST gestuurd, aangezien dit tijdens de kennismaking is afgesproken. Dit zou je een vorm van member's check kunnen noemen. Wat betreft de externe validiteit kan worden vastgesteld dat deze niet hoog is en daarmee een zwakte is van het onderzoek. Allereerst omdat het onderzoek heeft plaatsgevonden in één setting, de respondenten deels opportunistisch zijn gekozen en de antwoorden tijd- en contextafhankelijk zijn. Met andere woorden, de kans is klein dat exact hetzelfde onderzoek, in een ander ziekenhuis, andere resultaten oplevert. Ook is de kans klein dat exact hetzelfde onderzoek over een jaar in het MST andere resultaten oplevert.

3.9. Kwaliteitswaarborgen

Miles en Huberman (1994) hebben drie mogelijke verstoringen van kwaliteit geformuleerd:

1. *The holistic fallacy*, waarbij gebeurtenissen als representatief worden beschouwd waarbij ze dat in werkelijkheid maar beperkt zijn;
2. *Elite bias*, die de informatie afkomstig van mondige respondenten zwaarder laat meewegen dan informatie van minder mondige respondenten;
3. *Going native*, waarbij het eigen perspectief van de onderzoeker verdwijnt en deze meegaat met de respondenten (Bergsma, 2004).

Deze drie mogelijke verstoringen zijn alle drie gevaren voor de kwaliteit van mijn onderzoek en daarom belangrijk om rekening mee te houden om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. Om *de holistic fallacy* te voorkomen zijn gebeurtenissen aan respondenten voorgelegd, zodat de representativiteit kon worden getest. De *elite bias* is teruggedrongen door goed te luisteren en interpreteren en dit ook samenvattend terug te koppelen aan de respondenten. Ook het verzamelen van goede, objectieve informatie helpt om het *going native* te voorkomen.

3.10. Ethiek

Een onderzoeker moet alle mogelijke maatregelen nemen om het onderzoek ethisch correct te laten verlopen. Daarom is aan alle respondenten voorafgaand aan de interviews om toestemming gevraagd. Zo is voldaan aan het principe van *informed consent*. Voorafgaan aan de observaties en interviews is het doel van het onderzoek goed uitgelegd aan de respondenten. Alle respondenten hebben anoniem deelgenomen aan het onderzoek. Ook zijn de geluidsopnames na het transcriberen direct verwijderd. Dit waarborgt de privacy van de deelnemers. De verkregen informatie is vertrouwelijk behandeld. De persoonlijke gegevens, zoals naam en leeftijd, zijn niet vermeld. Alleen de functie is genoteerd, zodat er bewust onderscheid kon worden gemaakt tussen doelgroepen.

4. Resultaten & Conclusies

In dit hoofdstuk worden de resultaten en conclusies gepresenteerd. Dit gebeurt aan de hand van de concepten uit tabel 2.1. Die zijn tot stand gekomen door middel van een literatuurstudie en zodoende als leidraad gebruikt voor de interviews. In dit hoofdstuk komt de tabel van concepten terug. Deel voor deel wordt de tabel gepresenteerd aan het begin van de paragraaf. Vervolgens worden de relevante resultaten opgesomd en onderbouwd met relevante quotes uit de interviews. Tussendoor worden voorzichtige conclusies getrokken, die te herkennen zijn aan het feit dat ze vet gedrukt zijn. Aan het einde van iedere paragraaf wordt nog een overzicht van alle conclusies gegeven. Dit hebben betrekking op de concepten die in die paragraaf zijn behandeld.

4.1. Casuïstiek

NU	Waarom	6. Casuïstiek 6.1. Samenwerking	Omgeving vs. organisatie	Mattern & Floerkemeier, 2010	Wat is er aan de hand?
----	--------	---	--------------------------------	---------------------------------	------------------------

Ontwikkelingen in de zorg lijken van invloed op casuïstiek en daarmee context gebonden. **In het MST lijkt de toenemende zorgcomplexiteit, inclusief de gevolgen hiervan voor het zorgproces, als een belangrijke en actuele ontwikkeling te worden ervaren.** Sommige respondenten noemen daarbij ook dat de **hoeveelheid data toeneemt en daarmee gevolgen heeft voor de integratie van de informatie in het EPD.** *“Er komt een enorme hoeveelheid informatie tot onze beschikking waar het menselijk verstand eigenlijk te klein voor wordt. [...] En als je dan kijkt naar de complexiteit van het menselijk lichaam, de complexiteit van de informatie, de complexiteit van medische protocollen en de medische kennis en uit die confrontatie moet dan een goed informatiesysteem komen die mensen helpt om de goeie dingen te doen, nou dan hebben we nog wel wat te doen. [...] ik zie daar wel een complexiteit ontstaan” (B1).* Een ontwikkelingen die worden ervaren als veroorzaker van deze complexiteit is onder andere de toenemende automatisering van de medische techniek: *“Je ziet dat er met name bij de OK steeds meer geautomatiseerd wordt. De apparaten worden steeds slimmer en je wilt steeds meer die middelen bij je operatie hebben. [...] Er wordt steeds meer automatisch gemeten, apparatuur wordt steeds meer automatisch, er wordt steeds meer met joystick gewerkt waardoor je fijnere dingen kunt doen” (IT6)* en de toenemende complexiteit als gevolg: *“De ICT wordt verder wel veel gecompliceerder” (IT5).* Ook de uitwisseling van informatie tussen actoren wordt meermaals genoemd als noodzaak en lijkt daarmee onderdeel van de ontwikkelingen in het EPD. Een bestuurder (B5) vat het goed samen als hij vertelt over het plan van eisen van het nieuwe EPD; *“Wat we daarin wel verwoord hebben is dat de patiënt het centrum is van alle informatie, dat het overal beschikbaar moet zijn, dat het makkelijk in gebruik moet zijn en dat het procesondersteuning geeft. Dat*

betekent dat als je iets doet, de computer alvast dat voor je heeft gedaan en met je meedenkt. Interoperabiliteit is belangrijk. Dus dat je heel makkelijk informatie kunt uitwisselen met andere zorgaanbieders en dat je informatiegenerators heel makkelijk in kan voegen. En we willen dat er een patiëntenplatform mogelijk is. Dus dat iedereen kan participeren in zijn eigen informatie" (B5). Anderen vertellen ook over het de **ontwikkeling dat de patiënt centraal staat en dat dit als eis wordt gezien voor de toekomst**. In dit geval noemt dit zowel voor de ICT in het bijzonder, als ook voor de zorgprocessen in het algemeen.

4.1.1. Samenwerking

De noodzaak om samen te werken lijkt toe te nemen. Dit wordt in ieder geval door een aantal respondenten zo ervaren. Ten eerste lijkt er een **verschil met het verleden en het heden** te spelen. Dit sluit aan bij de ontwikkeling die hierboven is geschetst: *"In het verleden kon een arts redelijk autonoom dingen doen, want je ging als patiënt naar één arts en die kon je volledig begeleiden en had volledig de regie. Wat je nu steeds meer ziet is dat er meer complexe ziektes en situatie zijn waarbij specialisten meer samenwerken, want voor veel dingen hebben we een oplossing of gaat standaard"* (M2) Dit heeft tot gevolg dat samenwerking nodig is. *"Dus waar je vroeger als eenling heel ver kon komen, wordt door het medische, bedrijfskundige en ICT vak de nood om samen te werken steeds groter"* (IT6). Een andere, eerder besproken, ontwikkeling is die van de **'patiënt staat centraal'**. Ook deze trend leidt mogelijk tot het inzicht van de noodzaak om meer samen te werken in het ziekenhuis. Een verpleegkundige verwoordt het als volgt: *"Je ziet dat zorg aan de ene kant gegeneraliseerd wordt, maar aan de andere kant ook gespecialiseerd wordt. Dus van beide heb je wat nodig. Dus je moet denken aan ADL, alledaagse levensbehoefte, als aan 'wat betekent die operatietechniek voor de zorg van deze patiënt.' Je moet je ook veel meer focussen op de patiënt, want dat proces staat centraal, maar daarin zijn wij dus ondersteunend en dat vraagt dus de samenwerking. Dat maakt ook deel uit van het proces, want je gaat van 'we hebben het altijd zo gedaan' naar 'ik moet ook mee in de ontwikkeling en blijven volgen wat er gebeurt"* (PM2). Hetgeen daar in opvalt is de **toenemende integraliteit van de ICT, als gevolg van de noodzaak voor samenwerking**. *"ICT is een soort basis om het [samenwerking] mogelijk te maken. Tien jaar geleden hadden de doctoren bijvoorbeeld wel een pc in de hoek staan, maar die draaide redelijk autonoom. Dat kan nu niet meer, want alles is gecentraliseerd. [...] Die situatie is standaard. De ICT wordt verder wel veel gecompliceerder. Het grote probleem binnen de ICT is dat we iets van 175 tot 200 applicaties hebben rondzweven. Er zijn daarvan een aantal dingen die iedereen gebruikt, maar er zijn ook heel veel die voor een specifieke oplossing zijn en dat zijn allemaal kleine applicatie en pakketten die ergens voor gebruikt worden, maar je ziet dat langzaamaan steeds meer naar elkaar toe komen"* (B3).

CONCLUSIES:	<ul style="list-style-type: none"> • In het MST lijkt de toenemende zorgcomplexiteit, inclusief de gevolgen hiervan voor het zorgproces, een belangrijke en
-------------	--

	<p>actuele ontwikkeling;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling 'patiënt staat centraal' wordt over het algemeen gezien als eis voor een toekomstig EPD; • De noodzaak om samen te werken lijkt toe te nemen; • Als gevolg van de noodzaak voor samenwerking neemt de mate van integraliteit van de ICT toe; • Ook de toenemende hoeveelheid data lijkt gevolgen te hebben voor de integratie van de informatie in het EPD.
--	--

4.2. Organisatie

NU	Waarom	7. Organisatie 7.1. Sturing 7.2. Macht	Organisatie vs. individu	Porter, 1991	Wie beslist? / Wie heeft de macht?
----	--------	---	-----------------------------	-----------------	--

Wat opvalt is dat er twee soorten antwoorden worden gegeven op de vraag 'wat is het ziekenhuis?'. Het ene antwoord zou geduid kunnen worden als een bedrijfseconomisch antwoord; *"Als je het heel formeel bekijkt, dan is het dat wij DBC, of dots produceren. Dat zijn onze zorgproducten. Dat is wat we doen en waar we geld voor krijgen. En het ziekenhuis als het MST heeft dan nog de opleidingstaak en de onderzoekstaak. Dat zijn de hoofdgebieden. Preventie zit er dus niet bij. Dus in essentie is het toch een zorgfabriek"* (IT6), waarbij het niet valt te zeggen dat een bepaalde groep actoren opvallend vaak dit antwoord geeft. Hetzelfde geldt voor het andere, meer maatschappelijk gedreven antwoord: *"Het moet echter wel leiden tot een gezamenlijk ziekenhuisbrede visie en beleid op hoe we dingen inregelen op de maatschappij. En wat artsen vaak hebben is visie op hun eigen terrein en niet een visie op de maatschappelijke taak die wij als ziekenhuis hebben en wij als bestuurders proberen al die visies van die artsen bij elkaar te rapen en daar een strategie, visie en beleid op te maken, die past bij onze maatschappelijke taak. In principe is de kern van deze business de medisch specialistische zorgverlening. (B5). "Medisch specialistische zorg is waar we goed in zijn. Dat is onze missie om aan te bieden aan de maatschappij"* (M2). Kijkend naar de verschillen zou kunnen worden gesteld dat een deel van de respondenten het ziekenhuis met name ziet als een organisatie die zorg produceert en daarvoor financieel wordt gecompenseerd en een ander deel als een instelling die zorg verleent aan de maatschappij vanuit een missie/visie.

4.2.1. Sturing

Het ziekenhuis lijkt in dienst te staan van de zorgprocessen en de zorgprocessen lijken daarbij te worden gestuurd door de artsen. Respondenten noemen daarbij overwegend dat de ICT daarbij met name ondergeschikt en dienend is. Treffend hierbij is het antwoord van een ICT-er op de vraag wat hij zijn werkzaamheden kan beschrijven: *"Ik werk in twee werelden. Ik snap de zorg goed en hoe dokters werken en*

denken en wat ze daarbij nodig hebben. En ook de ziekenhuisprocessen. Dus hoe het hele 'productienetwerk ziekenhuis' werkt. En het resultaat daarvan is dat we de behoefte die er aan die kant leven, al dan niet goed gearticuleerd, dat dat in de richting van ICT-afdeling of leveranciers komt en dat daar de goeie software oplossingen tegenover gezet worden" (IT4). Ook het management lijkt te worden gezien als ondergeschikt en (in)direct gestuurd door de arts; "De managementlagen, die zijn al lang blij dat de dokters het mooi vinden. Die managen dus politiek in een ziekenhuis. Die moeten met dokters wheelen en dealen. Want zo'n dokter heeft het uiteindelijk voor het zeggen" (B1). Het antwoord van een arts op zijn mening over deze constatering is bevestigend en treffende tegelijk: " Ja, zo werkt het" (M3).

4.2.2. Macht

De formele macht ligt bij de Raad van Bestuur en de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's), bestaande uit medisch managers (vaak een maatschap voorzitter en een bedrijfskundig manager). Volgens een merendeel van de respondenten ligt **de informele macht van het MST met name bij de artsen**. "Op het moment de dokter zegt, ik ben het er niet mee eens dus ik doe het gewoon niet. Dan gebeurt het ook niet" (IT2). Dit is een breed gedragen oordeel bij de respondenten: "De medische staf, zeg maar de dokters, zijn een behoorlijk machtig orgaan. Daarom zeg ik ook dat het dual management is hoe je het moet zien in een organisatie. Je kan eigenlijk wel zeggen dat de dokters evenveel macht hebben als de rest van de organisatie" (B1). Anderen spreken hierover meer vanuit hun stellige overtuiging; "Dokters hebben ook gewoon heel veel macht. Dus dat is ook gewoon zo." (PM2). Sommige artsen verwoorden het als volgt: "Het gaat ook over de organisatie van werk. Het gaat vaak over invloed. Dokters hebben graag invloed. Of inspraak. De inspraak rondom belangen moet goed geregeld zijn" (M1). Andere oorzaken zouden kunnen worden gezien in het feit dat artsen professionals zijn; "Ze hebben als professionals een dusdanige stempel en dat heb je sowieso wel. Ik heb bijvoorbeeld zelf hiervoor bij [organisatie] gewerkt en daar zie je in de [markt] ook heel sterk professionals in de organisatie zitten. Daar zie je ook een bepaalde macht in zitten, want die weten waar het vak over gaat. Dus het is deels dat aspect dat je ziet, maar aan de andere kant is het ook de manier waarop het georganiseerd is waaruit ze de macht krijgen" (IT6). Er zijn ook een aantal respondenten die spreken van een machtsstrijd die door de organisatiestructuur wordt geborgd; "Bij de huidige raad van bestuur denk ik dat ze de dokters nog te weinig in toom hebben. Er ligt bijvoorbeeld een machtsstrijd tussen het RVB en het medisch stafbestuur" (IT4). **Andere groepen dan de artsen lijken weinig tot geen macht te hebben**; "De macht ligt vooral bij twee groepen, namelijk de artsen en het management. De verpleegkundigen zijn minder gemobiliseerd op de macht en veel meer volgend op de artsen" (IT6). Specifiek over de verpleegkundige werd door een verpleegkundige gezegd: "...Ze nemen niet zoveel macht, want dat zit gewoon niet in de aard van hun karakters en bezigheden. Ze hebben echter ook minder macht, omdat in essentie de hele financiële

declaratieboom is opgehangen aan het contact met de medisch specialist en niet met een zuster" (PM1).

CONCLUSIES:	<ul style="list-style-type: none"> • Een deel van de respondenten ziet het ziekenhuis met name als een organisatie die zorg produceert en daarvoor financieel wordt gecompenseerd. Een ander deel ziet het ziekenhuis als een instelling die zorg verleent aan de maatschappij vanuit een missie/visie; • Het ziekenhuis lijkt in dienst te staan van de zorgprocessen en de zorgprocessen lijken daarbij te worden gestuurd door de artsen; • ICT lijkt met name ondergeschikt en dienend te worden ervaren t.o.v. de zorgprocessen; • De informele macht binnen het MST lijkt met name bij de artsen te liggen; • Andere groepen dan de artsen lijken weinig tot geen macht te hebben.
-------------	---

4.3. Mens

NU	Wie	8. Mens 8.1. Interactie 8.2. Overtuigingen 8.3. Drijfveren 8.3.1. Waardering 8.3.2. Trots 8.3.3. Emoties	Individu	McClelland , 1995	Wat gebeurt er? / Hoe komt dat? / Waarom is dat zo? / Waar ben je trots op? / Wat drijft je?
----	-----	---	----------	-------------------	--

4.3.1. Interactie

Er zijn twee zaken over interactie die opvallen aan de gesprekken met de respondenten. De ene richt zich op de interactie tussen medewerkers van het MST. **De onderlinge communicatie lijkt hiërarchisch en soms zelfs denigrerend te worden ervaren.** Het lijkt daarbij ook te getuigen van onbegrip van en naar elkaar. Een IT-er vertelt bijvoorbeeld over een arts die wil bellen en hem om hulp heeft geroepen: *"Ik wordt daar niet zo vrolijk van. Want als iemand daar gaat zitten; "Ik moet iemand hebben van Santeon". Dat is als ik tegen jou zou zeggen: bel even Duitsland voor me. Ja, wie moet je hebben van Duitsland, ja weet ik niet, bel maar Duitsland. Ze moeten zelf weten met wie ze confereren. En die artsen verwachten dan dat alles geregeld wordt. En dat het allemaal kan"* (IT5). De andere vorm van interactie die opvalt, gaat over de arts-patiënt relatie en de waarde die fysieke interactie heeft voor de samenwerking in het patiëntbelang: *"Het zijn twee dingen. En dat beschouw ik wel als een van de risico's van ICT; dat ICT het gesprek ondermijnt. Dat zie je ook in feite gebeuren. Dat dokters digitaal met elkaar praten. Dat er geen röntgen-bespreking meer is waar dokter met zo'n twintigen bij elkaar komen, maar dat*

gaat dan digitaal. En dat heeft dus ook nadelen. Want in de interactie tussen mensen gebeuren ook andere dingen dan dat er puur in de communicatie met elektronica gebeurt. En dat geldt ook voor de patiënt-arts relatie. Daar gebeuren ook dingen in de besluitvorming... Maar het gesprek, de interactie, de fysieke interactie, zal onderdeel blijven" (B3). Sommige artsen bevestigen deze constatering: " Je loopt makkelijker bij iemand naar binnen. Dat is puur fysiek. Hiernaast zitten de longartsen en vroeger zaten ze veel verder weg. Nu loop ik door de deur om even samen naar de foto te kijken. Het punt is ook dat je door dat contact de mensen beter kent en je weet makkelijker wat je aan elkaar hebt, maar als het alleen telefonisch blijft het altijd op hetzelfde niveau blijft hangen" (M3). Daarmee lijkt het **fysieke, persoonlijke contact tussen mensen (arts-patiënt of arts-arts) van waarde in de interactie** en lijkt het een wens van **on-verandering** te zijn.

4.3.2. Overtuigingen

Opmerking: De insteek van dit resultatenonderdeel is de algemene overtuigingen van respondenten over de organisatie van het ziekenhuis in het algemeen in die van ICT in het bijzonder. Niet over elkaar. Dit wordt uitgebreid besproken bij configuraties en werkelijkheden.

Een punt dat opvalt aan de overtuigingen van de respondenten is dat **zij zichzelf lijken te zien als een moeilijk veranderbaar en daarom stellen dat de ander of de omgeving maar moet veranderen**. Bijvoorbeeld een EPD dat moet worden geïmplementeerd: "Bij het MST is het vaak zo dat de organisatie zo blijft als het is en het pakket daar op aan moet sluiten. Dat kan wanneer je een zelfgemaakt pakket koopt, maar niet bij zo'n mammoetpakket" (IT1). Een andere IT-er vertelt over de wijze van beleidsbepaling en verwoord zijn geloof in lean-management als volgt: "Nouja, het blijft maar van boven naar beneden te druppelen. De tijd is er niet om van beneden naar boven te druppelen" (IT5). Ook wordt er veel gezegd over de structuur van de organisatie en de gevolgen daarvan: "De organisatie heeft niet het collectieve belang voor ogen, dat weet ik wel zeker. Dat is het probleem en dat wordt gevoed door de maatschappen en RVE. Die werken elkaar tegen en dus versterkt dat effect. Er zit geen gemeenschappelijkheid in" (PM2). Er zijn zelfs respondenten die pleiten voor het afschaffen van de maatschappen: "We moeten stoppen met al die maatschappen en RVE. Het heeft helemaal geen toegevoegde waarde. Je moet zorgen dat alle medici in vaste loondienst zijn van het ziekenhuis, dat je RVE schrapt, gewoon afdelingen maakt en dan hebben we een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het draaien van het ziekenhuis. Op dit moment draait namelijk iedereen zijn eigen toko" (IT1). Artsen lijken daar ander over te denken: "Absolute onzin. Ik denk dat er in deze erg weinig eigen belang is in wat een maatschap wil. Iedereen wil het voor zichzelf zo makkelijk mogelijk organiseren, maar wat je eigenlijk wil organiseren is patiëntenzorg. En of het secundair een tientje meer kost gaat het niet om" (M3). Een ander onderwerp is de mogelijkheden van ICT in de toekomst. Een arts neemt stelling nadat hem

wordt gevraagd naar zijn mening over de mogelijkheden voor het toepassen van het voorspellende karakter van big data in de zorg: *“Zo werkt het toch niet. Dokter Watson, dat programma uit Amerika, zal zeker heel goed zijn, maar wat dat op een gegeven moment mist is een zelf lerend effect. Dat heb je als medisch specialist wel nodig”* (M3). Een laatste constatering betreffende overtuigingen gaat over de onvrede van het huidige EPD. **Opvallend veel respondenten geven aan ontevreden te zijn met het huidige EPD.** Dit wordt genoemd in de volgende bewoordingen: *“Het systeem zoals het nu is, werkt ook niet”* (M3), *“Het is werkelijk waar verschrikkelijk waarmee we nu werken. Een ramp.”* (M2) *“Het EPD wat we hebben een beetje houtje-touwtje aan mekaar.”* (PM1) *“We willen uit de huidige zooi weg. De problematiek van het huidige EPD landschap moet worden opgelost”* (B1). *“Het grootste probleem zit ook bij het EPD-deel van het ziekenhuisinformatiesysteem. Dat heet hier DSV en dat is een soort waterhoofd geworden dat het helemaal niet aan kan en het is ook te ingewikkeld gebouwd, het is te amateuristisch gebouwd en iedereen heeft er aan mee gewerkt en er is geen goeie regie op geweest. Kortom: het is een brei aan mogelijkheden en tabbladen waar je niet doorheen komt.”* (B5).

4.3.3. Drijfveren

Er is één drijfveer die nadrukkelijk lijkt op te vallen. Dat is de gedrevenheid voor de patiënt. **Bijna alle respondenten noemen de patiënt als de belangrijkste drijfveer voor hun werkzaamheden.** Dit komt met name terug bij antwoorden op vragen die gaan over hun eigen motivatie, de motivatie van anderen en de reden van het bestaan van het MST. *“Om patiënten te helpen”* (IT6). *“Die verpleegkundige raak je nog altijd met passie voor de zorg”* (PM3). *“Als de mogelijkheid zich voor doet, dan moeten we kijken naar wat het beste is voor de patiënt”* (M1). Ook komt het patiëntbelang regelmatig naar voren als het gaat om de organisatie van het MST. *“Het draait om de patiëntenzorg. Ja. Altijd. In alle beslissingen”* (B4). **Andere drijfveren die de organisatie en beslissingen daarover raken lijken te gaan over efficiëntie, kwaliteit en kosten.** *“Dus wat het beste is voor het MST en wat is het beste voor de patiënt. Als we die focus hebben, gaan dingen langzaam steeds beter op elkaar aansluiten en daar wordt je met elkaar efficiënter van, kun je betere kwaliteit halen, enz.”* (IT6). Ook de invloed van besluitvorming voor de organisatie wordt genoemd. *“Ik denk dat het goedkoper kan. En de besluitvormingslijnen zijn vele male korter dan wanneer je onderdeel bent van een groter geheel. Want daar wordt veel gestandaardiseerd. En dat moet ook, anders kan het niet. Maar het ligt aan de speelruimte”* (B2). Een andere drijfveer waar relatief veel over werd gesproken is geld, in de vorm van beloning. Opvallend hieraan is dat andere actoren dan artsen, deels van mening zijn dat artsen sterk worden gedreven door geld; *“Maar als je dan kijkt waar wordt hun gedrag door bepaald. Dat is dan toch de eigen belangen. Kijk, ze zijn echt financieel ook gedreven. Dus er is een enorme discrepantie tussen dokters die dus in de concrete patiënt interactie; dan gaat ze voor iedere patiënt tot het gaatje. Dat is echt indrukwekkend om te zien. Maar, wanneer de patiënt er niet is, en ze zitten met elkaar in de maatschap, dan komt opeens het boekhoudboekje tevoorschijn. Dat is een andere wereld”* (B1). En hier tegenover staat de

indruk van de artsen, die over het algemeen zeggen: *“Eigenlijk interesseren die centen mij geen zak”* (M3) en *“ik denk dat geld niet belangrijk is want we verdienen al genoeg. En ik denk niet dat we meer willen verdienen. Ik denk ook niet dat het minder moet worden”* (M1). Andere drijfveren die de artsen noemen zijn; *“Er zijn nog twee aspecten die het leuk maken. Enerzijds het diagnostisch denken; een hele boel mensen komen bij met de vraag of er wat met hun aan de hand is. Anderzijds is het leuk om te begeleiden; dan kun je mensen net een stapje verder krijgen dan dat ze zonder dat zou hebben gekund, terwijl er natuurlijk ook vrij veel chronische mensen tussen zitten, zoals hartfalers en mensen met een pomp die bijna niet meer werkte. Het is leuk om dan te zien dat mensen met de beperkte mogelijkheden die te hebben er toch nog wat uit weten te krijgen”* (M3). Er zijn ook respondenten die gedreven worden doordat ze hun werk leuk vinden: *“Uiteindelijk doet een mens alles voor zichzelf. Wat ik doe, vind ik leuk. Maar niet altijd. Die momenten zijn er ook wel”* (IT5).

Waardering

Het lijkt dat het merendeel van de ICT-ers een onderwaardering voor hun werkzaamheden ervaart door andere actoren binnen het MST. ICT lijkt hierbij te worden gezien als bijzaak en de ICT-er als noodzakelijk kwaad. Een arts verwoordt het als: *“Nouja, dat zijn de mensen die de spullenboel draaiende moeten houden. Want dat moet gewoon draaien he. Updates. En dat moet zij voor ons doen. En ze krijgen nooit geen schouderklopje als de boel draait, en als de boel kapot gaat, dan krijgen ze de wind van voren. Zo gaat dat. Maar we hebben heel goed contact met ICT”* (M1). Een ICT-er beleeft het als volgt: *“Maar ICT wordt als een apart dingetje behandeld. En eigenlijk niet bedrijfsmatig. Het wordt als kostenpost gezien. Er is licht, er is water en er is ICT. Als een commodity. Ik zie ICT anders. Ik zie ten eerste dat dokters het niet snappen. Nouja ze snappen het wel, maar pas als hier het licht uit gaat. Pas als de systemen uitvallen weet iedereen pas hoe belangrijk het is”* (IT4).

Trots

Vragen over het onderwerp ‘trots’ leverden lange stiltes, glimlachen en gepassioneerde reacties op. **Regelmatig werd de nieuwbouw van het ziekenhuis genoemd door verschillende respondenten. Het lijkt daarmee een gedeelde trots.** Op een enkeling na, noemt iedereen de nieuwbouw van het MST: *“Ik vind de nieuwbouw heel mooi. Het is een plezierig gebouw om te zien, te zitten en te werken. Er zijn nog een paar kinderziekten die ik graag weg wil werken, maar voor de rest geeft het een frisse uitstraling. Het is iets waarvan ik zeg: hier ben ik welkom”* (M2). **Ook de patiëntenzorg en de medewerkers worden relatief vaak benoemd:** *“Op de patiëntenzorg die we leveren. Het gaat om patiëntenzorg. En ook over de tevredenheid van onze medewerkers. Dat onze medewerkers graag voor ons werken. En dat steeds verbeteren. We hebben een hele fanatieke groep artsen.”* (M1). En een bestuurder vat de antwoorden mooi samen: *“Ik ben*

trots op iedereen die hier eigenlijk knalhard werkt om zorg te verlenen. Dat zit in de genen van mensen die in een ziekenhuis willen werken, zowel bij de één op een andere manier als bij de ander. Verpleegkundigen in een zorgsfeer, dokters meer in een behandel sfeer of in een technologische sfeer. Ik ben trots op het nieuwe gebouw. Ik ben trots op de inhoud van de zorg die wij leveren en het pakket aan zorg dat wij leveren” (B5). En er worden ook specifieke punten genoemd en bevestigd door andere respondenten. Een goed voorbeeld is dat van de ITOSS, waar een ICT-er over vertelt: *“We hebben een pilot gedaan met een ITOSS (IT-er On Site Specialist). En dat ging echt heel goed. Een half jaar lang in dat gebied het huis in. En die jongens pakten s’ochtends hun laptopje en die gingen het huis in. En die losten allerlei probleempjes op. In het begin is alles fout zeg maar, maar na een maandje ging dat beter. En dan zeggen die verpleegkundigen en dokters ook; ‘we zien hem vandaag nog wel’. En dan bellen ze niet. En dat gebeurt dan ook. Dat helpt fantastisch”* (IT5).

Emoties

Er zijn een aantal emoties die een rol lijken te spelen wanneer het gaat over de arts ten opzichte van de patiëntenzorg en de rol die ICT daarin speelt. Dit wordt bijvoorbeeld verwoord door een ICT-er die deze emotie als een uiting van spanning schetst, nadat hem werd gevraagd wat er gebeurt als de ICT het niet meer doet: *“Het gaat ook vrij snel over in het emotionele. Men [de dokter] denkt: ‘Ik kan nu mijn werk niet doen’. Daar komt dan dus ook spanning bij kijken, want wat je ziet is dat die professors zo begaan zijn met hun vak. Dus voelen de druk als ze een patiënt niet kunnen helpen. Enerzijds heb je het praktische: ze lopen uit in hun planning. Anderzijds moeten ze ook de patiënt teleurstellen. Dat raakt ze diep. Je weet ook dat als je een ICT-oplossing hebt dan gaan er dingen fout. Dat is een spanning die eigenlijk pas de laatste jaren naar boven kwam. Tot vijf jaar geleden was het dat ze hun werk goed konden doen en ICT hoort daar bij, maar de afgelopen vijf jaar is ICT de kern van hun werk geworden. Het wordt door velen gezien als een soort kwaad dat er is, maar waar je naar toe wil is dat ze zelf gaan nadenken over wat ze graag met hun vak willen dat ICT kan regelen. Tot nu toe was ICT was ICT juist een belangrijke driver in mijn verandering, maar je wil juist dat de business nog meer in de drive-seat komt te zitten: wat is mijn verandering? Want die kunnen wel wat vinden, maar het gaat er om dat de artsen hun werk goed kunnen doen”* (IT6). **Men zou kunnen concluderen dat de angst voor het onbekende en met name de optie dat het onbekende negatief uitpakt in het belang van de patiënt, een rol lijkt te spelen bij de houding van de arts tegenover de rol van ICT in de toekomst.**

CONCLUSIES:	<ul style="list-style-type: none"> • De onderlinge communicatie lijkt hiërarchisch en soms zelfs denigrerend te worden ervaren; • Fysiek en persoonlijk contact tussen mensen (arts-patiënt of arts-arts) lijkt van waarde in de onderlinge interactie en lijkt daarmee ook een wens van on-verandering te zijn; • Respondenten lijken zichzelf te zien als moeilijk
--------------------	---

	<p>veranderbaar en stellen daarom dat de ander of de omgeving maar moet veranderen;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opvallend veel respondenten geven aan ontevreden te zijn met het huidige EPD; • Bijna alle respondenten noemen de patiënt als de belangrijkste drijfveer voor hun werkzaamheden; • Andere drijfveren die de organisatie raken lijken te gaan over efficiëntie, kwaliteit en kosten; • Het lijkt dat het merendeel van de ICT-ers een onderwaardering voor hun werkzaamheden ervaart door andere actoren binnen het MST. ICT lijkt hierbij te worden gezien als bijzaak en de ICT-er als noodzakelijk kwaad; • Regelmatig werd de nieuwbouw van het ziekenhuis genoemd door verschillende respondenten. Het lijkt daarmee een gedeelde trots. • Ook de patiëntenzorg en de medewerkers worden relatief vaak genoemd als onderwerpen waar respondenten trots op zijn; • Men zou kunnen concluderen dat de angst voor het onbekende en met name de optie dat het onbekende negatief uitpakt in het belang van de patiënt, een rol lijkt te spelen bij de houding van de arts tegenover de rol van ICT in de toekomst.
--	--

4.4. Configuraties

NU	Hoe	9. Configuraties 9.1. Werkelijkheden 9.1.1. <i>Algemeen</i> 9.1.2. <i>IT vs. Medisch</i> 9.1.3. <i>IT vs. Para-Medisch</i> 9.1.4. <i>IT vs. Bestuur</i> 9.1.5. <i>IT vs. IT</i> 9.2. Betekenisgeving 9.2.1. <i>Eigenaarschap</i> 9.2.2. <i>Reflectie</i> 9.3. Collectiviteit 10. Belangen	Individu vs. individu	Van Dongen, 1996; Hosking, 2002; Bouwen, 1994; Weick, 1979; Gergen, 2001	Hoe denk je over...? / Wie is...? / Wat is dat voor type?
----	-----	--	-----------------------	--	---

Uit gesprekken met de respondenten kan voorzichtig worden geconcludeerd dat er sprake lijkt te zijn van gefixeerde en homogene configuraties in het MST. Een aantal respondenten spreken over 'verschillenden werelden': "De twee werelden

worden gedomineerd door de arts die de patiënt voorop zet en de ICT als bijzaak beschouwt en de ICT-er die dat anders doet. Je hebt als IT-er de taak om die twee werelden met elkaar te laten praten" (IT2). **De respondenten lijken te redeneren vanuit hun eigen werkelijkheden met overtuigingen waarbij ook opvalt dat die gedeeltelijk gebaseerd zijn op gebeurtenissen uit het verleden. Onderwerpen die hierbij een rol lijken te spelen zijn macht, beleid, normen en waarden.** Het opvallende is dat dit voorkomt bij alle vier de groepen respondenten en daarvan het meest voor de medici. Zij lijken sterk overtuigd van hun eigen kijk (zie verder *werkelijkheden*) en praten grotendeels in stellige overtuigingen en uitdrukkingen over de andere actoren en configuraties. *"Wij zien het goed en de rest ziet het fout"* (M2). **Hierbij valt het op dat de antwoorden van de een, veelal oordelend over de ander, behoorlijk verschillen ten opzichte van de eigen beleving over dat oordeel, door de ander.** *"Als je als ICT-er bij het MST werkt, heb je het ergens niet begrepen. Als goede ICT-er ga je namelijk ergens anders werken"* (M2). **Ook belangen lijken een rol te spelen. Met name de focus op eigen belangen ten opzichte van het collectieve belang.** *"Op dit moment draait namelijk iedereen zijn eigen toko. Als je bijvoorbeeld kijkt naar één bepaalde afdeling die 11 miljoen moet bezuinigen en een andere afdeling heeft een onderzoek opgezet om iets te laten onderzoeken voor 1 miljoen. Terwijl dat tegen het ziekenhuisbelang in gaat"* (IT1). **Het collectieve belang wordt over het algemeen wel gezien, maar zo nu en dan ook weer direct aan de kant geschoven wanneer het eigen belang in gevaar komt:** *"Ze [artsen] snappen wel dat er een MST-belang is, maar ik heb toch het gevoel dat men in de praktijk vooral naar hun eigen situatie kijkt"* (IT3). Bij de artsen lijkt dit beeld erg sterk. **Tot slot lijkt politiek een belangrijke rol te spelen.** *"Ik denk dat elk bedrijf waarbij de core business is dienstverlening door professionals, is een politiek bedrijf. Bij een ziekenhuis is dat extra complex door een aantal zaken: de 7 keer 24-uurs kwestie, patiënten komen binnen met een probleem dat we niet altijd kunnen oplossen, de zorg gaat over en langs professionals en het vrijgevestigde honoreringsprincipe, waarbij dokters het gevoel hebben dat ze een eigen bedrijfje binnen het ziekenhuis runnen"* (B6). Samenvattend, wanneer je kijkt naar de kern van het probleem verwoord een bestuurder het kernachtig als volgt: *"Als je namelijk kijkt naar waar de veranderingen moeizaam verlopen, is dat vooral omdat iedereen kijkt naar zijn eigen wereldje. Bijvoorbeeld als ik chirurg ben dan vind ik het belangrijk dat het vooral voor mij als chirurg goed geregeld is. Als mijn collega, bijvoorbeeld de anesthesioloog, daar last van heeft dat boeit me dat eigenlijk niet"* (B6). In de rest van deze paragraaf worden de onderwerpen die zojuist besproken zijn, één voor één behandeld.

4.4.1. *Werkelijkheden*

Opmerking: De werkelijkheden worden gevormd door de respondenten en zijn gebaseerd op waarnemingen, overtuigingen en gebeurtenissen. **Wat opvalt, zijn de verschillen. Deze zitten met name tussen de configuraties (intra) en lijken niet zozeer binnen de configuratie (inter) te zitten.** In dit resultaatdeel worden eerst

de algemene resultaten over werkelijkheden gepresenteerd en vervolgens per configuratie. De insteek van dit laatste deel is een afwisseling is van (delen van) werkelijkheden van anderen over de besproken configuratie en de reactie op die (delen van) werkelijkheden van de configuratie zelf.

Algemeen

Het valt op dat het besef bij een hoop respondenten aanwezig lijkt te zijn, wanneer het gaat over **kijken vanuit verschillende perspectieven naar dezelfde organisatie. Het wordt regelmatig herkend en benoemd of bevestigd.** De één noemt het perspectiefjes; *"...de specialisten werken hier op heel veel verschillende manieren, vanuit die eigen perspectiefjes hebben ze ook de informatievoorziening ingericht"* (B1), de ander silootjes; *"Op dit momenten zitten we nog in silootjes"* (B6). Men lijkt het te ervaren als een kernpunt. *"Het is gewoon een elementair begrip. Wat je je moet voorstellen dat een dokter de hele dag bezig met zijn ding (röntgenbeeld, spreekkamer etc.). en die is gewoon de hele dag bezig met dat ding en die heeft vaak geen beeld van het hele proces waarvan hij deel uit maakt. En die heeft ook sterk de neiging om het hele stukje vanuit zijn eigen perspectiefje te zien"* (IT6). En ook de organisatiestructuur wordt genoemd als mogelijke oorzaak: *"Dit ziekenhuis bevordert dat ook door zijn RVE-structuur en daar dwars doorheen lopen dan ook nog de maatschappen. Dat bevordert dat silo-denken"* (PM3). Ook de eerder besproken fixatie komt hierbij aan regelmatig aan de orde. Ook op organisatieniveau: *"Bij het MST is het vaak zo dat de organisatie zo blijft als het is en het pakket daar op aan moet sluiten. Dat kan wanneer je een zelfgemaakt pakket koopt, maar niet bij zo'n mammoetpakket [EPD]"* (IT1).

Medisch

Opvallend aan het 'gesprek' tussen medici en niet-medici zijn de verschillen tussen de twee 'werelden'. Hierin zou je kunnen stellen dat de niet-medici, met name de IT-er, anders kijkt naar de mogelijkheden van ICT, daarbij ook oog lijkt te hebben voor de kijk van de medici. Andersom mist dit over het algemeen bij de medici ten opzichte van ICT. Onbekend maakt onbemind lijkt hier op zijn plaats. En als medici dan toch antwoord geeft op vragen zoals, hoe zie je het dan voor je in de toekomst, dan gaat het over een zeer simplistische kijk, veelal op gebruikersniveau, beredenerend vanuit hun eigen perspectief en niet rekening houdend met het collectief of ICT op meta-niveau. Je zou voorzichtig kunnen stellen dat **ICT-ers anders kijken naar de mogelijkheden van ICT dan artsen. Hierbij lijkt de ICT-er meer rekening te houden met het perspectief van de arts, dan de arts met het perspectief van de ICT-er.** Ook lijkt de ICT-er zich meer te focussen op een meta-niveau en daarbij te redeneren vanuit het belang van het collectief, hetgeen de artsen vaak lijken over te slaan en zich, meer dan de ICT-er, richten op het eigen belang en op het micro-niveau (gebruikersniveau) t.o.v. ICT in het ziekenhuis van de toekomst. Een arts over

zijn kijk op ICT in de toekomst "Dat is gebruiksgemak. Dat je op een gegeven moment voor jezelf in je eigen gedachtewereld dat scherm kunt inrichten. Dat je zegt: "Ik werk op die en die manier waardoor ik op een gegeven moment een bepaalde volgorde in mijn werkzaamheden heb en ik het prettig vind dat bepaalde knoppen op een bepaalde manier gestructureerd zijn". Waar je die gegevens neerzet maakt geen moer uit. Wat mij uitmaakt is hoe de voorgrond eruit zien waarmee je moet werken" (M3). Ook over maatschappen is veel gesproken. Meningingen van de andere configuraties richting de medici laten zich samenvatten als: "We moeten stoppen met al die maatschappen en RVE. De medisch manager kijkt vooral naar het maatschap belang en die sluit zich dus af voor verandering" (IT3). Een arts over zijn beleving van de maatschap: "Maatschappen zijn heel veel om te doen. Dat komt doordat er een X-aantal eigenwijze mensen bij elkaar zitten zonder dat er iemand duidelijk de baas is. Daarnaast is de vraag: "Hoe ga je met elkaar om?" binnen een maatschap heel bepalend. Zijn er duidelijke afspraken, wordt er aan die afspraken gehouden en spreek je elkaar er op aan als dat niet gebeurt? Dat is heel belangrijk voor het goed functioneren van een maatschap en zolang dat niet gebeurt, is het een anarchistisch zootje: ieder voor zich en niet voor ons allen. Dan kun je afspraken maken wat je wil, maar daar houden ze zich toch niet aan" (M3). De mening van de artsen over de verhoudingen van de maatschap ten opzichte van de rest van het ziekenhuis is vrij mild: "Met elkaar en tot het ziekenhuis gaat dat redelijk als één groep. Daar maak je van tevoren afspraken over. Dit is ons standpunt en dit willen wij" (M2). Daar komt wel bij dat artsen dit als vervelend ervaren: "Als je het niet zelf doet, moet je afspraken maken over wat je krijgt. En dat is allemaal gedoe" (M1). Over de rol en belang van geld in de wereld van de medici lijkt een hoop spanning en verschillen in beleving te zitten. **Niet-medici lijken over het algemeen ervan overtuigd dat geld (eigen gewin) een relatief grote en belangrijke rol speelt voor de arts;** "Als je dan kijkt, waar wordt hun gedrag door bepaald. Dat is dan toch de eigen belangen. Kijk, ze zijn echt financieel ook gedreven. Dus er is een enorme discrepantie tussen dokters die dus in de concrete patiënt interactie; dan gaat ze voor iedere patiënt tot het gaatje. Dat is echt indrukwekkend om te zien. Maar, wanneer de patiënt er niet is, en ze zitten met elkaar in de maatschap, dan komt opeens het boekhoudboekje tevoorschijn. Dat is een andere wereld" (B1). **De indruk van de artsen is dat dit niet of nauwelijks een rol lijkt te spelen.** De reactie van de arts is op de vraag dat andere vinden dat hij door geld wordt gedreven: "Dan heeft diegene het niet begrepen. Je verdient natuurlijk goed, laten we dat voorop stellen en daar hoeft niemand over te klagen. Bovendien denk ik dat niet veel mensen door de centen zeggen dat het linksom of rechtsom moet, maar zeker tegenwoordig heb je een aantal kwaliteitseisen. Je hebt deze normen en je moet aan zoveel dingen voldoen, wil je het mogen blijven doen. Daar hangt een bepaalde kwaliteit aan. Een heel belangrijk punt in de discussie over het zelfstandig gevestigd zijn of niet is de professionele autonomie. Je moet niet het gevoel krijgen dat de directie kan beslissen over het feit wat jij al dan niet kan doen in de patiëntenzorg. Medisch inhoudelijk kan ik doen en laten wat ik wil" (M3). Tot slot over de

macht en invloed van de arts. *“Ja, nouja het gaat niet altijd over geld. Het gaat ook over de organisatie van werk. Het gaat vaak over invloed. Dokters hebben graag invloed. Of inspraak. De inspraak rondom belangen moet goed geregeld zijn. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat je met 230 dokters om tafel moet iedere week, dus dat moet met een afvaardiging.”* (M1). Een bestuurder over de politiek die de arts daarin bedrijft: *“Dat vind ik prima, maar het helpt niet echt. Dus als we daar afscheid van kunnen nemen dan zou ik dat wel stimuleren, maar als ze er geen afstand van kunnen nemen dat is het zoals het is en dan is het prima. Vroeger zaten daar wel voordelen in, maar door de integrale tarieven kun je eigenlijk niet met goed fatsoen drooghouden dat daar voordelen in zitten. Vroeger kon je als cardioloog of gynaecoloog nog wel eens accelereren door bepaald zaken, maar tegenwoordig komt alles als een pot binnen en wordt als een pot uitgesmeerd en dat er zo weinig mogelijkheden zijn om te ondernemen zorgt ervoor dat het fictieve bedrijven zijn”* (B5).

ICT

Bij het onderwerp ICT en de ICT-er ging het veelal over de rol van ICT en de ICT-er, het nut van ICT en de noodzaak van ICT. **Er wordt verschillend gedacht over of ICT ondersteunend of leidend is in een ziekenhuis. En ook over of ICT noodzakelijk is, of dat we zonder (moeten) kunnen.** *“ICT is ondersteunend in het ziekenhuis”* (IT4) was een veelgehoorde opmerking. De kern van dit onderwerp lijkt te zitten in de noodzaak van ICT. Veel artsen geven soortgelijke antwoorden als; *“ICT is heel belangrijk voor een dokter, maar wat in het ziekenhuis dus heel lastig is, en ik denk dat dat in andere sectoren ook wel geldt, is dat in ziekenhuizen ICT nog steeds niet, en informatie ook niet, als bedrijfshulpmiddel wordt gezien. [...] En eigenlijk niet bedrijfsmatig. Het wordt als kostenpost gezien. Er is licht, er is water en er is ICT. Als een commodity”* (B1). En respondenten die dichter op het organisatorische aspect zitten van het ziekenhuis geven over het algemeen een antwoord als: *“Op allerlei vlakken zie je de toenemende behoefte om die dingen samen te doen. De centrale zaken groeien juist naar elkaar toe en de behoefte voor informatie wordt ook steeds groter. Het maakt je werkproces een stuk efficiënter. [...] Dus wat je ook doet, bij het bundelen van die informatie dan betekent dat je het één keer vastlegt en dat iedereen dat kan gebruiken. Dat is zowel medisch als qua planning. Bundelen is dus beter voor de kwaliteit van je werk, het is veel efficiënter en het is beter voor de patiënt. Wat ook een rol speelt is dat overheden allerlei kwaliteitsinformatie willen hebben. Als je dan één systeem hebt is dat makkelijk, maar als je vijf systemen hebt dan moet je al die informatie nog eens aan elkaar knopen”* (IT6). De artsen lijken deze noodzaak minder te voelen. Een arts over zijn kijk op ICT in het ziekenhuis: *“Als gebruiker heb ik wel een idee over hoe dingen moeten of kunnen. Je zit er dagelijks mee te werken en dat is het punt. Daar zit vaak ook de kritiek op de ICT'ers: dat zij er niet mee hoeven werken. Ze bedenken wat en dat komt in hun straatje heel mooi uit, maar als je in de praktijk zit dan zou je soms dingen handiger kunnen doen. Bij sommige dingen klik je je wild om*

ergens te komen, terwijl als ik de eerste klik geef dan weet ik al waar ik wil zijn. Maar kunnen we dat veranderen: nee. Vaak is dat heel moeilijk. Dat komt vaak ook omdat mijn collega twee deuren verder vaak weer wat anders wil met hetzelfde knopje. Dat maakt het voor die jongens ook moeilijker, maar ik denk als je als dokter de vaardigheden had om zo'n EPD te bouwen dat er een ander EPD was gekomen" (M3). Doorvragend op gebruikersgemak gaat het ook over de ICT'er: "Op papier kun je een hele mooie lijst van eisen opstellen en die kun je aan die ICT'er geven en die moet ermee aan de slag, maar zoals ik mijn eisen opschrijf ervaart die ICT'er het niet, omdat ik die eisen opschrijf vanuit mijn vakgebied. Die ICT'er interpreteert het anders. Dat is op een gegeven moment een veelvoorkomende bottleneck is" (M3). Hierin komt het verschil in 'werelden' opnieuw naar voren. Een andere arts over ICT-ers: "Nouja, dat zijn de mensen die de spullenboel draaiende moeten houden. Want dat moet gewoon draaien he. Updates. En dat moet zij voor ons doen" (M1). De ICT'er is met name van mening dat hij in dienst staat van de arts: "Mijn drijfveer is om, met name vanuit het patiënt perspectief, die zaak beter en veiliger te maken. Dat is een. En om het leven van die zorgprofessionals beter te maken. Dat ze nog beter in staat zijn om hun beroep uit te oefenen, er ja, meer uit kunnen halen" (IT5). Over veranderingen in de rol van ICT wordt verschillend gedacht. De ICT'er komt uit op een soortgelijk: "Ik denk dat uiteindelijk dat ICT de grootste vormgever van het zorgproces gaat worden. Zeker in een vak als geneeskunde, dat is voor 90% informatie" (IT5). De para-medici laten zich samenvatten als: "ICT wordt steeds geavanceerder, steeds belangrijker. Maar blijft ondersteunend. ICT zou wel het werk van de arts kunnen automatiseren. Maar ik hoop wel dat de ICT nog altijd de menselijke leiding zal nemen" (PM2). De arts heeft daarentegen een andere ervaring met ICT en ervaart ook het ongemak: "Ja, dat is vervelend. Maar als je dan uitlegt dat je je auto ook zo nu en dan voor een beurt moet wegbrengen dan wordt dat wel begrepen. Dus dat gaat op zich wel goed. En je hebt ook wel downtimes. S'avonds, door de week" (M1).

Para-Medisch

De verpleegkundige lijkt weinig tot geen invloed te hebben op de visievorming over ICT. Veelal ontstaat de indruk dat ze er niet of nauwelijks toe doen wat betreft de organisatorische kant van het ziekenhuis. Daar tegenover staat dat de verpleegkundige weer erg wordt gewaardeerd als het om de zorgkant van het ziekenhuis gaat; "Een zeer gedreven mens met een passie voor de zorg van de patiënt" (M3). Je zou daar voorzichtig uit kunnen concluderen dat ze door de andere actoren worden gezien als van belang voor de patiënt, veel minder van belang voor de organisatie van het ziekenhuis en daarmee de beeldvorming over ICT in het ziekenhuis van de toekomst. "Je hebt hier eigenlijk drie groepen in het ziekenhuis: de artsen, het management en de verpleegkundigen. Dat is een soort drieluik. De macht ligt vooral bij twee groepen, namelijk de artsen en het management. De verpleegkundigen zijn minder gemobiliseerd op de macht en veel meer volgend op de artsen. Aan de andere kant denken verpleegkundigen

veel meer in het totaalplaatje. Ze zitten ook meer op lijn, want je ziet dat men op verschillende afdelingen eigenlijk altijd op dezelfde manier werkt" (IT5). De reden vindt men in de drijfveren: "Op zich ook niet raar, want het zijn zorgmensen. Die doen het om mensen te helpen en niet om tegen een dokter in te gaan" (B1). Hun houding ten opzichte van ICT wordt verschillend beoordeeld. "Er zijn hele enthousiaste mensen, maar er zijn ook mensen die niet helemaal weten wat ze ermee moeten en die hebben er wéér een taak bij" (PM2). "Veel verpleegkundigen denken bijvoorbeeld wel dat we op zo'n Ipad XCare [huidig EPD] kunnen zetten, maar dat werkt voor geen meter, want de knoppen zijn veel te klein voor grote vingers" (IT4). Een andere ICT-er verwoordt het als: "De verpleegkundige begrijpt zeker de ICT-er niet. Wij draaien bijvoorbeeld nachtdiensten. En als je ziet waar je dan s'nachts voor wordt gebeld, en dan kijk je een eindje verder en dan staat er ook een. Dus zij hebben geen idee dat we niet in het huis zijn" (IT5). Een interessant punt dat naar voren kwam is samenwerking van de verpleegkundige en het feit dat de rest van de medewerkers hiervan kan leren: "Wat je ziet bij professionals is dat ze een bepaald beeld van de wereld hebben en dat kan betekenen dat je je eigen waarheid als een soort waarheid gaat aannemen. Dus dan ga je het niet anders doen, tenzij je zelf snapt dat het anders moet. Dat is eigenlijk het nadeel van een professional. Bij de verpleging gaat dat veel makkelijker. Daarom zeg ik ook dat je een paar professionals hebben met een stukje leiderschap die het snappen en het aan hun collega's kunnen uitleggen, want een arts zal minder snel iets van mij aannemen dan van een collega-arts" (IT6).

Bestuur

Respondenten zijn overwegend sceptisch en zelfs negatief over bestuurders in het ziekenhuis. Het lijkt te gaan over een aversie en onbegrip: "Zo'n bestuur zijn passanten. Die willen ergens een stempel op drukken en dan gaan ze weer ergens anders naartoe. Voorbeeld. Outsourcing die niet goed ging na drie jaar onderhandelen. Toen gingen we weer opbouwen. En dan komt er toch weer een bestuurder en die zegt; het moet kunnen. En nu zitten we weer in een outsourcingproject. En daar vindt ik wel van; doe dat nu niet weer. En dat komt door een nieuwe bestuurder" (IT5). Waarbij opvalt dat de IT-er niet graag op de stoel van de bestuurder zit en afstand neemt van moeilijke beslissingen: "Maar ik zou die keus eerder nog aan de business overlaten, want dat is niet een keus voor mij. Dat scenario is bijvoorbeeld ook iets dat ik voorstel, maar de keuze wordt gemaakt door de RVB of de medische staf om daarmee verder te gaan" (IT3). **Zelf lijken bestuurders hun rol te ervaren als dienend aan de maatschappij en de arts:** "De patiënten komen voor de dokters. Dus wij luisteren naar de dokters. Het moet echter wel leiden tot een gezamenlijk ziekenhuisbrede visie en beleid op hoe we dingen inregelen op de maatschappij. En wat dokters vaak hebben is visie op hun eigen terrein en niet een visie op de maatschappelijke taak die wij als ziekenhuis hebben en wij als bestuurders proberen al die visies van die dokters bij elkaar te rapen en daar een strategie, visie en beleid op te maken, die past bij onze maatschappelijke taak. In principe is de kern van deze

business de medisch specialistische zorgverlening” (B6). Over het feit dat artsen zouden kunnen besturen wordt onder andere als volgt gedacht: “Ze hebben niet de denkstijl, ze hebben de denkstijl voor de patiënt relatie, maar niet de managerial bagage om te besturen” (B2).

4.4.2. Betekenisgeving

Een opvallend punt met betrekking tot de gesprekken over ICT met de respondenten is dat **de problematiek groter lijkt te worden ervaren dan de ICT, waarbij de slechte ICT het afvoerputje lijkt van andere conflicten:** *“Op het moment dat wij aan de organisatie iets vragen dan krijg je snel de reflectie dat het niet kan, vanwege het slechte ICT-landschap. Dus het is ook de kapstok voor een excuses als dingen niet gebeuren. Dat bedoel ik niet in de negatieve zin, maar mensen komen niet in de actie-modus vanwege de slechte facilitering. Dat is dan iets beter gebracht, maar zo is het wel. (B6).*

Eigenaarschap

Het gevolg is dat er een oplossing moet komen. Dat begint onder andere bij het ervaren (zien) van een probleem en het voelen van eigenaarschap over dat probleem. **Het valt op dat respondenten problemen wel zien en erkennen, maar aangeven dat de oplossing veelal bij de ander vandaan moet komen. Hiermee lijkt een gebrek aan eigenaarschap een rol te spelen.** *“Ja, dat klopt. Maar dan moet het hun eigen rotzooi zijn. Die van de buurman mag wel blijven bestaan. Dit ziekenhuis bevordert dat ook door zijn RVE-structuur en daar dwars doorheen lopen dan ook nog de maatschappen. Dat bevordert dat silo-denken” (B3). Men ziet het probleem wel, maar schuift het af op de ander en denkt vooral aan zichzelf; “Bijvoorbeeld als ik chirurg ben dan vind ik het belangrijk dat het vooral voor mij als chirurg goed geregeld is. Als mijn collega, bijvoorbeeld de anesthesioloog, daar last van heeft dat boeit me dat eigenlijk niet, zo is de denkwijze” (IT6). En als het dan concreet wordt, bijvoorbeeld over het invullen van gegevens in het EPD, omdat een andere arts dat graag wil en jij dat niet nodig hebt, antwoord de arts: “Ik denk dat het ligt aan de vraagstelling en het probleem en hoe relevant die gegevens allemaal zijn voor mij. [...] Laat ik het zo stellen; als jij er 50 wil hebben dan mogen er van mij 50 gegevens in, maar het moet niet zo zijn dat ik alle 50 moet gaan invullen” (M2).*

Reflectie

Kijken naar anderen is één kan van de medaille. Maar hoe kijken de respondenten naar zichzelf? En is het nodig? Een arts over artsen: *“Dokters zijn stronteigenwijs. Ze denken allemaal dat ze de wijsheid in pacht hebben. Ik heb dat zelf ook wel een beetje. Als ik ergens van overtuigd ben dan moeten ze heel erg hun best doen om mij daar vanaf te krijgen, maar binnen het vak zijn er wel een aantal gebieden waarbij ik op de autoriteit van mijn collega’s af ga. Basaal zijn ze eigenwijs. Mensen met minder zelfkritiek zijn over alles eigenwijs” (M3). De vraag is hoe dat komt. De oorzaak ligt volgens de arts in het volgende:*

“Je bent toch redelijk individueel. Misschien denk je wel anders, maar grotendeels zit je toch in je eentje zonder al te veel intervisie. Maar tegen kritiek kunnen is, denk ik, niet de sterkste kant. Bijvoorbeeld dat hele intervisie-gebeuren is iets dat ook pas de laatste jaren een beetje boven water komt” (M3). Het lijkt daarbij wel uit te maken van wie de kritiek komt: *“Dat ligt eraan waarover het gaat. Er zijn bijvoorbeeld ICT-ers die graag op de doktersstoel gaan zitten en dat moeten ze niet doen. Ieder heeft zo zijn eigen vak en vanuit je eigen vak mag je best kritiek geven of een opmerking maken of suggesties doen. Daar heb ik geen moeite mee”* (M3). De ICT-er lijkt dit te begrijpen: *“Daarom zeg ik ook dat je een paar professionals hebben met een stukje leiderschap die het snappen en het aan hun collega’s kunnen uitleggen, want een arts zal minder snel iets van mij aannemen dan van een collega-arts”* (IT2). **Artsen zijn professionals en lijken daarmee minder gevoelig voor kritiek van anderen (overwegend niet-medici).** Dit lijkt ervoor te zorgen dat er een natuurlijke behoefte bij de arts bestaat om zijn visie te vormen op zaken die zijn primaire proces (patiëntenzorg) beïnvloeden. ICT is daar één van. En daarmee wordt het ingewikkeld als de ICT-er, als persoon, zich komt bemoeien met de ICT-voorzieningen van de arts.

4.4.3. Collectiviteit

Kenmerken aan een ziekenhuis (en vele andere organisaties) is de spanning die ontstaat bij de keuze om te handelen vanuit de belangen van het collectief of vanuit de eigen afdeling/team. Daar waar de gevolgen voor de eigen afdeling niet altijd positief uitpakken wanneer men kiest om de belangen van het collectief te dienen, ligt de spanning. Er is met de respondenten veel gesproken over de collectiviteit van het MST. **De indruk van de gesprekken is dat met name in de ogen van de niet-medici, artsen voornamelijk handelen vanuit het eigen belang en in mindere mate vanuit het collectieve belang. De niet-medici lijken dit in het algemeen te ervaren als een kernachtig probleem.** *“Des te meer je gaat automatiseren, des te meer het belangrijk wordt wat het beste voor de patiënt en het MST is en binnen dat kader ga je dan kijken wat het best is voor de chirurg. Het kan dus zijn dat je zegt tegen de chirurg dat ze wat extra moeten doen, want binnen het grote plaatje vinden we dat belangrijk. Dat geeft vaak het meeste weerstand”* (B3). En ook de organisatiestructuur wordt ervaren als een oorzaak: *“Het is een gebrek aan collectiviteit. Dat weet ik wel zeker. Dat is het probleem en dat wordt gevoed door de maatschappen en RVE. Die werken elkaar tegen en dus versterkt dat effect. Er zit geen gemeenschappelijkheid in”* (IT1).

Belangen

De casuïstiek lijkt ook een politieke dimensie te hebben, waarin belangen, invloed en macht kenmerkende elementen lijken te zijn: *“Dat is gewoon de macht van de maatschappen. Dan introduceren ze [de Raad van Bestuur] een visie waarin verschillende maatschappen zich niet meer herkennen, of ze gaan in tegen de belangen, of de waargenomen belangen van de maatschappen. En dan ontstaat de oppositie”* (B1). **Het**

valt voornamelijk op dat configuraties het voor zichzelf goed willen regelen, ten koste van het belang van de ander: *“Voor [eigen afdeling] hebben we dat al behoorlijk goed geregeld. We hebben alles in eigen beheer, behalve de IC. Maar dat is natuurlijk wel een essentieel deel, want je gaat van de OK naar de IC en dan naar de verpleegafdeling. Dus ze hebben als het ware een hap uit onze bedrijfsvoering genomen”* (M1). Hier wordt zelfs het collectieve belang ervaren als een nadeel: *“Ik denk dat het grootste deel van onze dokters het liefst alleen zou staan. Als een Duitse hartkliniek zeg maar.[...] Dat zou de wens zijn van de meeste dokters. En die ervaren het MST ook meer als een last dan als een lust. Maar je hebt natuurlijk wel fantastische faciliteiten. Je kan niet zeggen dat deze nieuwbouw een last, dat is natuurlijk een lust. Maar het oude gedachtengoed is wel dat ze het zelfstandig zouden willen doen. Ooit.”* (M1). **Het valt op dat de faciliteiten dan weer als lust lijken te worden ervaren; een collectief goed.** De ICT-er ziet het als volgt: *“De dokters voelen zich onderdeel van het MST, maar aan de andere kant hebben ze ook hun eigen organisatie die hun in feite financieel betaald. Dus ze hebben wel hun eigen belangengroep binnen het totaal”* (IT6). **Met name de ICT ervaart veelal de politiek van de artsen als vervelend en moeizaam;** *“...dan wordt het een politiek spel. Dat vind ik ook altijd erg jammer, maar dat is nu eenmaal niet anders. [...] Dan krijg je van die verhalen van, wij zijn nu heel zielig want wij hebben nu heel veel extra werk met wat jullie nu besluiten. Dat is misschien ook wel zo, ik zeg niet dat het niet waar is, maar vanuit het totaalplaatje is dit wel het beste voor de organisatie”* (IT2).

<p>CONCLUSIES:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De verschillen zitten met name tussen de configuraties (intra) en lijken niet zozeer binnen de configuratie (inter) te zitten; • Het kijken vanuit verschillende perspectieven naar dezelfde organisatie wordt regelmatig herkend, benoemd en bevestigd; • ICT-ers kijken anders naar de mogelijkheden van ICT dan artsen; • Hierbij lijkt de ICT-er meer rekening te houden met het perspectief van de arts, dan de arts met het perspectief van de ICT-er; • Ook lijkt de ICT-er zich meer te focussen op een meta-niveau en daarbij te redeneren vanuit het belang van het collectief, hetgeen de artsen vaak lijken over te slaan en zich, meer dan de ICT-er, richten op het eigen belang en op het micro-niveau (gebruikersniveau) t.o.v. ICT in het ziekenhuis van de toekomst; • Niet-medici lijken over het algemeen ervan overtuigd dat geld (eigen gewin) een relatief grote en belangrijke rol speelt voor de arts; • De indruk is dat artsen dit niet of nauwelijks een rol vinden
---------------------------	---

	<p>spelen;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt verschillend gedacht over of ICT ondersteunend of leidend is in een ziekenhuis. En ook over of ICT noodzakelijk is, of dat we zonder (moeten) kunnen; • De verpleegkundige lijkt weinig tot geen invloed te hebben op de visievorming over ICT; • Respondenten zijn overwegend sceptisch en zelfs negatief over bestuurders in het ziekenhuis. Het lijkt te gaan over een aversie en onbegrip; • Zelf lijken bestuurders hun rol te ervaren als dienend aan de maatschappij en de arts; • De problematiek lijkt groter worden ervaren dan de ICT, waarbij de slechte ICT het afvoerputje lijkt van andere conflicten; • Het valt op dat respondenten problemen wel zien en erkennen, maar aangeven dat de oplossing veelal bij de ander vandaan moet komen. Hierbij lijkt een gebrek aan eigenaarschap een rol te spelen; • Artsen zijn professionals en lijken daarmee minder gevoelig voor kritiek van anderen (overwegend van niet-medici). Ook lijkt er een natuurlijke behoefte te bestaan bij de arts om zijn visie te vormen op zaken die zijn primaire proces (patiëntenzorg) beïnvloeden. ICT is daar één van. En daarmee wordt het ingewikkeld als de ICT-er, als persoon, zich komt bemoeien met de ICT-voorzieningen van de arts; • De indruk bestaat dat, met name in de ogen van de niet-medici, artsen voornamelijk handelen vanuit het eigen belang en in mindere mate vanuit het collectieve belang. De niet-medici lijken dit in het algemeen te ervaren als een kernachtig probleem; • De casuïstiek lijkt ook een politieke dimensie te hebben, waarin belangen, invloed en macht kenmerkende elementen lijken te zijn; • Het valt voornamelijk op dat configuraties het voor zichzelf goed willen regelen, desnoods ten koste van het belang van de ander; • Het valt op dat de faciliteiten als lust lijken te worden ervaren; een collectief goed; • Met name de ICT ervaart veelal de politiek van de artsen als vervelend en moeizaam.
--	--

4.5. Toekomst

TOEK	Waartoe	11. Toekomst	Organisatie	Quinn,	Waar leidt dit
------	---------	--------------	-------------	--------	----------------

OMST		11.1. Dromen 11.1.1. Wensen	vs. individu	1996; Cooperride r, 2003	toe? / Wat zou je willen? / Wat als...? / Wie zou wat moeten doen? / Op welke voorwaarde?
	Wie	11.2. Durven 11.2.1. Initiatief 11.2.2. Leiderschap			
	Hoe/wat	11.3. Doen 11.3.1. Realiteit 11.3.2. Oplossingen 11.3.3. Voorwaarden			

4.5.1. Dromen

Een **bottum-up** verandering wordt door de respondenten relatief vaak genoemd als wens voor verandering in de organisatie. Specifiek op dit onderwerp komt het Lean Six Sigma-programma ter sprake, waarbij verandering door uitgelokte reflectie al wenselijke verandering wordt gezien. Deze ICT-er verwoordt in zijn eigen bewoording wat hij hiermee bedoelt: *“Ik denk dat je tien slimme mensen bij elkaar moet zetten en degene met het beste idee krijgt een MacBook Pro. Die mensen verbazen zich nog, omdat zij er vers inkijken. Als er een goed idee uitkomt dan is dat tienduizend keer die MacBook Pro waard, maar er zijn hier mensen die 2500 voor zo’n MacBook te veel vinden. Ik noem het ook wel ‘CURKen’: Creatief Uit het Raam Kijken”* (IT1). Een andere ICT-er komt met een soortelijk initiatief: *“Nouja, het blijft maar van boven naar beneden te druppelen. De tijd is er niet om van beneden naar boven te druppelen. Ga destijds maar eens een half dagje niks doen. En kom dan met wat slims. Want als je dan met iets slims. En daar kun je misschien wel voor iedereen een half dagje aan winst mee terugverdienen”* (IT5).

Wensen

De wens voor een meer collectief besef is breed gedragen. Niet enkel als oplossing voor de problematiek, maar ook drijfveer voor verbetering. *‘Je hebt te maken met hokjes-denken. Terwijl je vanuit ICT en bedrijfsvoering liever de focus op het totaal wilt hebben”* (IT6). En middel daartoe lijkt het patiëntbelang. **Ook dit lijkt een breed gedragen wens; het moet weer om te patiënt draaien.** Daar zit de drijfveer van medewerkers, volgens respondenten: *“ Als je kijkt naar de primaire zorg, wat voor ons allemaal geldt. Is dat de patiënt. Dus daar moet het om draaien”* (PM3).

4.5.2. Durven

Wat er moet gebeuren volgens een deel van de respondenten, overwegend ICT-ers, is een verandering van een beleidsmatige focus op ICT. **ICT moet volgens ICT-ers belangrijker worden voor bestuurders en artsen;** *“‘Focus’ noem ik dat even. Wat je mist is de focus dat ICT belangrijk is, zowel van de bestuurder en de artsen. Het is natuurlijk dubbel, want vanuit je vak kan je zeggen van dit is belangrijk en dit niet, maar het wordt zo duidelijk een onderdeel van wat je aan het doen bent. Durf dat onder ogen te zien, er is geen weg meer terug”* (IT6). Een bestuurder heeft het ook over focus en zegt: *“Het gaat*

niet van beneden naar boven en juist door interactie gaat je organisatie meer op mekaar aansluiten en die focus op 'samen' wordt daarmee ook versterkt, dan hebben we nodig" (B3). ICT zou daar een middel in kunnen zijn.

Initiatief

Het grootste deel van de respondenten is van mening dat het initiatief bij de artsen vandaan moet komen; "Dokters werken vanuit hun vak en hun is het medische. Daar zijn ze mee bezig en ICT is een bijzaak. Omdat ICT echter steeds belangrijker wordt, komt dat steeds dieper in hun medische proces te staan. Dat is de reden waarom ze juist sturend moeten zijn, want ze kunnen het wel aan de kant schuiven en het raakt ze steeds meer, maar ze er langzamerhand ook steeds meer hun voordelen uit halen. Dus deels doet het pijn, maar deels levert het ook weer voordelen op" (IT6). Met initiatief wordt hier bedoeld op visie. **De arts die meer in gaat zien dat ICT geen noodzakelijk kwaad is, dat zo veel als mogelijk geremd moet worden, maar een kans is, om in goed overleg en in positieve zin kan bijdragen aan het dienen van het patiëntbelang.** Dit zou volgens een deel van de respondenten moeten gebeuren door reflectie van de processen; "Wat een prachtig middel was geweest, is een eigen Lean Six Sigma-club. Die hadden we. [...] Dus als je genoeg van die mensen hebt, dan krijg je het bewustzijn dat je ook goed naar je processen moet gaan kijken. Mensen die daar dan echt wat in bereiken die moet je een plusje geven en daar haal je dan voldoende effort uit. Die mensen moet je ook echt ambassadeur maken voor verandering. Door de bezuinigingen is dit echter helemaal kaal geslagen" (B1).

Leiderschap

Er werd veel gesproken over leiderschap. Zoveel zelfs, dat de indruk ontstond dat het een containerbegrip leek te worden van oplossingen; "Alles begint met leiderschap" (IT3). Voor dit resultaatendeel zijn er twee trends het meest relevant, in het kader van de casuïstiek: de een gaat over **positioneel leiderschap**; "Ik denk dat het wel goed is als de discussie over de rol van ICT meer wordt gevoerd in de Raad van Bestuur. Ook vanuit het management" (B3). **Hierin wordt bedoeld op bewustwording en verandering van visie.** De andere gaat over **persoonlijk leiderschap** bij de arts: "Daarom zeg ik ook dat je een paar professionals hebben met een stukje leiderschap die het snappen en het aan hun collega's kunnen uitleggen, want een arts zal minder snel iets van mij aannemen dan van een collega-arts" (IT6). **Dit sluit aan bij eerder genoemde data over arts als professional, die de neiging heeft zelf een visie te vormen op alles wat het primaire zorgproces raakt.** Tot slot een ICT-er over de visie op digitalisering in het ziekenhuis. "Ja, het is gewoon een maatschappelijke richting die je ziet. We willen steeds meer geavanceerdere dingen doen, we willen steeds sneller. De populatie wordt ouder en dit soort bewegingen zijn er gewoon" (IT6).

4.5.3. Doen

Wat moet er gebeuren? En wat zou je doen met een paar miljoen? En waar kunnen we morgen mee beginnen en kost geen geld? Vanuit deze vragen is de verkenning richting de toekomst gestart. Eerst vanuit een relativeringsvraag zodat dromen en wensen past in de realiteit. En vervolgens de concrete oplossingen en de voorwaarden.

Realiteit

De groep van de medici lijkt te worden aangewezen als initiatiefnemers voor verandering (zie initiatief). Het is echter de vraag hoe zij aankijken tegen de mogelijkheden. Hetgeen daaraan opvalt, is dat zij meerdere wegen lijken te zien die naar succes leiden. Opmerkelijk, omdat eerder sprake van schijn was dat juist zij in behoorlijke mate gefixeerd zijn in hun configuratie, als het gaat om het verleden en het heden. Maar richting de toekomst is hun antwoord (en van anderen in gelijke strekking): *“In principe heb je maar één doel en dat is die patiënt. Laten we dat voorop stellen. En er zijn een aantal wegen die daar naartoe gaan en strikt genomen is de ene weg handiger dan de andere, maar onoverkomelijk zullen die meerdere wegen niet zijn. Dat zou klauwen met geld gaan kosten. Het een veelvoorkomend punt dat dingen te veel tijd kosten”* (M2). Het antwoord op de vraag wie ze hiervoor nodig hebben is ook opvallend: *“Bij sommige dingen klik je je wild om ergens te komen, terwijl als ik de eerste klik geef dan weet ik al waar ik wil zijn. Maar kunnen we dat veranderen: nee. Vaak is dat heel moeilijk. Dat komt vaak ook omdat mijn collega twee deuren verder vaak weer wat anders wil met hetzelfde knopje. Dat maakt het voor die jongens ook moeilijker, maar ik denk als je als dokter de vaardigheden had om zo’n EPD te bouwen dat er een ander EPD was gekomen”* (M3). **Het valt op dat zodra je uit de gesprekken stapt over de huidige problematiek en enkel naar de toekomst kijkt (met de artsen vooruit gaat kijken), zij blijk geven van een hoge mate van realiteitsbesef en begrip voor de rol, houding en beperkingen van de ICT-ers.** De arts kan het EPD simpelweg niet zelf bouwen en heeft dus de ICT-er gewoon nodig.

Oplossingen

Het eerste punt dat hierin naar voren kwam was **de weg richting collectieve focus, aan de hand van reflectie en verandering van perspectief**: *“Je ziet dat als je die dokters gaat verenigen in een stafbestuur dat ze de maatschappelijke belangen dan ook beter gaan zien. A, zit er natuurlijk een selectie van dokters die dat gaan doen en B, komen ze dan in contact met het bestuur, de maatschappij en de inspectie”* (B6). Een tweede punt dat door een relatief groot deel van de respondenten wordt aangedragen gaat over **persoonlijke relaties. Onbekend maakt onbemind en persoonlijk contact verbeterd de communicatie, dwingt respect af en stelt open voor verandering.** Een concreet punt in deze richting werd aangedragen door een ICT-er; *“Wat gaat helpen is een SSD. (Shared Service Desk). [...] Dat betekent dat je veel moet*

schakelen met die mensen. Je krijgt veel meer interactie. Op het moment dat ik jou niet ken, en je vraagt me iets, dan denk ik, waarom zou ik. Maar als we elkaar kennen, dan is dat anders. Want wij staan zo ver van elkaar af. En dat gaat gewoon helpen met zo'n SSD. Maar die stap moet wel worden genomen" (IT5). **Tot slot zou men voorzichtig kunnen concluderen dat de artsen een samenwerking met ICT wel lijkt te zien zitten, maar dan in voornamelijk in de vorm waarbij de arts de ICT'er vertelt wat hij moet doen en niet andersom; "Ons programma wordt als ICT'er opgezet, niet als dokter. Ik denk dat je per specifieke doelgroep één ICT'er op moet zetten en die samen om tafel moet laten zitten. Ik denk dat dan het begrip komt en dat ja op die manier iets makkelijker voor elkaar kunt krijgen"** (M2).

Voorwaarden

ICT vereist niet dat alle gebruikers ervan in hetzelfde gebouw zitten. Toen dit werd voorgelegd aan de respondenten viel het op dat men over het algemeen vindt dat **het ziekenhuis in hetzelfde gebouw, dus bij elkaar, moet blijven zitten**: *"Het ziekenhuis uit elkaar halen is niet verstandig. Het is makkelijker als je gewoon naast de deur zit dan dat je drie straten verder moet"* (M3). De reden wordt grotendeels gevonden in het **behouden van fysiek contact**. *"Je loopt makkelijker bij iemand naar binnen. Dat is puur fysiek. Hiernaast zitten de [ander specialisme] en vroeger zaten ze veel verder weg. Nu loop ik door de deur om even samen naar de foto te kijken. Het punt is ook dat je door dat contact de mensen beter kent en je weet makkelijker wat je aan elkaar hebt, maar als het alleen telefonisch blijft het altijd op hetzelfde niveau blijft hangen"* (M3). Vervolgens is het de vraag wie de verandering moet begeleiden en wat je daarvoor moet kunnen. Van een ICT'er kwam het volgende antwoord: *"Je moet goed kunnen communiceren. Je moet snappen wat mensen bedoelen. En je moet eigenlijk ook best wel snel kunnen denken. Snel kunnen inschatten, daar moet dat, daar moet dat. En dat is afhankelijk van het gebied"* (IT5). De arts wil een ICT'er die het 'snapt' en die hij kan vertellen wat hij wil, met name gelet op de lay-out. *"Waar je die gegevens neerzet maakt geen moer uit. Wat mij uitmaakt is hoe de voorgrond eruit zien waarmee je moet werken"* (M2). **Artsen lijken hiermee het gebruikersgemak een belangrijke voorwaarde te vinden en lijken daarmee met name resultaatgericht te kijken naar de toekomst van ICT in het ziekenhuis. De ICT-ers geven voornamelijk aan dat de manier waarop er wordt gecommuniceerd met de artsen over de ontwikkeling van het EPD belangrijk is en lijken daarmee met name te kijken naar het proces van totstandkoming van ICT in ziekenhuis van de toekomst.** Tot slot brengt één ICT'er een aantal punten. Hij vat zijn oplossing samen en heeft het over collectiviteit, wederzijds begrip, gelijke drijfveren, noodzaak en belangen die moeten lijden tot een andere *mindset*: *"Wat wel een cultuur / organisatiedingetje is, is 'hoe doen we samen dingen'. Als ik kijk naar hoe het proces binnen ICT ligt en wat zou je daaraan kunnen verbeteren, zit de kern in hoe we het beste samen dingen doen. Dus wat het beste is voor het MST en wat is het beste voor de*

patiënt. Als we die focus hebben, gaan dingen langzaam steeds beter op elkaar aansluiten en daar wordt je met elkaar efficiënter van, kun je betere kwaliteit halen, enz. Dat heeft niets met miljoenen te maken, maar ook met hoe dingen worden gestuurd. Het lastige nu met bezuinigingen is dat elke eenheid nu op de persoon wordt aangesproken. We moeten zuinig zijn en dat is een soort tegenkracht van het samen dingen doen. Er wordt namelijk gevraagd hoe jij een miljoen kan bezuinigen en als jij een miljoen gaat bezuinigen, ga je niet kijken naar hoe je dingen samen kunt doen. Misschien doe je dat wel een beetje, maar het is een andere mind-set'' (IT6).

<p>CONCLUSIES:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Een bottum-up verandering wordt door de respondenten relatief vaak genoemd als wens voor verandering in de organisatie; • De wens voor een meer collectief besef lijkt breed gedragen; • De wens dat het meer om de patiënt moet draaien lijkt breed gedragen; • ICT moet volgens ICT-ers belangrijker worden voor bestuurders en artsen; • Het grootste deel van de respondenten is van mening dat het initiatief voor verandering bij de artsen vandaan moet komen; • In de ogen van niet-medici zou de arts meer in moeten gaan zien dat ICT geen noodzakelijk kwaad is, dat zo veel als mogelijk geremd moet worden, maar een kans is om in positieve zin bij te dragen aan het dienen van het patiëntbelang; • Positioneel leiderschap wordt als wenselijk ervaren. Hierin wordt bedoeld op bewustwording en verandering van visie; • Persoonlijk leiderschap wordt als wenselijk ervaren. Dit sluit aan bij de arts als professional, die de neiging heeft zelf een visie te vormen op alles wat het primaire zorgproces raakt; • Artsen worden aangewezen als initiatiefnemers voor verandering; • Zodra je uit de gesprekken stapt over de huidige problematiek en enkel naar de toekomst kijkt (met de artsen vooruit gaat kijken) geven artsen blijk van een hoge mate van realiteitsbesef en begrip voor de rol, houding en beperkingen van de ICT-ers; • De weg richting collectieve focus, aan de hand van reflectie en verandering van perspectief, wordt als wenselijk ervaren; • Onbekend maakt onbemind en persoonlijk contact verbeterd de communicatie, dwingt respect af en stelt open voor verandering, zo is de mening van veel respondenten;
---------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none">• Artsen lijken een samenwerking met ICT wel te zien zitten, maar dan voornamelijk in de vorm waarbij de zijzelf de ICT-er vertellen wat hij moet doen en niet andersom;• De organisatie van zorg moet in hetzelfde gebouw (ziekenhuis) lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn;• Fysiek contact lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn;• Artsen lijken het gebruikersgemak een belangrijke voorwaarde te vinden en lijken daarmee met name resultaatgericht te kijken naar de toekomst van ICT in het ziekenhuis. De ICT-ers geven voornamelijk aan dat de manier waarop er wordt gecommuniceerd met de artsen over de ontwikkeling van het EPD belangrijk is en lijken daarmee met name te kijken naar het proces van totstandkoming van ICT in ziekenhuis van de toekomst.
--	---

5. Analyse

Er worden in deze analyse een viertal punten behandeld. Deze punten zijn gedestilleerd uit de conclusies die vet gedrukt staan opgesomd aan het einde van iedere paragraaf in het vorige hoofdstuk Resultaten en Conclusies. De vier punten uit deze analyse zijn relevant voor de casuïstiek, doordat ze passen in de eerder besproken theorie uit het hoofdstuk Literatuur. Tot slot sluit dit hoofdstuk aan op de aanbevelingen, die op hun beurt weer gekozen zijn omdat ze constructief zullen bijdragen aan een 'roadmap' richting de toekomst; één van twee doelen van dit onderzoek.

5.1. De invloed van de arts

“De organisatie van het MST wordt sterk beïnvloed door de arts”

Het valt op dat de artsen in het MST relatief en opvallend veel macht lijken te hebben. Deze macht is in de eerste plaats formeel, omdat deze door de organisatiestructuur (Resultaat Verantwoordelijke Eenheden) wordt geborgd; er zit in ieder bestuur van een RVE een arts en een bedrijfskundig manager. In de tweede plaats is deze macht informeel. Dit valt af te leiden uit de rol die de arts vervult, in de ogen van de andere actoren in het ziekenhuis. De arts wordt vanuit zijn rol gezien als eindverantwoordelijke voor alle zorgprocessen die vanuit de relatie arts-patiënt zijn georganiseerd. Hierdoor ontstaat de indruk dat de arts door zijn rol ook respect en aanzien krijgt van de andere actoren in het ziekenhuis. Dit zijn de verpleegkundigen, de ondersteunende diensten (waaronder ICT) en het bestuur. Wat ook opvalt aan deze thematiek is dat er sprake lijkt van een wisselwerking. Enerzijds vraagt de arts impliciet om macht, doordat hij aangeeft dit te verwachten van zijn collega's. Anderzijds vergaart hij macht door zijn kennisvoorsprong en onmisbaarheid. Simpel gezegd: zonder arts geen ziekenhuis. En dat lijken de artsen zelf goed te begrijpen en hier lijken ze ook naar te handelen. De andere actoren lijken dit beeld te bevestigen door aan te geven dat ze zich bewust zijn van hun dienende rol ten opzichte van de artsen. Zij geven aan in dienst te staan van de arts en ervaren dit ook zo. Wat beiden groepen bindt, zijn de zorgprocessen rondom de patiënt. Tot slot is de arts een professional. En als professional wil hij invloed, doordat hij zich betrokken voelt bij de organisatie van zorg. Het lijkt hierbij een sterke drijfveer van de arts te zijn om patiënten te helpen. Artsen geven aan gedreven te worden door 'alles voor de patiënt te laten draaien'. En bij processen die daar mee te maken hebben, lijkt de arts een bepaalde vorm van betrokkenheid te ervaren. De arts lijkt aan te geven een drang te voelen om zijn visie hierop kenbaar te maken en gedaan te krijgen. In die visie verschilt hij ook regelmatig van collega's. Dit maakt het besturen van een ziekenhuis politiek, waardoor beïnvloeding veelal via bestuurlijke kanalen verloopt. Veelal via relaties en een informele cultuur. Daarbij valt uit de gesprekken met de respondenten ook af te leiden dat dit in het MST een historie kent. Respondenten geven aan dat het al vele jaren op deze manier gaat. Het komt zeer regelmatig voor dat artsen direct naar de Raad van Bestuur lopen om

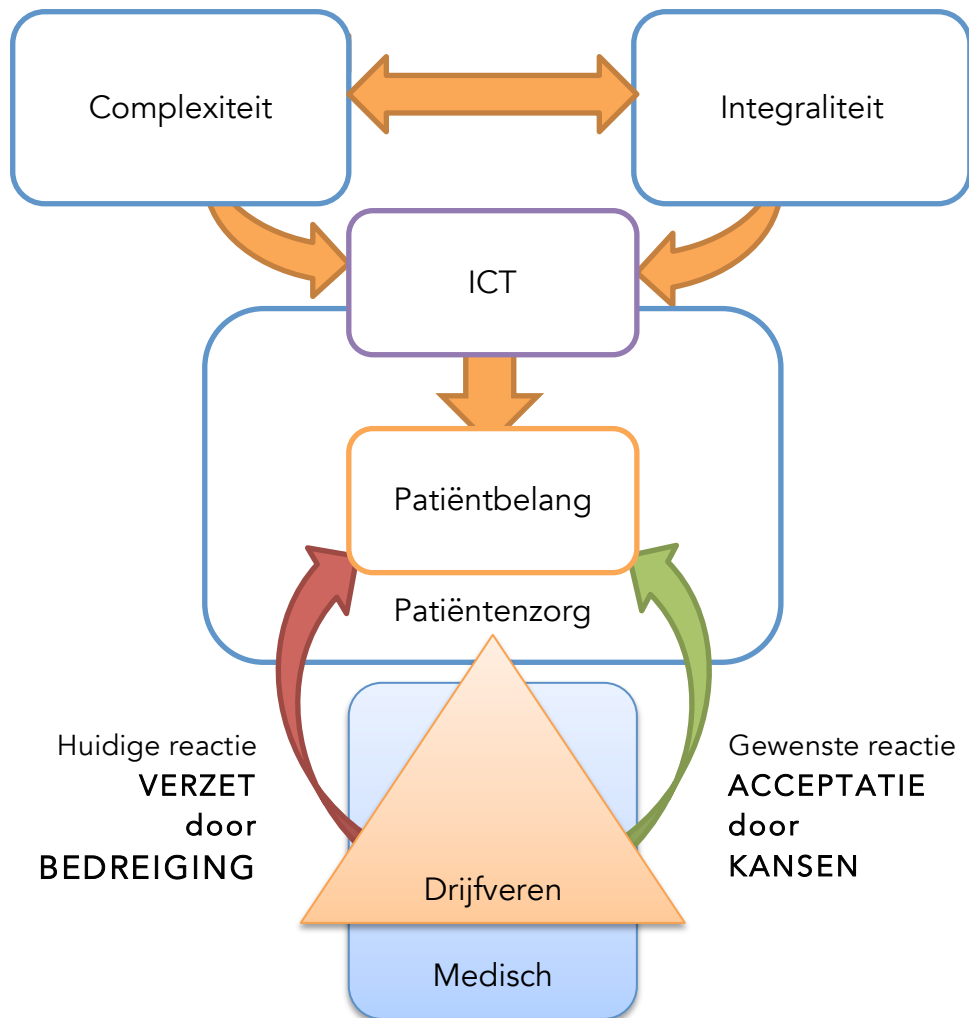
genomen besluiten aan te vechten en tegelijkertijd komt het regelmatig voor dat deze besluiten vervolgens worden teruggedraaid. De macht en invloed van de artsen lijkt daarmee ook in stand te worden gehouden, doordat het wordt beloond en bevestigd.

5.2. ICT als bedreiging

“De arts ervaart de veranderende rol van ICT in het MST als een bedreiging”

De arts lijkt sterk te worden gedreven door het feit dat hij de patiënt wil helpen. Dit kan doormiddel van het organiseren van zorgprocessen. De organisatie hiervan wordt de patiëntenzorg genoemd, waarbij het patiëntbelang als leidend wordt ervaren door de actoren in het ziekenhuis, waaronder de arts. De indruk ontstaat dat wanneer het patiëntbelang wordt aangetast, dit door de arts wordt ervaren als een bedreiging. ICT lijkt zo'n bedreiging te zijn, doordat de toepassing van ICT raakt aan deze patiëntenzorg en bijbehorende zorgprocessen. Enerzijds omdat het deze processen vervangt en anderzijds omdat het de processen ondersteunt. In de eerste plaats gebeurt dit via het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en in tweede plaats door (beeldvormende) technieken en digitalisering van administratie en processen. De mate van toepassing van ICT in het MST neemt hierbij toe. Steeds meer raakt het de belangen van de patiënt. De motieven om te digitaliseren en te automatiseren zijn legitiem. Uitgangspunt hierbij is dat het zal leiden tot efficiëntie. Dit is een beleidsmatig en organisatie-effectief motief van bestuurders en ICT-ers om ICT in toenemende mate te integreren in het zorgproces. Ook de arts lijkt dit te begrijpen, maar het zou goed kunnen dat hij er niet op is berust. In het MST heeft namelijk deze toenemende mate van integratie van ICT geleid tot een wildgroei van het ICT-landschap. Het gevolg is een slecht functionerend ICT-systeem dat zeer regelmatig hapert, traag is en ervoor heeft gezorgd dat toegang tot informatie dusdanig is gesegregeerd, dat het ineffectiviteit en inefficiëntie tot gevolg heeft gehad. Het raakt niet alleen het patiëntbelang *an sich*, maar doet dit ook nog eens op een negatieve wijze. De toepassing van ICT is ten koste gegaan van de patiënt. Daarbij kent het vanwege een tijdsframe van enkele jaren een historie. Dit beïnvloedt sterk de ervaring van de organisatie met ICT. Ook die van de arts. Deze historie heeft het ertoe geleid dat ICT een onzekere en onbetrouwbare factor is geworden in het zorgproces en daarmee de patiëntenzorg, vanuit het perspectief van de arts, in gevaar brengt. Het gevolg zou kunnen zijn dat de arts de toepassing van ICT als bedreiging ervaart. Daar komt mogelijk nog een versterkend effect bij, doordat de arts inziet dat de zorg complexer wordt. De toepassing van ICT zal dus om ook zorg-legitieme redenen moeten toenemen en verder moeten integreren in het zorgproces. Met als gevolg dat de arts nog afhankelijker wordt van ICT. Het zorgt daarmee voor een onzekere factor. En dat maakt dat het patiëntbelang in toenemende mate in gevaar dreigt te komen in de beleving van de arts, zo lijkt het. De manier waarop dit tot

uiting komt is oppositie. Tegengeluid en ongenueanceerde negatieve opvattingen van de arts over ICT. De discussie lijkt verharder en te leiden tot eenheidsdenken.



Afbeelding 5.1. Schematische weergave van de toename van ICT die als bedreiging wordt ervaren door de arts, die zich geraakt voelt in zijn drijfveer.

5.3. Gefixeerde configuraties

“De configuraties in het MST zijn gefixeerd”

In het hoofdstuk *Literatuur* is eerder gesproken over configuraties. Configuraties bestaan uit actoren die op zoek zijn naar begrip van hun omgeving. Dit doen ze door het geven van een betekenis aan hun werkelijkheid door hun zienswijze op hun eigen geconstrueerde realiteit, op basis van hetgeen ze ervaren (Gregen, 1999). Iedere groep van actoren die is geïnterviewd voor dit onderzoek is een configuratie. Zo zijn er de artsen, de verpleegkundigen, de bestuurders en de ICT-ers. In het theoretisch kader is onderbouwd uit welke concepten een actor uit een configuratie zijn werkelijkheid opbouwt. Hierop is de

actor ook bevraagd aan de hand van de concepten uit tabel 2.1. Uit de resultaten en conclusies hiervan is gebleken hoe deze werkelijkheden er voor iedere configuratie uitzien. Wat overblijft is de analyse van de configuraties, de vergelijking tussen de configuraties en het duiden van die analyse. Een opvallend punt van alle vier de configuraties is dat ze erg veel over de arts praten, veel over de bestuurder, weinig over zichzelf en nauwelijks over de verpleegkundige. Dit lijkt deels te maken te hebben met het eerste punt uit deze analyse: de invloed van de arts. Maar de indruk ontstaat ook nadrukkelijk dat de configuraties gefixeerd lijken te zijn. Er is sprake van fixatie wanneer configuraties zich steeds met dezelfde mensen, met dezelfde werkelijkheidsdefinitie en met dezelfde omgang met elkaar vormen, waardoor de interne homogeniteit toeneemt en de buitengrenzen verharderen (Termeer, 1993). De actoren uit het MST noemen dit zelf 'silo-vorming'. Het komt erop neer dat men niet langer reflecteert op zichzelf, en bij de eigen configuratie zoeken naar verbetering, maar verhard zijn in het kijken en beschuldigen van de andere configuratie. Het lijkt voort te komen uit een gebrek aan eigenaarschap, stellige overtuigingen over de andere configuraties, veelal gebaseerd op een lange historie ('de arts is een arrogante vent, gedreven door geld', 'de ICT-er snapt het toch niet', 'de bestuurder is een passant, 'de verpleegkundige doet er niet toe'). Wat daarbij tevens lijkt te ontbreken in de drijfveren van actoren, is een grote mate van gevoel voor het collectief; een collectiviteitsgevoel dat het handelen bepaalt. Je zou het ook 'een overtuiging dat men elkaar nodig heeft in het bereiken van een gemeenschappelijk doel', kunnen noemen. Vertrouwen lijkt een grote rol te spelen. Er lijkt weinig vertrouwen te bestaan vanuit de arts in de ICT-er. Dit zorgt ervoor dat de arts de ICT-er niet snel zal benaderen wanneer hij iets van hem nodig heeft. Dit heeft echter tot gevolg dat er weinig fysiek contact is tussen de twee configuraties. En de meeste communicatie die er is, gaat via mail of telefoon. Dit nodigt uit om afstandelijker en zakelijker te communiceren en lijkt de fixatie te versterken. Ook heeft het MST te maken met een flinke bezuinigingsopdracht met reorganisaties en onzekerheid als gevolg. Medewerkers lijken daarop instinctief te reageren door de focus van hun belangen en prioriteiten bij henzelf te leggen. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan. Gregen (2001) voegt daar aan toe dat mensen in ambigue situaties verward raken, omdat een situatie lastig te begrijpen is vanwege de meervoudige betekenissen en meerstemmigheid van actoren. Dit versterkt de fixatie en configuraties raken naar binnen gekeerd. Ze staan niet meer open voor onderhandeling. Dit wordt *cognitieve fixatie* genoemd. Ook sluiten configuraties andere actoren buiten en zitten ze vast in de onderlinge omgangsregels. Dit wordt *sociale fixatie* genoemd. Fixaties verbreden zich en de ene fixatie leidt tot de andere. Ook stagneren ze de groei en ontwikkeling en is er sprake van *stagnerend eenheidsdenken* (de Moor, 1998). Dit lijkt van toepassing op de casuïstiek van het MST.

5.4. Uitgangspunten, focus en belangen

“Gelijke uitgangspunten, verdeelde en ongelijke focus en belangen in het MST”

Dit onderzoek begon met het overzicht in afbeelding 5.2. Inmiddels zijn de onderdelen ‘waar staan we nu’, ‘waarom’ en ‘t.o.v. wie’ besproken in deze analyse. Wat overblijft zijn ‘waar willen we naartoe’, ‘hoe komen we daar’ en ‘wat hebben we daar voor nodig’. De analyse op deze punten wijst uit dat de configuraties elkaar vinden als het gaat om het punt op de horizon (waar willen we naartoe) en in de uitgangspunten die daar voor gelden. Als het gaat om de weg daar naartoe (‘hoe komen we daar’ en ‘wat hebben we daar voor nodig’) verschillen de focus op belangen en de verdeling van de uitgangspunten ten



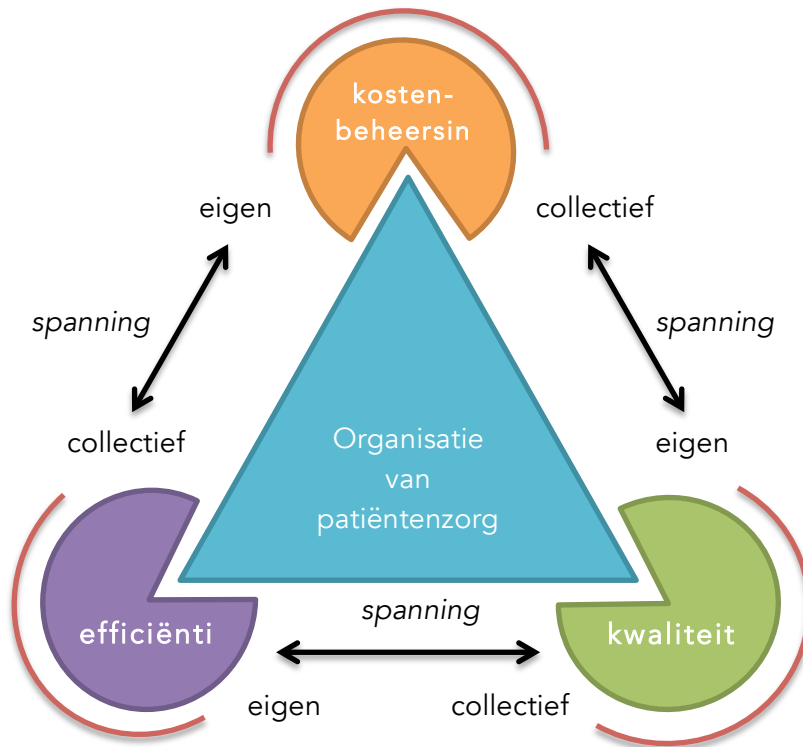
opzichte van elkaar.

Afbeelding 5.2. Schematisch overzicht onderzoeksopzet

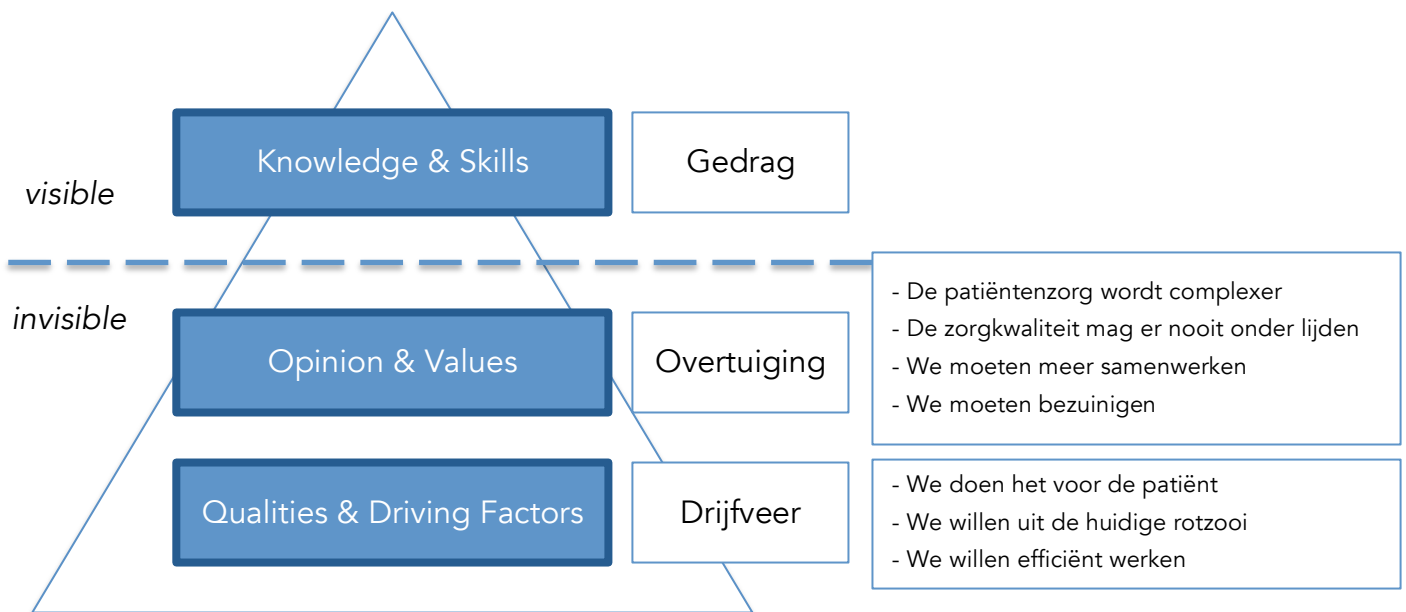
Ten eerste de overeenkomst in de ‘waartoe’. Er moet een nieuw EPD komen in het MST. Daar is geen twijfel over mogelijk en alle configuraties zijn het op dat punt met elkaar eens. Een grote drijfveer daarin lijkt de wens om uit ‘de huidige rotzooi’ te willen. Er lijkt dus een veranderkracht te liggen in de gedeelde onvrede over de huidige situatie. Dat maakt naar verwachting de vraagstukken hanteerbaarder en het realiseren van ambities gemakkelijker. Door dit met elkaar in organisaties te doen, ontstaat er een positieve basis voor leren en energie voor vernieuwing (Quinn, 1996). Ook is de respondenten gevraagd welke uitgangspunten zij zien voor een nieuw EPD. Hierin vallen een drietal zaken op, waarin de gedeelte overtuiging lijkt te zitten. Dit zijn de volgende uitgangspunten; kostenbeheersing (1), efficiëntie (2) en kwaliteit (3). Allen in het belang van de patiënt en de patiëntenzorg. Waar de verschillen zich lijken voor te doen, is daar waar het lijkt te gaan om focus. Zowel in de belangen als in de uitgangspunten. De arts lijkt kwaliteit en efficiëntie prioriteit van focus

te geven. En het geld lijkt hem minder te interesseren. De bestuurder lijkt kostenbeheersing en tevreden artsen focus te geven. De ICT-er lijkt efficiëntie en kwaliteit belangrijke aandachtsgebieden te vinden. Tot slot ontstaat het beeld dat de verpleegkundige vooral kwaliteit belangrijk acht. Daarbij spelen er ook nog eigen belangen mee die conflicteren met het collectieve belang. De bestuurders en de ICT-ers denken met name vanuit het collectieve belang. Zij zien het als een maatschappelijke taak de zorgprocessen in te richten, zodat dit goed aansluit op de omgeving en willen graag alle artsen tevreden houden. Hierbij is sprake van een subject-subject (Voogt 1990). De artsen lijken overwegend te redeneren vanuit hun eigen belang. Zij willen hun eigen zaken goed regelen voor zichzelf en geven niet of nauwelijks om andere afdelingen of het collectief. De nuancering moet plaatsvinden als het gaat over het verschil tussen beseffen en handelen. De arts lijkt zich wel te beseffen dat het belangrijk is om in het collectief te denken, maar lijkt zodra dit concreet wordt én ten koste gaat van hun eigen belang, met name te focussen op het eigen belang. Ook lijken zij minder waarde te hechten aan samenwerking en zien de noodzaak tot samenwerking minder dan de andere configuraties. Deze twee verschillen van focus tussen het eigen belang en het collectieve belang beïnvloeden elkaar, waardoor er mogelijk spanning ontstaat. Deze spanning kan deels te maken hebben met het eerder besproken punt over inbreuk van toenemende ICT in het patiëntbelang, maar ook met de eerder besproken gefixeerde werkelijkheid van de artsen. Gecombineerd met het eerste punt uit deze analyse, de grote invloed van de arts, ligt hier veranderkundig de grootste uitdaging richting de toekomst van de rol van ICT in het MST:

“Hoe kan het MST, in een situatie waarin het door een toenemende complexiteit van zorg, het huidige slechte ICT-landschap en in financieel uitdagende tijden, noodzakelijkerwijs moet overstappen naar een nieuw EPD, richting de toekomst, waarbij een verdere integraliteit van ICT in het zorgproces en daarmee in het patiëntdomein plaatsvindt, zichzelf verder ontwikkelen, terwijl de arts die, als gefixeerde configuratie en tevens sterke beïnvloeding van het organisatiebeleid vanwege een zichzelf in standhoudende machtsrol, deze verdere integraliteit als bedreiging ervaart en – in veelal verschillend perspectief van andere artsen – overwegend handelt vanuit een eigen belang in plaats van het collectieve belang?”.



Afbeelding 5.3. Schematische weergave van de uitgangspunten, de belangen en focus.



Afbeelding 5.4. Schematische weergave overeenkomsten van de overtuigingen en drijfveren.

6. Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft twee doelen. Enerzijds is het verkrijgen van inzicht in de spanning tussen de zorgprocessen en ICT. Dit is geanalyseerd in het vorige hoofdstuk. En anderzijds is het het schetsen van een 'roadmap' richting de toekomst. Dat wordt in dit hoofdstuk besproken in de vorm van aanbevelingen. Leidend voor deze aanbevelingen is de theorie van Robert Quinn (1996) over *Positive Organizing* en de theorie van David Cooperrider (2003) over *Appreciative Inquiry*. Uitgebreide toelichting hierop staat in het hoofdstuk Literatuur. Kort samengevat veronderstellen beiden dat je werkt vanuit een acceptatie van de status quo, richting de toekomst. In dit onderzoek richten de aanbevelingen zich op het reflecteren op zorgprocessen (1) door het scheppen van condities (2) door dominante coalities (3). Hier liggen technieken en motivaties aan ten grondslag die aansluiten bij het theoretisch kader en de bevindingen uit de resultaten en de analyse.

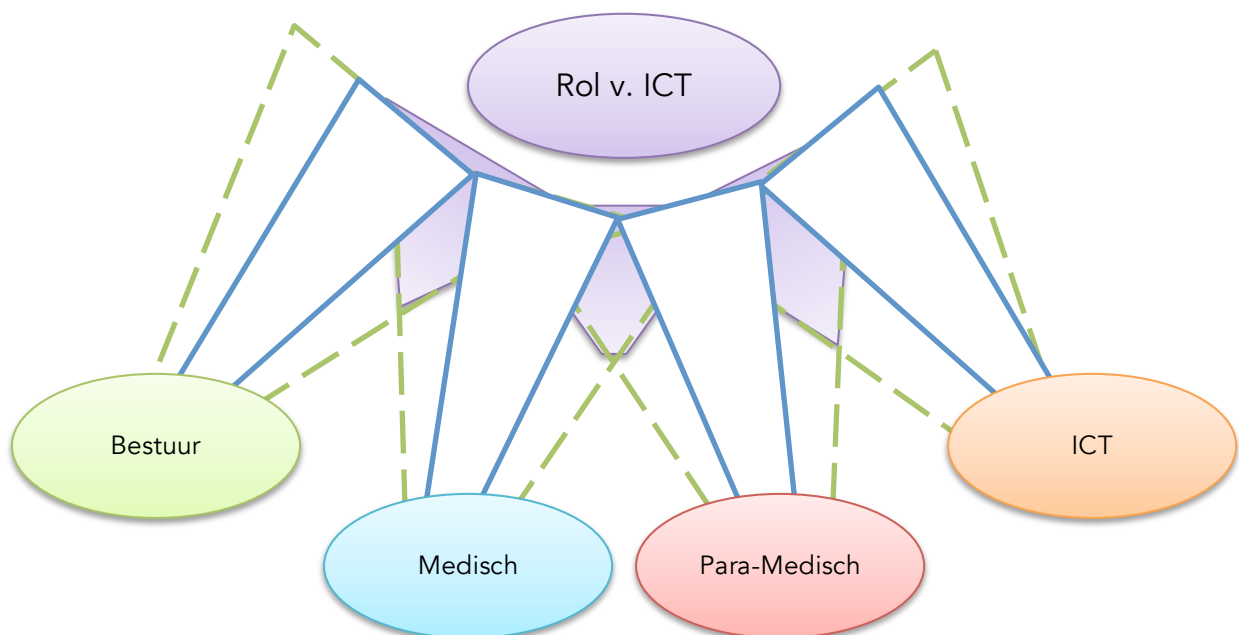
6.1. Reflecteren op zorgprocessen

In het hoofdstuk Literatuur is omschreven dat configuraties met elkaar in gesprek moeten gaan aan de hand van collectieve betekenisgevingsprocessen (Weick, 1995). Om vanuit de analyse te redeneren, is het raadzaam om reflectie toe te passen op de huidige zorgprocessen. Voordat begonnen kan worden met het digitaliseren van stappen in het zorgproces moet namelijk duidelijk worden welke stappen er worden gezet, waarom die worden gezet en of het wenselijk is om die te digitaliseren, of dat het beter is om dit te behouden. In een dynamische situatie wordt voortdurend gereflecteerd, maar in een gestagneerde situatie gaat reflecteren niet vanzelf. Doordat er in het MST sprake lijkt van gefixeerde configuraties, die vanwege een ambigue omgeving gestagneerd zijn en een defensief karakter vertonen, zou men de reflectie als het ware moeten uitlokken (Van Dijk, 1989; Voogt, 1990; Termeer, 1993).

6.1.1. Veranderen door co-creëren

Schön (1983) stelt dat de professional die niet reflecteert op zijn eigen betekenisgevingsprocessen, zijn intuïtieve begrip impliciet houdt en dus ook niet weet wanneer hij de grenzen ervan bereikt: *'A redirection of attention to the system of knowing in practice and to reflection in action itself is needed'*. Dit leren ligt volgens Schön op een ander systematisch niveau en omvat zowel de betekenissen als het betekenis gevende proces. Het is een zogeheten derde-ordeleerproces waarin de aandacht van de situatie naar het reflectieproces zelf verschuift. Schön (1983) noemt dit *reflection on reflection in action*. Deze laag in een veranderingsproces richt zich dus op de wijze van betekenisgeven. De doelstelling van het *reflection on reflection in action* proces is om de zelfsluitende wijze van betekenisgeving te herzien in een niet zelfsluitende wijze van betekenisgeving. Het is dus een gezamenlijk proces van geven en nemen, van stellen en onderzoeken, samen opbouwen en uitwerken. Dit betekent echter ook dat de werkelijkheidsdefinities van de verandermanager onderwerp van gesprek zijn. De relatie die daarbij ontstaat, is vergelijkbaar met de relatie tussen een onderzoeker en onderzochte in postmodern

actieonderzoek. Hierin wordt gesteld dat elke interpersoonlijke relatie tussen onderzoeker en onderzochte over iets (X) gaat. Onderzoeker, onderzochte en X beïnvloeden elkaar en de onderlinge relaties kunnen niet worden begrepen zonder het geheel in beschouwing te nemen. Om een gewenste situatie (X) te bereiken moeten de interne weergaven over zichzelf, de andere en X worden uitgewisseld. Alleen door het uitwisselen van de eigen rationales kan overeenstemming ontstaan over doelen achter X, context waaruit deze doelen voortvloeien, benodigde acties om X te bereiken, belang van de doelen en de geschiktheid van de methode. Dit is toepasbaar in de casuïstiek van het MST. De verschillende actoren hebben elkaar nodig en zullen met elkaar in gesprek moeten gaan om hun werkelijkheden te 'onderhandelen'. Dat lost de fixaties op en maakt ruimte voor begrip en gedeelde werkelijkheden en geeft uiteindelijke bereidheid te veranderen.



Afbeelding 6.1. *Het verbreden van gefixeerde configuraties leidt tot overeenkomsten en bereidheid te veranderen*

6.2. Scheppen van condities

Aansluitend op de vorige paragraaf is de vraag: hoe kunnen de gefixeerde configuraties worden verbreed? Het bewuste betekenisgevingsproces kan worden afgedwongen door een onzekere of ambigue situatie te creëren waarin de gebruikelijke betekenissen niet meer voldoen. (Schon, 1983; Weick, 2005; Rogers, 2001). Uitgaande van reflecteren als bewust betekenisgeven, kan de ambigue situatie worden gecreëerd door het introduceren van (Van Dijk, 1989; Voogt, 1990; Termeer, 1993):

- Nieuwe actoren
- Nieuwe werkelijkheidsdefinities
- Nieuwe omgangsregels

6.2.1. *Gebruik de chaos!*

Termeer (1993) noemt dit het vergroten van de variatie door confrontatie. In het MST zou dit kunnen betekenen: gebruik de chaos. Start met de aankondiging van de implementatie van een nieuw EPD. Op dit moment voelen medewerkers collectief dat het niet langer zo kan en ze ervaren dagelijks de ongemakken van de financieel slechte situatie van het ziekenhuis. Het zou goed denkbaar zijn vanuit deze gedeelde collectiviteit een traject te starten waarin men ziet en ervaart elkaar nodig te hebben richting de toekomst. De dokter kan in deze tijden niet zonder ICT-er, verpleegkundige en bestuurder de patiënt helpen. Dit geldt ook voor de andere actoren. Met deze werkelijkheid moet men geconfronteerd worden. Wat betreft de timing is het een kwestie van interpretatie. Tenslotte kan zelf worden gekozen waarmee dit traject start. Dat kan ook met het onderzoeken van de betekenisstructuren en werkelijkheidsdefinities in het kader van een nieuw EPD, in plaats van met het bepalen welke knop waar in het scherm geplaatst moet worden en welke actie moet doen inzetten. Van Dijk (1989) noemt dat de nieuwe werkelijkheidsdefinities niet te veel moeten afwijken van het oude. Ook moet er een goede sociale binding ontstaan tussen de actoren. Het is dus belangrijk te investeren in de onderlinge relaties. Dit zou kunnen door sessies buiten het ziekenhuis plaats te laten vinden. Wat betreft de omgangsregels zou het een optie kunnen zijn met elkaar af te spreken alleen te handelen vanuit overeengekomen werkelijkheidsdefinities, of een deel daarvan. Bijvoorbeeld een collectief belang van de patiënt. Intervenieren wordt hierbij gezien als het scheppen van condities voor reflectie door het creëren van ambiguïteit, tijd en structuur. Ambiguïteit volgt na het introduceren van nieuwe definities, actoren en/of omgangsregels.

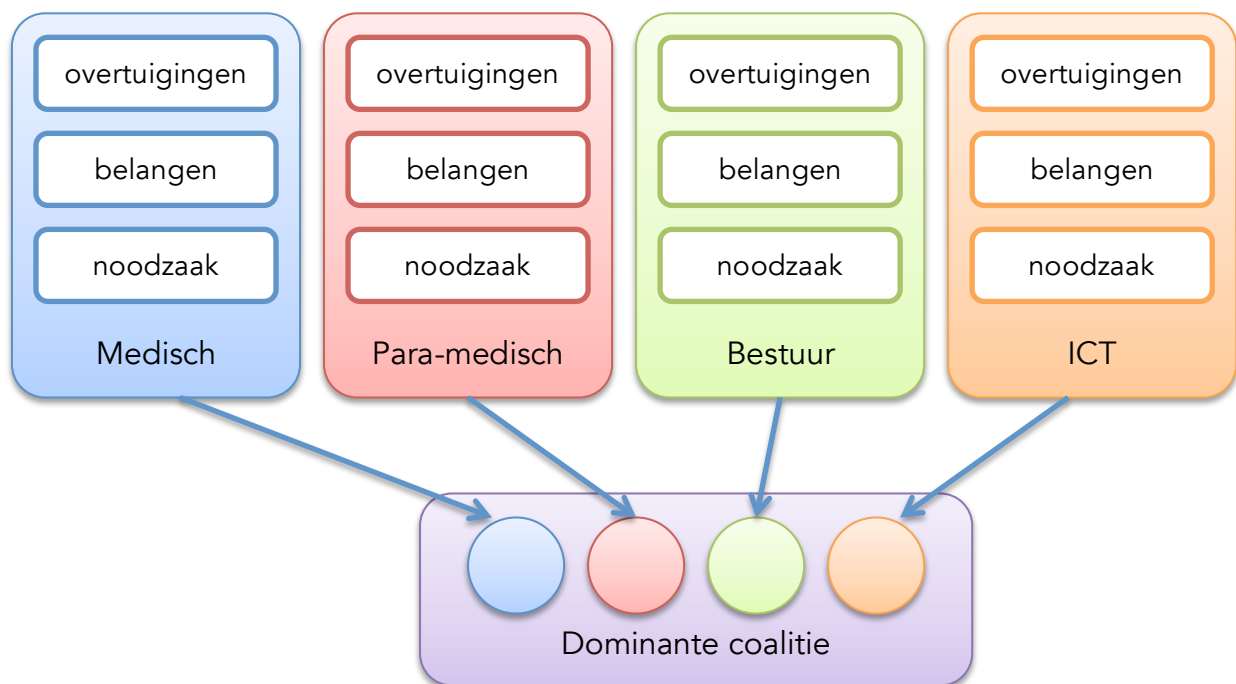
6.3. *Dominante coalities*

Vanuit de gedachte van *positive organizing* kunnen we stellen dat de *status quo* is dat artsen veel macht en invloed lijken te hebben. Zonder dat te veranderen, zou men bij het MST kunnen kijken of die waarneming zoveel als mogelijk in een positieve zin kan worden 'gebruikt'. Bijvoorbeeld in een werkelijkheidsvorming over de rol van ICT in het ziekenhuis van de toekomst. Ervaringen van respondenten werpen een eerder geconstateerd beeld op van verschillende gefixeerde configuraties. Het gebrek aan contact tussen gebruikers en ontwerpers wordt versterkt door de heersende institutionele en culturele scheiding tussen verschillende werelden. ICT-ers klagen dat ze niet weten wat artsen willen en artsen klagen over systemen die niet passen in hun workflow (Institute of Medicine 2012). Het succes is te zoeken in beide kanten: ook artsen moeten hun workflow kunnen aanpassen, als dat nodig is. Hierin moeten ze getraind worden (Wears & Berg, 2005). Gregen (2001) voegt daar aan toe dat mensen in ambigue situaties verward raken omdat een situatie lastig te begrijpen is vanwege de meervoudige betekenissen en meerstemmigheid van actoren. Gregen (2001) pleit daarom voor dialoog waarin mensen in directe interactie met andere nieuwe betekenissen construeren van hun sociale werkelijkheid en ruimte creëren voor het veranderen van de eigen situatie. Dit sluit aan bij de vorige aanbeveling. Een manier waarop dit kan, is door het creëren van dominante coalities.

6.3.1. *Leer de ander kennen en waarderen!*

De vorming van de dominante coalitie zou ertoe moeten leiden dat alle relevante actoren die te maken hebben met de rol van ICT van de toekomst van het ziekenhuis zijn vertegenwoordigd in deze groep. In lijn met de voorgaande aanbevelingen zou het er ook toe moeten leiden dat men elkaar leert kennen en waarderen. Door met elkaar te onderhandelen over de werkelijkheden (eerdere aanbeveling) ontstaat onderlinge binding en een gevoel van afhankelijkheid. Uiteindelijk is het van belang elkaar 'te vinden' op gelijke gronden. Uit dit onderzoek kunnen er alvast een aantal worden geïndexeerd:

- Drijfveer: We doen het voor de patiënt
- Drijfveer: We willen uit de huidige rotzooi
- Drijfveer: We willen efficiënt werken
- Overtuiging: Het zorgpad voor de patiënt wordt complexer
- Overtuiging: Wat we ook doen, de kwaliteit van zorg mag er nooit onder leiden
- Overtuiging: We moeten meer samenwerken
- Overtuiging: We moeten bezuinigen
- Noodzaak: Haperend ICT landschap



Afbeelding 6.2. Schematische weergave van een mogelijke dominante coalitie binnen het MST

7. Literatuurlijst

- Aarts, J. et al. 2004. 'Understanding implementation: the case of a computerized physician order entry system in a large Dutch university medical center.' *Journal of the American Medical Informatics Association* 11(3):207-216
- Aarts, J. et al. 2004. 'Understanding implementation: the case of a computerized physician order entry system in a large Dutch university medical center.' *Journal of the American Medical Informatics Association* 11(3):207-216.
- Aarts, J., & Peel, V. (1999). Using a descriptive model of change when implementing large scale clinical information systems to identify priorities for further research. *International journal of medical informatics*, 56(1), 43-50.
- Åkesson, K. M., Saveman, B. I., & Nilsson, G. (2007). Health care consumers' experiences of information communication technology—a summary of literature. *International Journal of Medical Informatics*, 76(9), 633-645.
- Ammenwerth, E., Brender, J., Nykänen, P., Prokosch, H. U., Rigby, M., & Talmon, J. (2004). Visions and strategies to improve evaluation of health information systems: Reflections and lessons based on the HIS-EVAL workshop in Innsbruck. *International journal of medical informatics*, 73(6), 479-491.
- Babbie, E. 2003. *The practice of social research*. Belmont
- Bekman, A. (2005). *Adviseren in verandering*. Assen: Van Gorcum
- Berg, M. (2003). *Health information management: Integrating information and communication technology in health care work*. Routledge.
- Bergsma, M. (2004). *Betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief geörienteerde operational audits. Methoden en technieken die de betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief georiënteerde audits waarborgen*. Den Haag: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Blumer, H. (1954). What is wrong with social theory? *American sociological review*. Official Journal of the American Sociological Society, 19(1), 3-10.
- Boonstra, A., & Broekhuis, M. (2010). Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians form systematic review to taxonomy and interventions. *BMC Health Services Research* 10/231.
- Boonstra, J., & Caluwé, L. D. (2006). *Interveniëren en veranderen. Zoeken naar betekenis in interacties*.
- Boonstra, J. (2004). *Dynamics of organizational change and learning*. Chischester: Wiley
- Bouwen, R. (1994). Onderzoek als interventie en interventie als onderzoek. *Gedrag en Organisatie*, 6, p.367-387
- Bowen, G, A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 1-9.
- Braster, J.F.A. 2000. *De kern van casestudy's*. Assen: Van Gorcum & Comp
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.

- Burrell, G., & Morgan, G. (1979). *Social paradigms and organizational analysis: Elements of the sociology of corporate life*.
- Cooperrider, D.D. (2003) *Appriiative Inquiry Handbook: the first in a series of AI workbooks for leaders of change*. Lakeshore Publishers, Bedford Heights
- Cresswell, K.M. (2004). 'Integration of a nationally procured electronic health record system into user work practices.' *BMC medical informatics and decision making* 12(1):15.
- Denison, D. R. (1990). *Corporate culture and organizational effectiveness*. John Wiley & Sons
- Dongen, H.J. van, De Laat W.A.M & Maas, A.J.J.A. (1996). *Een kwestie van verschil*. Eburon, Delft
- EHealth (2011). Wanneer is E-health verzekerde zorg? Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-wwww/kwaliteit/projecten/ehealth/ehealth/ehealth/zinl%3Aparagraaf%5B2%5D/zinl%3Adocuments%5B4%5D/notitie-wanneer-is-ehealth-verzekerde-zorg-29-november-2011/Notitie+Wanneer+is+eHealth+verzekerde+zorg+29+november+2011.pdf> (11 augustus 2016)
- Fahey, P., Harney, C., Kesavan, S., McMahon, A., McQuaid, L., & Kane, B. (2011, June). Human computer interaction issues in eliciting user requirements for an Electronic Patient Record with multiple users. In *Computer-Based Medical Systems (CBMS), 2011 24th International Symposium on* (pp. 1-6). IEEE.
- Feltmann, C.E. (1984). *Adviseren bij organiseren. De perscombinatie*, Amsterdam
- Fleisch, E.: What is the Internet of Things? When Things Add Value. In: *Auto-ID Labs White Paper WP-BIZAPP-053*, Auto-ID Lab, St. Gallen, Switzerland (2010)
- Gregen, K.J. (1999). *An invitation to social constructruction*. Sage, London
- Gregen, K.J. (2001). *Social constrction in context*, Sage, London
- Handel, D.A., Wears, R. L., Nathanson, L.A., & Pines, J.M. (2011). Using information technology to improve the quality and safety of emergency care. *Academic emergency medicine*, 6, 45-51.
- Harrison, M. I., Koppel, R., & Bar-Lev, S. (2007). Unintended consequences of information technologies in health care—an interactive sociotechnical analysis. *Journal of the American medical informatics Association*, 14(5), 542-549.
- Hoff, T. (2011). Deskillling and adaptation among primary care physicians using two innovations. *Health Care Management Review* 36(4), 338.
- Hollin, I., Griffin, M., & Kachnowski, S. (2012). How will we know if it's working? A multi-faceted approach to measuring usability of a specialty-specific electronic medical record. *Health informatics journal*, 18(3), 219-232.
- Hosking, D.M. (2004). *Change works; A critical construction. Dynamics of organizational change and learning*. Wiley, Chichester
- IGZ (2011). *Rapport staat van de gezondheidszorg 2011*. Utrecht, Inspectie voor de gezondheidszorg.

- Kessener, B. (2003). Reflecteren, meer dan evalueren. *Management en Consulting*, 5, p. 28-31
- Killingsworth, B. et al. 2006. 'An integrative health information systems approach for facilitating strategic planning in hospitals.' *Health care management review* 31(2):119-129
- Kotter, J. P., & Heskett, J. L. (1992). *Corporate culture and performance*. New York, Free Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage
- Maas, A.J.J.A. (1988). *Ongedefinieerde ruimten*, Eburon, Delft
- Magala, S. J. (1995). *The Making and Unmaking of Sense: The Emergence of a New Paradigm in Organizational Sciences*. Erasmus Universiteit/Rotterdam School of Management, Faculteit Bedrijfskunde.
- Mattern, F., & Floerkemeier, C. (2010). From the Internet of Computers to the Internet of Things. In *From active data management to event-based systems and more* (pp. 242-259). Springer Berlin Heidelberg
- Maxwell JA. *Qualitative Research Design. An interactive approach*. Applied Social Research Methods Series Volume 41. Thousand Oaks, London New Delhi: Sage Publications, 1996.
- McClelland, D. C. (1985). *How motives, skills, and values determine what people do*. *American Psychologist*, 40(7), 81
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Moor, W. de (1998). Organisatieverandering: een constructionistisch perspectief. *M&O: Tijdschrift voor Management en Organsatie*, 6, p. 45-61
- Mortelmans. D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Tweede druk. Leuven: Acco.
- Pearce, C., Shachak, A., Kushniruk, A., & de Lusignan, S. (2009). Usability: a critical dimension for assessing the quality of clinical systems. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 17(4), 195-198.
- Piras, E. M., Purin, B., Stenico, M., & Forti, S. (2010). Prototyping a personal health record taking social and usability perspectives into account. In *International Conference on Electronic Healthcare* (pp. 35-42). Springer Berlin Heidelberg.
- Plochg, T., & Van Zwieten, M. C. B. (2007). *Kwalitatief onderzoek*
- Porter, S. (1991). A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of advanced nursing*, 16(6), 728-735.
- Quinn, R. (1996). *Deep change: discovering the leader within*. Jossey Bass, San Francisco
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2011). Medisch Technologische ontwikkelingen zorgen 20/20. Geraadpleegd via <https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/medischtech.ontwikkelingen.pdf> (13 augustus 2016)

- Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). *Dieptief kwalitatief onderzoek*. Nijmegen: Radboud Universiteit
- Sahama, T., Gajanayake, R., Lane, B., & Iannella, R. (2013). Accountable-ehealth systems: The next step forward for privacy. *Electronic Journal of Health Informatics*, 8(2), 11.
- Shekelle, P.G., Morton, S.C., & Keeler, E.B. (2006). Costs and benefits of health information technology. *Evid Rep Technol Assess* 132, 1-71.
- Swanborn, P.G. 1996. *Methoden van social-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel.
- Termeer, C.J.A.M. (1993). *Dynamiek en inertie rondom mestbeleid: een studie naar veranderprocessen in het varkenshouderijnetwerk*. Vuga, Den Haag.
- Van Bommel, J.H. (2011). People and ideas in medical informatics- a half century view. *Yearbook Medical Informatics* 6(1), 175 – 182
- Van Eekeren, P., & van Zuilen, G. (2016). De keuzes zijn gemaakt. *Zorgvisie ICT*, 17(3), 26-29.
- Voogt, T. (1990). *Managen in een meervoudige context*. Eburon, Delft.
- Weick, K. (1979). *The social psychology of organizing*. Random House, New York.
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Sage, Thousand Oaks, CA
- Yin, R. 2003. *Case study research. Design and methods*. California: Sage Publications