

# Ervaringen van de verpleegkundigen met de methode Real-Time Demand Capacity in het Radboudumc

---

*Master thesis Radboud Universiteit Nijmegen*

Naam: Brenda Hulscher

Studentnummer: 1009539

Radboud Universiteit Nijmegen

Faculteit der Managementwetenschappen

Opleiding Bestuurskunde

Master thesis

Begeleider RU: Dr. S. Stiller

Begeleider Radboudumc: Dr. D. de Jong

## Colofon

Titel	Ervaringen van de verpleegkundigen met de methode Real-Time Demand Capacity in het Radboudumc
	Radboud Universiteit Nijmegen Faculteit der Managementwetenschappen Opleiding Bestuurskunde Master thesis
Auteur	Brenda Hulscher
Studentnummer	1009539
E-mail	<a href="mailto:hulscherbrenda@hotmail.com">hulscherbrenda@hotmail.com</a>
Datum	Juli 2019
Begeleiding RU	Dr. S. Stiller
Begeleiding Radboudumc	Dr. D. de Jong
Trefwoorden	Real-Time Demand Capacity, discretionaire ruimte, urgentie, gedeeld belang, vertrouwen, samenwerking

# Radboud Universiteit



## Voorwoord

Voor u ligt de thesis “Ervaringen van de verpleegkundigen met de methode Real-Time Demand Capacity in het Radboudumc”. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen aan de master Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit. Dit afstudeertraject heeft plaatsgevonden voor mij, Brenda Hulscher, vanaf 11 maart 2019 voor de opdracht Adviesgroep Procesverbetering en Implementatie. Graag zou ik voordat u het onderzoek gaat lezen een aantal mensen willen bedanken.

Ten eerste wil ik mijn begeleider dr. Sabina Stiller bedanken. Tijdens de terugkomsessies heb ik de nodige feedback, hulp en tips ontvangen voor het schrijven van mijn thesis.

Ten tweede wil ik mijn stagebegeleider dr. Daan de Jong bedanken. De tweewekelijkse feedbackmomenten heb ik als prettig ervaren. Daarnaast heeft hij mij de ruimte en het vertrouwen gegeven om mijn onderzoek zelfstandig uit te voeren.

Tevens wil ik mijn respondenten bedanken die de tijd en de moeite hebben genomen om mee te werken aan dit onderzoek.

Tot slot wil ik alle collega's binnen Adviesgroep Procesverbetering en Implementatie bedanken voor de prettige werkomgeving.

Ik wens u veel leesplezier.

Brenda Hulscher  
Nijmegen, juli 2019

## Samenvatting

Door de veranderingen in de gezondheidszorg, zoals de toenemende vergrijzing en het aantal chronisch zieken, is een andere organisatie van zorg nodig. Een voorbeeld van het anders organiseren van processen in de zorg is RTDC, een methode waarmee de vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis op elkaar afgestemd kan worden. De methode RTDC is in juni 2018 geïmplementeerd op alle high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. In deze thesis is onderzocht hoe de verpleegkundigen de implementatie van RTDC ervaren. Hiervoor is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

*Hoe wordt de implementatie van RTDC geëvalueerd aan de hand van ervaringen van de verpleegkundigen in het Radboudumc met behulp van de factor discretionaire ruimte en de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van effectieve samenwerking?*

Kwalitatief onderzoek is in dit onderzoek toegepast in de vorm van een case study om diepgaande informatie van de verpleegkundigen te verkrijgen over de ervaringen met de methode RTDC. In totaal zijn 20 interviews afgenomen met verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen.

Ten eerste ervaren de verpleegkundigen aanwezigheid van discretionaire ruimte om beslissingen te nemen ten aanzien van de zorg van patiënten na de invoering van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat verpleegkundigen zowel in het (over)plaatsen van patiënten als in het met ontslag laten gaan van patiënten een toename van discretionaire ruimte ervaren. Echter is er geen sprake van een directe invloed doordat de eindbeslissing over patiëntoverplaatsing en ontslagen nog altijd bij de arts ligt. Er is wel sprake van een indirecte invloed in de discretionaire ruimte in het (over)plaatsen van patiënten en het met ontslag laten gaan van patiënten. Zo ervaren verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid in het (over)plaatsen van patiënten. Anderzijds ervaren verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid in het ontslag van patiënten, doordat zij dagelijks een voorspelling mogen maken over hoeveel patiënten op een dag voor 14:00 uur met ontslag gaan. Dit betekent dat de toename in ervaren discretionaire ruimte een positieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen.

Ten tweede ervaren de verpleegkundigen aanwezigheid van urgentie voor het toepassen van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat er sprake is van overeenstemming over het doel van de methode RTDC tussen de verpleegkundigen. Overeenstemming over een gezamenlijk doel versterkt namelijk de mate van ervaren urgentie voor het toepassen van beleid. Daarnaast zien de verpleegkundigen een effect van de methode RTDC op de patiëntstroom. Wat betekent dat alle verpleegkundigen meerwaarde ervaren in de methode RTDC, wat de urgentie om de methode RTDC toe te passen vergroot. Deze ervaren urgentie leidt tot een effectievere samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen.

Ten derde ervaren verpleegkundigen enigszins aanwezigheid van gedeeld belang tussen de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat de samenwerking is verbeterd na de invoering van de methode RTDC, op het weekend na, met name door het contact en inzicht in elkaars afdeling in het dagelijkse beddenoverleg.

Echter schiet de communicatie tussen de verpleegkundigen tekort, door geen duidelijke terugkoppeling over patiëntovernames en onduidelijke informatievoorziening over de zorgzwaarte van een patiënt vanuit de high care afdelingen. Dit betekent dat de verbeterde samenwerking in het beddenoverleg een positieve invloed heeft op de samenwerking, terwijl de tekort schietende communicatie daarentegen een negatieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen.

Ten vierde ervaren de verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen aanwezigheid van vertrouwen in elkaar na de invoering van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat een aantal vaste deelnemers in het beddenoverleg een positieve invloed heeft op het ervaren vertrouwen. Echter geven verpleegkundigen aan dat een aantal nieuwe deelnemers een negatieve invloed heeft op vertrouwen. Wat weer een negatief invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen. Daarnaast heeft het nakomen en evalueren van afspraken in het beddenoverleg een positieve invloed op het vertrouwen. Vertrouwen heeft hierbij een zelfversterkend effect. Zo heeft een toename in vertrouwen een positief effect op samenwerking. Wat vervolgens weer een positief effect heeft op het vertrouwen. Wat uiteindelijk leidt tot een effectievere samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen. Op basis van de resultaten van de interviews blijkt dat verbeteringen in de methode RTDC nodig zijn voor een zo effectief mogelijke patiëntstroom in het Radboudumc. De aanbevelingen zijn als volgt:

### **1. RTDC in het weekend**

Het advies aan de projectgroep RTDC is om een pilot te starten gedurende één maand waarbij ook in het weekend een beddenoverleg zal plaatsvinden en een bedcoördinator aanwezig is. Na deze maand kan geëvalueerd worden of een beddenoverleg in het weekend effect heeft gehad op de (over)plaatsing van patiënten vanuit de high- care naar verpleegafdelingen. Op het moment dat de pilot effectief blijkt te zijn is het advies om het beddenoverleg ook in het weekend door te voeren.

### **2. Trainingsprogramma nieuwe deelnemers beddenoverleg**

Het advies is aan de projectgroep RTDC is om een online training met concrete oefeningen en video's te ontwikkelen voor nieuwe deelnemers aan het beddenoverleg. Voordat nieuwe deelnemers mogen deelnemen aan het beddenoverleg is het van belang dat de deelnemers de online training hebben behaald.

### **3. Communicatie (over)plaatsingen patiënten**

Het is aan te bevelen aan de projectgroep RTDC om de communicatie voor (over)plaatsing van patiënten van high care- naar verpleegafdelingen te verbeteren. Waarbij inzicht gegeven wordt in of patiënten daadwerkelijk zijn overgegaan, tijdstippen voor overname en informatie over de zorgzwaarte van patiënten worden gedeeld.

### **4. Bewustwording artsen**

Tot slot is het aan te bevelen om een informatiebijeenkomst te organiseren waarbij artsen inzicht krijgen in de methode RTDC. Daarnaast kan een video opgenomen worden van een dagelijks beddenoverleg. Zo kunnen artsen in een paar minuten zien hoe een beddenoverleg plaatsvindt.

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding .....	8
1.1 Aanleiding .....	8
1.2 Probleemstelling.....	9
1.3 Voorbeschouwing theoretisch kader .....	10
1.4 Voorbeschouwing methodologisch kader.....	10
1.5 Relevantie .....	11
1.6 Leeswijzer .....	11
2. Beleidskader .....	12
2.1 Uitdagingen in de gezondheidszorg .....	12
2.2 De methode Real-Time Demand Capacity .....	12
2.2.1 Implementatie methode RTDC.....	13
2.2.2 De vier stappen van RTDC .....	13
2.2.3 Dagelijkse beddenoverleg .....	14
2.2.4 Knelpunten .....	14
2.3 Conclusie .....	14
3. Theoretisch kader.....	15
3.1 Beleid.....	15
3.2 Beleidsimplementatie .....	16
3.3. Ervaring verpleegkundigen.....	18
3.3.1 Discretionaire ruimte.....	18
3.3.2 Urgentie.....	20
3.3.3 Gedeeld belang.....	21
3.3.4 Vertrouwen .....	22
3.3.5 Samenwerking .....	22
3.4 Conceptueel model .....	23
4. Methodologisch kader.....	24
4.1 Onderzoeksstrategie .....	24
4.2 Caseselectie .....	25
4.3 Onderzoeksmethoden en bronnen .....	25
4.4 Operationalisering.....	27
4.4.1 Operationalisatie factoren .....	27

4.5	Validiteit .....	29
4.5.1	Interne validiteit .....	29
4.5.2	Externe validiteit .....	30
4.6	Betrouwbaarheid.....	30
5.	Casebeschrijving.....	35
5.1	Methode Real-Time Demand Capacity .....	35
5.2	High care- en verpleegafdelingen .....	35
5.2	Beddenoverleg .....	36
5.3	De resultaten.....	37
6.	Resultaten.....	38
6.1	Gedeeld belang.....	38
6.1.1	Samenwerking beddenoverleg.....	38
6.1.2	Communicatie .....	40
6.1.3	Tussentijdse conclusie.....	41
6.2	Discretionaire ruimte .....	41
6.2.1	Overplaatsen van patiënten.....	41
6.2.2	Ontslag van patiënten .....	43
6.2.3	Tussentijdse conclusie .....	44
6.3	Urgentie.....	44
6.3.1	Overeenstemming doel methode RTDC.....	44
6.3.2	Effecten RTDC op patiëntstroom.....	45
6.3.3	Tussentijdse conclusie .....	46
6.4	Vertrouwen .....	47
6.4.1	Onderling vertrouwen .....	47
6.4.2	Nakomen afspraken in het beddenoverleg.....	48
6.4.3	Tussentijdse conclusie .....	48
7.	Conclusie .....	49
7.1	Beantwoording hoofdvraag.....	49
7.2	Discussie .....	50
7.3	Aanbevelingen.....	53
	Referenties .....	56
	Bijlage 1: Overzicht respondenten .....	60
	Bijlage 2: Interviewschema .....	61

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De gezondheidszorg in Nederland staat voor een aantal uitdagingen. De toenemende vergrijzing en het aantal chronisch zieken vraagt om een andere organisatie van de zorg (Rapport Taskforce, 2018). In de beleidsagenda van de Tweede Kamer staat beschreven dat zorg toegankelijk en betaalbaar moet zijn met een merkbaar verschil voor de patiënten. Deze doelen kunnen alleen bereikt worden als de zorg anders en slimmer georganiseerd wordt (Rijksbegroting, 2019).

In het vaktijdschrift Nursing schreef Oelen (2012) dat verpleegkundigen meer regie moeten krijgen in de patiëntenzorg. Zo beschrijft verplegingswetenschapper Marieke van Dort: “het wordt gezien als een bottom-up verandering waarbij de verpleegkundige op de werkvloer kijkt wat er verbeterd kan worden en op welke manier”. Ook in het eindrapport van de Commissie Kwalificatiestructuur betogen Schoenmaker en Ablersnagel-Thijssse (2003) “er is behoefte aan een nieuwe invulling van professionele autonomie en verantwoordelijkheid, waarbij de verpleegkundige een zorginhoudelijke regiefunctie vervult”. Verpleegkundigen moeten meer regie krijgen in de praktijk, omdat zij dagelijks in direct contact staan met de patiënt, samenwerken met andere verpleegafdelingen en op basis van hun kennis een goede inschatting kunnen maken van de zorg die een patiënt nodig heeft. Daarnaast zijn verpleegkundigen verantwoordelijk voor de organisatie en zorg rond de individuele patiënten. Zij wijzen patiënten toe en coördineren het integrale zorgproces (Schoenmaker & Ablersnagel-Thijssse, 2003).

Een voorbeeld van het anders organiseren van processen in de zorg waarbij verpleegkundigen meer regie krijgen is Real-Time Demand Capacity (RTDC), een methode waarmee vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis op elkaar afgestemd kan worden (Resar, Nolan, Kaczynski, Jensen, 2011). De doelstelling van RTDC is: “iedere patiënt krijgt de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment” (Van Eijk, Limpers, Stoffer, p. 3, 2019). Om dit doel te realiseren is de kennis van verpleegkundigen van belang. Zo kunnen verpleegkundigen dagelijks een realistische inschatting maken op basis van hun kennis over hoeveel patiënten er op een dag met ontslag gaan, welke taken nog uitgevoerd moeten worden om een patiënt met ontslag te laten gaan en hoeveel patiënten er op een afdeling liggen. Daarnaast is samenwerking tussen verpleegkundigen van groot belang om patiënten over te plaatsen van high care- naar verpleegafdelingen.

RTDC is in juni 2018 geïmplementeerd in het Radboudumc en de eerste resultaten zijn zichtbaar. Doordat de methode RTDC de patiëntstroom inzichtelijk heeft gemaakt, worden dagelijks prioriteiten gesteld om de doorstroom van patiënten te bevorderen, is er een kortere ligduur van patiënten en een betere bedbezetting (Van Eijk et al., 2019). De verwachting is dat verpleegkundigen een effect zien op de patiëntstroom na de invoering van de methode RTDC en meer regie ervaren in de dagelijkse patiëntenzorg. Daarnaast is de verwachting dat samenwerking tussen verpleegafdelingen en de Intensive Care, Medium Care, Hartbewaking en Spoed Eisende Hulp (high care afdelingen) is verbeterd door een gedeeld belang en vertrouwen. Echter zijn deze verwachtingen tot op heden nog niet in kaart gebracht bij de verpleegkundigen.



## 1.2 Probleemstelling

De doelstelling in dit onderzoek is het in kaart brengen van ervaringen van de verpleegkundigen met de methode RTDC in het Radboudumc aan de hand van theoretische factoren uit de literatuur, ten einde aanbevelingen te kunnen geven om beleidsverwachtingen en resultaten beter te laten matchen.

Bovenstaande leidt tot de volgende hoofdvraag:

Hoe wordt de implementatie van RTDC geëvalueerd aan de hand van ervaringen van de verpleegkundigen in het Radboudumc met behulp van de factor discretionaire ruimte en de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van effectieve samenwerking?

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke beleidsdoelstellingen zijn geformuleerd voor de methode RTDC?
2. Welke theoretische factoren spelen een rol bij het evalueren van de methode RTDC door de verpleegkundigen?

Om antwoord te kunnen geven op deelvraag 3 wordt de factor discretionaire ruimte van Lipsky (1980) gebruikt. Discretionaire ruimte verwijst naar de beleidsvrijheid van uitvoerders om beslissingen te nemen ten aanzien van beleid.

3. In welke mate ervaren verpleegkundigen discretionaire ruimte om beslissingen te nemen ten aanzien van de zorg van een patiënt na de invoering van de methode RTDC?

Om antwoord te kunnen geven op deelvraag 4 t/m 6 worden de factoren: gedeeld belang, vertrouwen en urgentie voor effectieve samenwerking van Klaster (2017) en Genugten et al., (2017) gebruikt. In de methode RTDC is samenwerking tussen high care- en verpleegafdelingen namelijk van groot belang om dagelijks patiënten over te plaatsen vanuit de high care- naar verpleegafdelingen. Een toename van de factoren hebben een positief effect op samenwerking en dat leidt weer tot een betere uitvoering van beleid.

4. In welke mate ervaren de verpleegkundigen urgentie voor de uitvoering van de methode RTDC?
5. In welke mate ervaren verpleegkundigen gedeeld belang tussen de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC?
6. In welke mate ervaren verpleegkundigen vertrouwen tussen high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC?

### 1.3 Voorbeschouwing theoretisch kader

Ten eerste wordt ingegaan op de verschillende definities van beleid. Vervolgens worden de beleidsfasen door Hoogerwerf (1983) beschreven. Het huidige onderzoek heeft vooral betrekking op de laatste fase, namelijk het evalueren van de methode RTDC die in juni 2018 is geïmplementeerd. Dit onderzoek tracht aan de hand van theoretische factoren in kaart te brengen hoe verpleegkundigen de methode ervaren. Op deze wijze wordt vastgesteld of het beleid RTDC het beoogde effect heeft behaald. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen indien nodig aanbevelingen gedaan worden voor beleidshervorming.

De discretionaire ruimte is de eerste factor die wordt toegelicht. Volgens Lipsky (1980) worden beleidsuitvoerders van overheidsorganisaties gezien als street-level bureaucrats. Kenmerkend voor organisaties die werken voor, of in dienst zijn van, de overheid is de hiërarchische en bureaucratische structuur van de organisatie (Lipsky, 1980). Lipsky (1980) beschrijft in zijn theorie dat street-level bureaucrats dagelijks zelfstandige keuzes moeten maken in hun discretionaire ruimte ten aanzien van beleid. Deze discretionaire ruimte, oftewel beleidsvrijheid, is van belang om een weloverwogen afweging te maken in een specifieke en complexe situatie.

Vervolgens worden de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van effectieve samenwerking beschreven (Klaster, 2017; Genugten et al., 2017). In de methode RTDC is samenwerking tussen high care- en verpleegafdelingen essentieel. Dagelijks worden namelijk patiënten overgeplaatst vanuit de high care afdelingen naar de verpleegafdelingen. Een toename van de factoren hebben een positief effect op samenwerking en dat leidt weer tot een betere uitvoering van beleid. Urgentie wordt door Klaster (2017) omschreven als de urgentie die actoren voelen om met elkaar samen te werken waarbij een wederzijdse afhankelijk ontstaat voor het bereiken van doelstellingen. Gedeeld belang tussen actoren heeft een directe invloed op samenwerking, wanneer een gedeeld belang sterk aanwezig is wordt de samenwerking als effectief ervaren (Genugten et al., 2007). Tot slot verwijst vertrouwen naar het vertrouwen tussen de actoren om effectief te kunnen samenwerken (Genugten et al., 2017). Volgens Genugten (2017) zijn actoren eerder bereid om samen te werken wanneer sprake is van vertrouwen.

### 1.4 Voorbeschouwing methodologisch kader

In het methodologisch kader worden de onderzoeksstrategie, caseselectie, dataverzameling, operationalisatie, betrouwbaarheid en validiteit beschreven. Voor het beantwoorden van de hoofdvraag in dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Een reden voor de kwalitatieve onderzoeksmethoden is om gedetailleerde informatie te verkrijgen over de ervaringen van verpleegkundigen met de methode RTDC. Kwalitatief onderzoek is in dit onderzoek ingezet in de vorm van een case study. Boeije (2006) omschrijft een case study als een vorm van kwalitatief onderzoek waarbij één of enkele manifestaties van een sociaal fenomeen diepgaand worden bestudeerd in haar natuurlijke omgeving. Empirisch materiaal is verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Het afnemen van semigestructureerde interviews gaf de mogelijkheid om door te vragen waar nodig en daarmee gedetailleerde informatie te verkrijgen (Bleijenbergh, 2013). De interviewgide voor de semigestructureerde interviews is gebaseerd op de theoretische factoren uit de literatuur, namelijk: de factor discretionaire ruimte en de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen

van effectieve samenwerking. Met één verpleegkundigen per afdeling is een interview afgenomen om de ervaringen van de verpleegkundige met de methode RTDC in kaart te brengen. Er zijn in totaal 17 verpleegafdelingen en 3 high care afdelingen in het Radboudumc dus in totaal zijn 20 interviews afgenomen (Radboudumc, 2017).

## 1.5 Relevantie

### *Maatschappelijke relevantie*

Het Radboudumc wil vooroplopen in innovatieve, duurzame en betaalbare zorg en ziet het als haar maatschappelijke en wetenschappelijke plicht om daar vorm aan te geven (Radboudumc, 2017). Inzichten in de ervaringen van verpleegkundigen met de methode RTDC kunnen een positieve bijdrage leveren aan patiëntprocessen in ziekenhuizen, in dit geval specifiek gericht op het Radboudumc, waar de patiënten en het Radboudumc baat bij hebben. Het leidt tot kennis over het anders en slimmer organiseren van de patiëntstroom waarbij verpleegkundigen een regiefunctie vervullen. Deze kennis en de methode RTDC kan op regionaal en landelijk niveau in andere ziekenhuizen worden geïmplementeerd waardoor meer samenwerking en effectieve (over)plaatsing van patiënten kan ontstaan.

### *Wetenschappelijke relevantie*

Het in kaart brengen van de ervaringen met een beleidsimplementatie door uitvoerders is een bekend thema in de Bestuurskunde. In de rationele benadering wordt beleid planmatig ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd door het op het opstellen van beleidsdoelen, het inzetten van middelen om doelen te bereiken en het evalueren van de beoogde effecten (Hoogerwerf & Herweijer, 2003). Een manier om beleidsimplementatie door uitvoerders te evalueren is aan de hand van factoren voor effectieve samenwerking en de factor discretionaire ruimte (Genugten et al., 2017; Klaster, 2017; Lipsky, 1980). De factoren voor effectieve samenwerking zijn beschreven in een regionale context, dit onderzoek tracht een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke literatuur over de factoren voor effectieve samenwerking tussen verpleegkundigen in een ziekenhuis. Daarnaast levert dit onderzoek een wetenschappelijke bijdrage door discretionaire ruimte toe te passen op de werkzaamheden van verpleegkundigen in een ziekenhuis voor het beheren van de patiëntstroom. Ook al richt dit onderzoek zich uitsluitend op factoren voor effectieve samenwerking en discretionaire ruimte van verpleegkundigen het Radboudumc, kunnen de resultaten gebruikt worden in andere ziekenhuizen met een vergelijkbare patiëntstroom.

## 1.6 Leeswijzer

Het onderzoek is als volgt ingedeeld. In hoofdstuk 2 wordt het *beleidskader* weergegeven waarbij specifiek wordt ingegaan op de methode RTDC binnen het Radboudumc. In hoofdstuk 3 wordt het *theoretisch kader* uitgewerkt aan de hand van relevante theorieën die betrekking hebben op het onderzoek. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 het *methodologisch kader* beschreven met de toepassing van de kwalitatieve onderzoeksmethoden. In hoofdstuk 5 wordt een *casebeschrijving* weergegeven om een helder beeld te verkrijgen van de case waar dit onderzoek over gaat. In hoofdstuk 6 worden de empirische *resultaten* beschreven. Verder wordt in hoofdstuk 7 de *conclusie* van het onderzoek weergegeven waarbij wordt ingegaan op de beantwoording van de hoofdvraag, een discussie en aanbevelingen.

## 2. Beleidskader

In de inleiding zijn de uitdagingen in de gezondheidszorg en de veranderende rol van de verpleegkundigen al kort beschreven. In dit hoofdstuk wordt hier dieper op in gegaan en wordt de methode RTDC beschreven.

### 2.1 Uitdagingen in de gezondheidszorg

Zoals in de inleiding aangehaald staat de gezondheidszorg in Nederland voor een aantal uitdagingen. In het vaktijdschrift *Nursing* beschrijft de Jong (2013) dat maatschappelijke uitdagingen vragen om een andere organisatie van zorg. Zo stelt de Jong dat de samenleving vergrijsst, het aantal zieken stijgt en de opname duur in ziekenhuizen korter worden (De Jong, 2013). Uit het onderzoek van Nationaal Kompas Volksgezondheid (2013) blijkt dat het aantal mensen dat aan ziekten lijdt jaarlijks met drie procent stijgt. Terwijl in de beleidsagenda van de Tweede Kamer staat beschreven dat zorg toegankelijk en betaalbaar moet zijn met een merkbaar verschil voor patiënten (Rijksbegroting, 2019). Op basis van de bovenstaande ontwikkelingen is een herinrichting van de patiëntstroom noodzakelijk om de doelen in de gezondheidszorg te kunnen behalen.

Een manier om processen in de zorg anders in te richten is het toekennen van meer regie aan verpleegkundigen (De Jong, 2013). Volgens Lipsky (1980) kan deze regie worden toegekend aan verpleegkundigen door middel van discretionaire ruimte. Discretionaire ruimte verwijst naar de beslissingsbevoegdheden van uitvoerders ten aanzien van beleid. Lipsky veronderstelt dat discretionaire ruimte nodig is, omdat algemene beleidsregels niet exact toegepast kunnen worden op een specifieke casus (Lipsky, 1980). Ook in het vaktijdschrift *Nursing* schreef de Jong (2013) dat verpleegkundigen meer discretionaire ruimte moeten krijgen in de patiëntstroom. Verpleegkundigen kunnen besluiten maken op basis van hun vakkennis en ervaringen. De Jong (2013) stelt dat in de patiëntstroom nog niet optimaal gebruik gemaakt wordt van de kennis van verpleegkundigen waardoor het drukker is op verpleegafdelingen dan nodig. Stordeur en D'Hoore (2006) ondersteunen deze omschrijving en stellen dat processen in de zorg heringericht moeten worden waarbij de verpleegkundigen meer discretionaire ruimte moeten krijgen. Op deze wijze worden patiëntstromen efficiënter ingericht, wat leidt tot een afname van werkdruk op verpleegafdelingen (Stordeur & D'Hoore, 2006).

### 2.2 De methode Real-Time Demand Capacity

Een voorbeeld van het anders organiseren van processen in de zorg is Real-time Demand Capacity (RTDC), een methode waarmee vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis op elkaar afgestemd kan worden (Roger et al., 2011). Roger et al., (2011) beschrijft dat ziekenhuizen de patiëntstroom beheren door het gehele ziekenhuis. Echter missen nog veel ziekenhuizen gestructureerde processen om (spoed)patiënten tijdig over te brengen naar verpleegafdelingen, met als gevolg wacht- en toegangstijden, een overbezetting van de spoedafdeling en een hoge werkdruk op verpleegafdelingen. Deze gevolgen hebben een negatief effect op de patiënten en het welzijn van de werknemers in de gezondheidszorg (Roger et al., 2011).

De methode RTDC is een innovatieve benadering voor het beheren van patiëntstroom in een ziekenhuis. Door middel van een dagelijks beddenoverleg met verpleegkundigen van

alle high care- en verpleegafdelingen wordt de patiëntstroom inzichtelijk gemaakt en vraag en aanbod van bedden op elkaar afgestemd. De methode leidt tot een hogere bedbezetting, kortere ligduur van patiënten en een verbeterde patiëntstroom in het gehele ziekenhuis. De doelstelling van RTDC is: "iedere patiënt krijgt de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment" (Van Eijk et al., p. 3, 2019). Om dit doel te realiseren is de inzet van verpleegkundigen van essentieel belang. Verpleegkundigen kunnen dagelijks een realistische inschatting maken, op basis van hun kennis, hoeveel patiënten er op een dag met ontslag gaan, welke taken nog uitgevoerd moeten worden om een patiënt met ontslag te laten gaan en hoeveel patiënten er op een afdeling liggen. Met deze kennis kunnen verpleegkundigen dagelijks vraag en aanbod van patiëntbedden op elkaar afstemmen (Van Eijk, et al., 2019).

### 2.2.1 Implementatie methode RTDC

De methode RTDC is in juni 2018 in het Radboudumc geïmplementeerd door adviesgroep Procesverbetering en Implementatie (PVI). PVI heeft een kernteam opgericht met zeven leden die de implementatie van de methode RTDC in het Radboudumc hebben geïmplementeerd. PVI vervult een actieve rol in het verbeteren, veranderen en innoveren van processen in de zorg, onderwijs en onderzoek binnen het Radboudumc (Radboudumc, z.d.). Het kernteam is tijdens de gehele implementatie gecoacht door dr. Roger Resar, fellow Institute for Healthcare Improvement, Boston (USA) en grondlegger van de methode RTDC (Van Eijk et al., 2019). Voor de implementatie van RTDC is een overkoepelend verpleegkundig flowmanager, een bedcoördinator en een verpleegkundige per afdeling aangesteld. De flowmanager is verantwoordelijk voor de continuïteit en de borging van RTDC. De bedcoördinator is verantwoordelijk voor de dagelijkse doorstroom en (over)plaatsing van patiënten. Van alle 17 verpleegafdelingen en 3 high care afdelingen zijn 1 á 2 verpleegkundige dagelijks betrokken bij de uitvoering van de methode RTDC. Na de implementatie in juni 2018 is de methode RTDC vanuit het kernteam PVI steeds meer overgedragen aan de flowmanager, bedcoördinator en de verpleegkundigen. Het kernteam van PVI heeft op dit moment een ondersteunende functie.

### 2.2.2 De vier stappen van RTDC

Door de methode RTDC wordt de patiëntstroom dagelijks inzichtelijk gemaakt aan de hand van vier stappen.

In stap 1 wordt de capaciteit van de dag per afdeling door de verpleegkundige vastgesteld. De capaciteit van een afdeling verwijst naar het aantal beschikbare bedden en het aantal voorspelde ontslagen op één dag. Verpleegkundigen kunnen op basis van hun kennis een realistische voorspelling maken van hoeveel patiënten op een dag met ontslag gaan tussen 8.00 uur en 14.00 uur. De hypothese is dat als vraag en aanbod van bedden op elkaar afgestemd wordt tussen 8.00 uur en 14.00 uur dit overbezetting voorkomt in de namiddag en avond (Roger et al., 2011).

Vervolgens wordt in stap 2 een voorspelling gedaan door de verpleegkundige per afdeling wat de vraag naar bedden is. De vraag naar bedden verwijst naar het aantal geplande en ongeplande opnames op een afdeling (Roger et al., 2011).

In stap 3 worden voor afdelingen waarvan de vraag naar bedden groter is dan de capaciteit in het beddenoverleg actieplannen gemaakt om overbezetting te voorkomen. Voorbeelden van actieplannen zijn dat verpleegkundigen analyseren welke taken nog uitgevoerd moeten worden om een patiënt voor 14.00 uur met ontslag te laten gaan. Deze taken

kunnen zijn: een scan voor een patiënt eerder op de dag laten plaatsvinden, thuiszorg voor een patiënt versnellen of een patiënt met een lichte zorgzwaarte overgedragen naar een andere afdeling (Roger et al., 2011).

### **2.2.3 Dagelijkse beddenoverleg**

Elke ochtend om 9.00 uur vindt een beddenoverleg plaats met één verpleegkundige van elke high care- en verpleegafdeling en een bedcoördinator die als voorzitter functioneert. Er zijn 17 verpleegafdelingen en 3 high care afdelingen in totaal. De aantallen in capaciteit van bedden, geplande en ongeplande opnames en de ontslagen van de dag worden ingevoerd voorafgaand aan het beddenoverleg. Op deze wijze is binnen 15 minuten inzichtelijk wat het vraag en aanbod is van bedden in het gehele ziekenhuis voor de gehele dag. Het beddenoverleg kent meerdere voordelen, namelijk: een efficiënter overleg door het inzichtelijk maken van de patiëntstroom in het gehele ziekenhuis aan het begin van de dag, afdelingen kunnen specifiekere eventuele hulpvraag stellen en afdelingen kunnen beter andere afdelingen helpen (Van Eijk et al., 2019).

### **2.2.4 Knelpunten**

Naast het effectief matchen van vraag en aanbod worden door de methoden RTDC knelpunten inzichtelijk gemaakt. Dagelijks worden voorspellingen gedaan door verpleegkundigen of een patiënt voor 14.00 uur met ontslag kan gaan. Als de voorspelling is dat een patiënt voor 14.00 uur met ontslag gaat maar dit niet is gebeurd wordt hiervoor een reden aangegeven. Vanaf juni 2018 zijn er in totaal 1.597 redenen benoemd, waarvan 1.136 van niet-medische aard. Deze redenen zijn vervolgens gerubriceerd naar knelpunten. De redenen van niet medische aard zijn onderscheiden in 3 hoofdgroepen:

1. Activiteiten om een patiënt te ontslaan zijn niet tijdig afgerond;
2. Transport;
3. Patiënt kon niet terecht op de volgende locatie, binnen of buiten het ziekenhuis (Van Eijk et al., 2019).

De visie is dat door de methode RTDC de patiëntstroom inzichtelijk wordt gemaakt, maar het inzichtelijk maken van de patiëntstroom zorgt niet voor directe verbeteringen. De daadwerkelijke verbeteringen vinden plaats door het oplossen van knelpunten. Het oplossen van knelpunten kunnen een groot effect hebben op de patiëntstroom in het gehele ziekenhuis (Van Eijk et al., 2019).

## **2.3 Conclusie**

Na twaalf maanden zijn de eerste resultaten van de methode RTDC zichtbaar. Door de methode RTDC is de patiëntstroom inzichtelijk gemaakt, worden er dagelijks prioriteiten gesteld om de patiëntstroom te bevorderen, is er een kortere ligduur van patiënten en een betere bedbezetting als gevolg van een betere doorstroming naar de verpleegafdelingen (Van Eijk et al., 2019). De verwachting is dat verpleegkundigen een effect zien op de patiëntstroom door de methode RTDC en meer discretionaire ruimte ervaren in de dagelijkse patiëntenzorg. Daarnaast is de verwachting dat samenwerking tussen high care- en verpleegafdelingen is verbeterd door een gedeeld belang en vertrouwen. Echter zijn deze verwachtingen tot op heden nog niet in kaart gebracht bij de verpleegkundigen. Met dit onderzoek worden de ervaringen van de verpleegkundigen in kaart gebracht aan de hand van theoretische factoren.

### 3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden verschillende theoretische benaderingen geschetst die een kader bieden voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Ten eerste wordt inzicht gegeven in de verschillende benaderingen van beleid en de beleidsimplementatie RTDC. Vervolgens worden de factoren: discretionaire ruimte, gedeeld belang, urgentie en vertrouwen toegelicht waarmee de ervaringen van de verpleegkundigen met de methode RTDC in kaart worden gebracht.

#### 3.1 Beleid

In de Bestuurskunde zijn beleidstheorieën niet meer weg te denken. Het fenomeen beleid is in de jaren 70 ontstaan door de groeiende welvaart en de maakbare samenleving. Beleid is een kernthema dat gericht is op het handelen en het hanteren van maatregelen voor het oplossen van maatschappelijke problemen. Het heeft consequenties voor sturingstheorieën en de inrichting van politiek-bestuurlijke systemen. Volgens Hemerijck (2003) kan beleid de mismatch tussen verwachtingen en resultaten verklaren.

Binnen de wetenschappelijke literatuur worden verschillende definities van beleid gehanteerd. Ten eerste kan beleid gezien worden als een verzameling van activiteiten die gericht is op het behalen van doelen. Vanuit een klassiek positivistische benadering wordt beleid bijvoorbeeld omschreven als “het streven naar het bereiken van bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en bepaalde tijdskeuzes” (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p. 19). Mazmanian en Sabatier (1983) omschrijven beleid daarentegen als “the carrying out of a basic policy decision, usually incorporated in a statute but which can also take the form of important executive orders or court decision. Ideally that decision identifies the problem(s) to be addressed, stipulates the objective(s) to be pursued, and in a variety of ways, ‘structures’ the implementation process” (Mazmanian & Sabatier, 1983, p. 20). Echter kan beleid ook gezien worden als sociaal fenomeen. Filosoof Becker omschrijft in Hill en Hupe (2014) beleid als een georganiseerde sociale beheersing, waarbij sturing wordt gegeven aan maatschappelijke problemen. De totstandkoming en uitvoering van beleid kan zowel als een maakbaar en sociaal fenomeen worden beschreven (Mazmanian & Sabatier, 1983; Hoogerwerf & Herweijer, 2008; Hemerijck 2003). Beleid wordt beïnvloed door maatschappelijke gebeurtenissen en bestaat volgens Hoogerwerf (1983) uit verschillende fasen, namelijk:

1. **Agendavorming**; het identificeren van problemen, vaststellen van de aard van het probleem en het prioriteren van de problemen.
2. **Beleidsformulering**; het opstellen van doelen, analyseren van kosten/ baten, selecteren van beleidsinstrumenten.
3. **Besluitvorming**; het kiezen van beleid, draagvlak, onderhandelingen.
4. **Implementatie**; verantwoordelijkheid over implementatie (uitvoering/ doorwerking) organiseren, monitoring van dat proces.
5. **Evaluatie**; het vaststellen of het beleid het beoogde effect heeft behaald, beleidshervorming of beëindigen (Hoogerwerf, 1983).

Het huidige onderzoek heeft vooral betrekking op de laatste fase, namelijk het in kaart brengen hoe de methode RTDC op de werkvloer is geïmplementeerd vanuit het perspectief van de verpleegkundigen. Op deze wijze wordt vastgesteld of het beleid RTDC het beoogde effect heeft behaald. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen indien nodig aanbevelingen gedaan worden voor beleidshervorming.

## 3.2 Beleidsimplementatie

Voor het huidige onderzoek is het van belang inzicht te krijgen in de verschillende benaderingen van beleidsimplementatie en de totstandkoming van RTDC om het beleid te kunnen begrijpen en de factoren voor het in kaart brengen van de ervaringen van de verpleegkundigen te kunnen bepalen. Volgens Matland (1995) kan beleid worden geïmplementeerd vanuit een top-down of bottom-up benadering. Bij de top-down implementatie worden beleidsmakers gezien als de centrale actoren. Zij concentreren zich volgens Matland (1995) op factoren die op centraal niveau kunnen worden gemanipuleerd. Bij de bottom-up benadering worden beleidsmakers daarentegen gezien als dienstverleners (Matland, 1995). Zij concentreren zich volgens Matland (1995) op factoren die op lokaal niveau worden gemaakt. Middels het ambiguïteit-conflictmodel, verenigt Matland (1995) deze twee perspectieven.

### Top-down

Een top-down implementatie beschikt over heldere en consistente doelen waarbij actoren worden gezien als beleidsmakers die enkel een implementatie opvolgen en uitvoeren dat staat beschreven in een statuut (Matland, 1995). Deze implementatie ondersteunt de definitie van Mazmanian en Sabatier (1983) waarbij doelen consistent en duidelijk geformuleerd moeten zijn en het aantal betrokken actoren beperkt is.

De top-down benadering van beleidsimplementatie wordt echter bekritiseerd. Omdat de beleidsuitvoerders enkel worden gezien als administratief personeel, krijgen zij te weinig aandacht en waardering (Van Meter & Van Horn, 1975). Tevens ligt de focus op het behalen van de doelen en wordt geen rekening gehouden met bredere publieke doelstellingen (Van Meter & Van Horn, 1975).

### Bottom-up

Als reactie op de kritiek ten opzichte van de top-down benadering is de bottom-up benadering tot stand gekomen. In de bottom-up benadering ligt de nadruk op de dienstverleners, omdat zij op lokaal niveau het beleid maken en uitvoeren (Matland, 1995). Om beleid succesvol te implementeren moeten vanuit deze benadering de activiteiten, netwerken, strategieën en doelen van de uitvoerders van beleid begrepen worden (Matland, 1995). Volgens Weatherley en Lipsky (1977) moet de invloed van beleid op lokaal niveau moet worden geëvalueerd. Lipsky (1980) heeft middels het verrichten van onderzoek naar street-level bureaucrats een belangrijke bijdrage geleverd aan de bottom-up benadering. Street-level bureaucrats, ook wel de uitvoerders van beleid, moeten dagelijks zelfstandige keuzes maken in hun discretionaire ruimte ten aanzien van beleid. Deze discretionaire ruimte, oftewel beleidsvrijheid, is van belang om een weloverwogen afweging te maken in een specifieke en complexe situatie (Lipsky, 1980). Volgens Lipsky (1980) is de invloed van street-level bureaucrats op beleid groot is, omdat zij het dichtst bij de doelgroep staan.

Echter is ook kritiek op de bottom-up benadering, namelijk dat de implementatie van beleid effectiever is onder toezicht van centrale controle (Mazmanian & Sabatier, 1983). Critici stellen dat een bottom-up implementatie zorgt voor uiteenlopende resultaten waarbij een gemeenschappelijke noemer mist (Mazmanian & Sabatier, 1983). Daarnaast wordt kritiek geleverd op actoren die zowel beleidsmaker als uitvoerder zijn, wat kan leiden tot lagere prestaties (Mazmanian & Sabatier, 1983).



## **Synthese van benaderingen**

In verband met de kritiek op beide benaderingen kan volgens Matland (1995) het beste de twee benaderingen worden gecombineerd. Elmore (1982) was een van de eerste onderzoekers die onderzoek heeft verricht naar het combineren van een top-down en bottom-up benadering. Dit onderzoek is verricht op basis van forward- en backward mapping. Bij forward mapping, overeenkomstig met top-down, komt beleid tot stand vanuit de intenties van de beleidsmakers en worden de doelen van beleid zo specifiek mogelijk gemaakt. Bij backward mapping, overeenkomstig met bottom-up, komt beleid tot stand door de probleemsituatie die aanleiding geeft tot een beleidsinterventie (Elmore, 1982).

Het beleid RTDC is een combinatie van zowel Matland's top-down en bottom-up benaderingen als van Elmore's backward- en forward mapping. RTDC is namelijk een generaliseerbare implementatie met consistente doelen, wat overeenkomt met de top-down benadering van Matland (1995). Daarnaast is RTDC overgenomen uit het ziekenhuis University of Pittsburgh Medical Central Shadyside (UPMC) in Amerika en geïmplementeerd door adviesbureau PVI op de high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc, wat verwijst naar forward mapping.

De start van RTDC is echter gemaakt vanuit een concrete probleemsituatie, namelijk het niet optimaal beheersen van de patiëntstroom in het Radboudumc, wat aantoont dat het beleid vanuit een bottom-up benadering tot stand is gekomen (Matland, 1995). Daarnaast ligt de uitvoering volledig in handen van de verpleegkundigen, wat overeenkomstig is met het backward mapping van Elmore (1982). De verpleegkundigen beschikken namelijk over expertise en kennis van de patiëntenzorg, wat van belang is voor het kunnen realiseren van de doelen van RTDC.

RTDC is enerzijds een top-down benadering, door de consistente beleidsdoelstelling, en anderzijds een bottom-up benadering, doordat de uitvoering van RTDC in handen ligt van de verpleegkundigen. Aan de hand van deze inzichten kunnen de factoren voor het in kaart brengen van de ervaringen van de verpleegkundigen worden bepaald. Zoals beschreven heeft Lipsky (1980) een belangrijke bijdrage aan de bottom-up benadering van beleid geleverd door middel van onderzoek naar street-level bureaucrats. Verpleegkundigen kunnen worden gezien als street-level bureaucrats doordat zij op uitvoerend niveau in direct contact staan met de patiënten en daarmee de werkwijze van RTDC kunnen toepassen en de patiëntstroom kunnen beïnvloeden (Lipsky, 1980). Een voorwaarde voor het toepassen van de werkwijze RTDC is dat verpleegkundigen discretionaire ruimte hebben, oftewel beleidsvrijheid, om keuzes te kunnen maken ten aanzien van de (over)plaatsing van patiënten. Dit is de eerste factor die wordt meegenomen voor het in kaart brengen van de ervaringen van verpleegkundigen met RTDC. Op top-down niveau zijn consistente doelen voor RTDC opgesteld: "iedere patiënt krijgt de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment" (Van Eijk et al., p. 3, 2019). Deze doelen kunnen echter alleen gerealiseerd worden wanneer er sprake is van samenwerking tussen verpleegkundigen van high care- en verpleegafdelingen. Om deze samenwerking in kaart te brengen worden factoren voor effectieve samenwerking in dit onderzoek beschreven (Klaster, 2017; Genugten et al., 2017).

### 3.3. Ervaring verpleegkundigen

De ervaringen van verpleegkundigen met de methode RTDC kunnen aan de hand van een aantal theoretische factoren in kaart worden gebracht, namelijk: discretionaire ruimte, gedeeld belang, urgentie en vertrouwen (Genugten et al., 2017; Klaster, 2017; Lipsky 1980).

#### **Verklarende factor voor beleidsuitvoerders**

Volgens Weiss (1997) is een verklarende factor voor succesvolle beleidsimplementatie gericht op de wijze waarop uitvoerders van beleid handelen. Smith en Smith (2009) ondersteunen het argument van Weiss en stellen dat er meer aandacht naar de uitvoering van beleid moet gaan. Beleidsmakers moeten de uitvoerders op lokaal niveau als uitgangspunt centraal stellen (Hoppe et al., 2008). Beleid dat op top-down niveau wordt vormgegeven ontstaat in de praktijk waarbij uitvoerders van beleid niet altijd handelen volgens beoogde doelstellingen (Hoppe et al., 2008). Sol et al., (2011) bevestigen dat bij de implementatie van beleid te weinig aandacht is voor de stappen die nodig zijn om het beleid zoals bedoeld uit te kunnen voeren. Met name de uitvoerders van beleid handelen niet zoals beoogd, omdat het beleid gevormd wordt in de praktijk en daar is te weinig zicht op (Sol et al., 2011).

Street-level bureaucrats hebben volgens Lipsky (1980) regelmatig te maken met het uitvoeren van beleid waarbij beleid in de praktijk wordt gevormd. In de klassieke theorie over street-level bureaucrats omschrijft Lipsky (1980) dat overheid professionals zoals politieagenten, leraren en artsen beleid letterlijk op ‘straatniveau’ uitvoeren. Zij staan in direct contact met de burgers. De professionals moeten prioriteiten stellen en zich aanpassen aan de specifieke situatie van de burger. Hierdoor worden regels niet altijd toegepast zoals beoogd. Er ontstaat een discrepantie tussen wat het management in het beleid heeft vastgelegd en wat er daadwerkelijk op uitvoerend niveau gebeurt (Lipsky, 1980).

Het Radboudumc is zich er van bewust dat verpleegkundigen, oftewel street-level bureaucrats, op uitvoerend niveau beleid bepalen doordat zij dagelijks in direct contact staan met patiënten (Radboudumc, 2017). Zo stelt de methode RTDC de inzet van de verpleegkundigen centraal (Van Eijk et al., 2019). Daarnaast verscheen onlangs het rapport Visie op de verpleegkundige (2019) in het Radboudumc met daarin de visie ‘als verpleegkundigen staan we voor ons vak’. De visie heeft betrekking op de verpleegkundigen die een belangrijke bijdrage leveren aan de zorg. In het rapport willen zij de bijdrage van de verpleegkundigen in de zorg benadrukken. Door een beroep te doen op de medewerkers van het Radboudumc om in gesprek te gaan met elkaar wat de visie betekent voor het werk, samenwerken, leren en ontwikkelen (Radboudumc, 2019).

#### 3.3.1 Discretionaire ruimte

Volgens Lipsky (1980) worden beleidsuitvoerders van overheidsorganisaties gezien als street-level bureaucrats. Kenmerkend voor organisaties die werken voor, of in dienst zijn van, de overheid is de hiërarchische en bureaucratische structuur van de organisatie (Lipsky, 1980). Street-level bureaucrats, oftewel uitvoerders van beleid, moeten dagelijks zelfstandige keuzes maken in hun discretionaire ruimte ten aanzien van beleid. Deze discretionaire ruimte, oftewel beleidsvrijheid, is van belang om een weloverwogen afweging te maken in een specifieke en complexe situatie (Lipsky, 1980). Daarnaast veronderstelt Lipsky (1980) dat discretionaire ruimte nodig is, omdat algemene beleidsregels niet exact toegepast kunnen worden op een

specifieke casus. Street-level bureaucrats hebben een veel invloed op beleid, omdat zij in direct contact staan met de doelgroep (Lipsky, 1980).

Het Radboudumc kan gezien worden als street-level bureaucrat doordat zij verantwoordelijk zijn voor publieke ziekenhuiszorg en beschikken over een hiërarchische en bureaucratische organisatiestructuur. De verpleegkundigen zijn de street-level bureaucrats op uitvoerend niveau, omdat zij in direct contact staan met de patiënten. De patiënten zijn hierbij de specifieke gevallen met een mogelijk complexe casus waarbij verpleegkundigen een afweging moeten als street-level bureaucrat. De methode RTDC stelt de verpleegkundige centraal (Van Eijk et al., 2019). Vanuit de kerngroep PVI is de verwachting dat verpleegkundigen handelen op basis van hun expertise waarbij samenwerking tussen verpleeg- en high afdeling van belang is om patiënten zo goed mogelijk te kunnen (over)plaatsen (Van Eijk et al., 2019; Rogers et al., 2011).

De verpleegkundigen moeten dagelijkse keuzes maken ten aanzien van de zorg van een patiënt. In de methode RTDC worden verschillende tools aangereikt voor de verpleegkundigen om dit te bewerkstelligen. Zo mogen de verpleegkundigen in de ochtend de capaciteit en de vraag naar bedden voor die dag vaststellen. Daarnaast mogen zij een realistische inschatting maken van hoeveel patiënten er op een dag met ontslag gaan. In het beddenoverleg wordt dagelijks in de ochtend met een verpleegkundige per high care- en verpleegafdeling de bedden capaciteit voor de gehele dag in het ziekenhuis vastgesteld (Van Eijk et al., 2019). Lipsky (1980) omschrijft deze beslissingsruimte van de verpleegkundige als discretionaire ruimte.

Het huidige onderzoek tracht in kaart te brengen hoe de verpleegkundigen deze discretionaire ruimte ervaren in het (over)plaatsen van patiënten en het met ontslag laten gaan van patiënten. Op basis van de resultaten kunnen indien nodig aanbevelingen gedaan worden voor het gebruiken van deze discretionaire ruimte zodat de methode RTDC juist wordt toegepast en daarmee de patiëntstroom wordt verbeterd.

### **Verklarende factoren voor effectieve samenwerking**

Klaster (2017) en Genugten et al., (2017) beschrijven verklarende factoren voor effectieve samenwerking in regionale netwerken. In de wetenschappelijke literatuur worden verschillende definities van effectiviteit gehanteerd. Ten eerste kan effectiviteit gezien worden als het behalen van vooraf gestelde doelstellingen (Mandell & Keast, 2008). Effectiviteit in samenwerking is echter complexer dan de definitie van Mandell en Keast (2008). Volgens Boogers et al., (2016) wordt effectiviteit in samenwerking omschreven in termen van baten en kosten. De baten verwijzen naar de bijdragen aan de doelstellingen door middel van samenwerking. De kosten verwijzen naar de inspanningen die geleverd worden om samen te werken, zoals coördinatiekosten en terugkoppeling van bestuurlijke overleggen. De verwachting is: hoe hoger de baten en hoe lager de kosten, hoe effectiever de samenwerking (Boogers et al., 2016). Volgens McGuire (2006) is de effectiviteit van samenwerking ontastbaar. Samenwerking ontstaat door een sterke focus op relaties waarbij vertrouwen een van de belangrijkste factoren is (McGuire, 2006). Dit ondersteunt de veronderstelling van Kenis en Provan (2009) en Heinz (2010) die omschrijven dat effectiviteit van samenwerking niet gemeten kan worden door het ontbreken van objectieve criteria. Daarentegen stellen critici dat samenwerking gesplitst kan worden in harde en zachte indicatoren waarbij de harde indicatoren van effectiviteit gemeten kunnen worden (Klijn et al., 2010; Sydow & Windeler, 1998).

Onderzoeken naar samenwerkingsverbanden beweren dat een goede onderlinge samenwerking leidt tot het behalen van doelen en dat weer een positief effect heeft op samenwerking (Ferlie & Pettigrew, 1996; Agranoff & McGuire, 2003; Mitchell & Shortell, 2000). Echter beweren Human en Porvan (2000) dat een spanningsveld ontstaat binnen samenwerkingsrelaties tussen het behalen van korte-termijndoelen en het ontwikkelen van een duurzame relatie. Dit spanningsveld wordt ook beschreven in het onderzoek van Klaster (2017) naar de effectiviteit van regionale samenwerking. Klaster (2017) en Genugten et al., (2017) omschrijven factoren waardoor het spanningsveld verkleint wordt en effectieve samenwerking ontstaat. De belangrijkste factoren uit de onderzoeken zijn: urgentie, gedeeld belang en vertrouwen (Klaster, 2017; Genugten et al., 2017).

In de methode RTDC is samenwerking tussen high care- en verpleegafdelingen een belangrijke voorwaarde. Dagelijks worden patiënten namelijk overgeplaatst vanuit de high care afdelingen naar de verpleegafdelingen. Voor deze overplaatsing is het van belang dat de verpleegkundige een goede inschatting maakt over de zorg die een patiënt nodig heeft. Zo moeten de verpleegafdelingen de zorg voor een patiënt kunnen leveren wanneer een patiënt van de high care afdeling overgeplaatst wordt. Daarnaast is van belang dat er een goede doorstroom is van patiënten van de high care afdelingen naar de verpleegafdelingen zodat meer patiënten opgenomen kunnen worden op de high care afdelingen (Van Eijk et al., 2019).

In het dagelijkse beddenoverleg, waarvan elke high care- en verpleegafdeling een verpleegkundige deelneemt, wordt dagelijks samengewerkt om de gehele patiëntstroom in het ziekenhuis te beheren. Verpleegafdelingen werken samen om overcapaciteit op te vangen waar nodig. Daarnaast kunnen verpleegkundigen elkaar een hulpvraag stellen wanneer zij extra zorg of personele inzet nodig hebben op de afdeling (Van Eijk et al., 2019).

Bovenstaande maakt inzichtelijk dat samenwerking tussen verpleegkundigen essentieel is om dagelijks de juiste zorg aan patiënten te kunnen bieden. In de samenwerking tussen verpleegkundigen spelen de factoren uit de onderzoeken van Klaster (2017) en Genugten et al., (2017), namelijk: urgentie, gedeeld belang en vertrouwen een belangrijke rol.

### 3.3.2 Urgentie

Urgentie is de eerste verklarende factor voor effectieve samenwerking (Klaster, 2017; Genugten et al., 2017). Urgentie wordt door Ansell en Gash (2007) omschreven als de urgentie die actoren voelen om met elkaar samen te werken waarbij een wederzijdse afhankelijkheid ontstaat voor het bereiken van doelstellingen. Dit ondersteunt de omschrijving van Genugten et al., (2017) waarin urgentie verwijst naar de mate waarin actoren met elkaar willen samenwerken. Klaster (2017) veronderstelt dat actoren niet alleen de urgentie moeten voelen om met elkaar samen te werken, maar ook de urgentie voor het oplossen van een gemeenschappelijk probleem moeten ervaren. Daarnaast moeten de actoren volgens Klaster (2017) de urgentie voelen om acties op te stellen uit te voeren om het probleem aan te pakken.

Als voorbeeld in het onderzoek van Klaster (2017) wordt het probleem jeugdwerkloosheid in gemeenten aangehaald. De jeugdwerkloosheid wordt door de overheid gezien als een urgent issue (Klaster, 2017). Gemeenten ervaren echter een groter probleem bij de werkloosheid onder de 45+ers. Hierdoor voelen de gemeenten niet de urgentie om het probleem van de jeugdwerkloosheid aan te pakken (Klaster, 2017).

Daarnaast moet het beleid van de organisaties de ruimte geven om te kunnen samenwerken en organisaties moeten in staat zijn beleid aan te passen om flexibiliteit te creëren waar nodig (Klaster, 2017). Tot slot hebben randvoorwaarden van beleid een sterke invloed op de mate van de ervaren urgentie (Klaster, 2017). Zo moeten volgens Klaster (2017) voldoende middelen aanwezig zijn, een zo min mogelijke administratieve last ervaren worden en moet het beleid heldere en consistente doelen als uitgangspunt hebben.

Voor het huidige onderzoek is het van belang in kaart te brengen of de verpleegkundigen de urgentie voelen om de methode RTDC uit te voeren. Ten eerste is het van belang in kaart te brengen hoe verpleegkundigen het doel van RTDC omschrijven. Zo wordt inzichtelijk gemaakt of er overeenstemming is tussen het doel van RTDC vanuit het beleidsdocument en ervaringen van de verpleegkundigen in de praktijk. Daarnaast is het van belang in kaart te brengen of de verpleegkundigen zich verantwoordelijk voelen om de werkwijze van de methode RTDC toe te passen in de dagelijkse praktijk. Op deze wijze wordt de urgentie aangetoond. Verder is het van belang inzichtelijk te maken in hoeverre verpleegkundigen ervaren dat de methode RTDC een effect heeft op de patiëntstroom in het Radboudumc. Een voorwaarde voor samenwerking is namelijk dat actoren meerwaarde zien in de aanpak van een probleem (Genugten, 2017; Klaster, 2017). Volgens Klaster (2017) en Genugten et al., (2017) heeft de mate van ervaren urgentie invloed op de samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen. Wat weer een positief effect heeft op de patiëntstroom.

### 3.3.3 Gedeeld belang

Genugten et al., (2017) stellen dat een gedeeld belang tussen actoren een directe invloed heeft op de samenwerking. Tussen actoren waarbij een gedeeld belang sterk aanwezig is wordt de samenwerking als effectief ervaren (Genugten et al., 2017). Dat terwijl bij actoren waarin het belang het gedeeld belang neutraal is of regelmatig wisselt de samenwerking als minder effectief wordt ervaren (Genugten et al., 2017). Volgens Genugten et al., (2017) zouden actoren er regelmatig aan herinnerd moeten worden waarom zij samenwerken en wat het gedeelde belang is. Zo blijkt dat wanneer overeenstemming is over het gedeelde belang dit een positief effect heeft op de samenwerking (Genugten et al., 2017). Op het moment dat een verandering gaat plaatsvinden of een belangrijke beslissing genomen moet worden is het volgens Genugten et al., (2017) aan te bevelen om een time-out in te nemen en elkaar als actoren de vraag te stellen waarom zij samenwerken.

Voor het huidige onderzoek is het van belang inzichtelijk te maken in welke mate verpleegkundigen een gedeeld belang ervaren voor uitvoeren van de methode RTDC. Zo is het van belang in kaart te brengen in welke mate verpleegkundigen ervaren dat RTDC invloed heeft op samenwerking in het beddenoverleg tussen high care- en verpleegafdelingen. Daarnaast kan de invloed op de communicatie na de invoering van de methode RTDC inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van ervaringen van de verpleegkundigen. De veronderstelling is namelijk dat na de invoering van de methode RTDC de communicatie tussen high care- en verpleegafdelingen is verbeterd (Van Eijk et al., 2017), doordat een dagelijks beddenoverleg plaatsvindt waar verpleegkundigen face-to-face afspraken met elkaar kunnen maken. Op deze wijze kan aangetoond worden in welke mate verpleegkundigen een gedeeld belang ervaren voor het uitvoeren van de methode RTDC. Het ervaren van een gedeeld belang tussen

verpleegkundigen bevordert namelijk de samenwerking. Wat weer leidt tot een positief effect op de patiëntstroom.

#### **3.3.4 Vertrouwen**

Daarnaast is vertrouwen een van de verklarende factoren voor effectieve samenwerking (Klaster, 2017; Genugten et al., 2017). Genugten et al., (2017) verwijst met vertrouwen naar het vertrouwen dat actoren hebben in elkaar om effectief te kunnen samenwerken. Volgens Klaster (2017) zijn actoren eerder bereid om samen te werken wanneer sprake is van vertrouwen in elkaar. Daarnaast omschrijven Turrini et al., (2010) en Ansell en Gash (2007) dat een gebrek aan vertrouwen kan leiden tot een mislukte samenwerking. In de samenwerking is het volgens Genugten et al., (2017) van belang dat actoren zowel kunnen geven als nemen in een proces. Om dit proces goed te laten verlopen is vertrouwen een belangrijke factor (Genugten et al., 2017). Vertrouwen heeft tevens een zelfversterkend effect. Zo heeft een toename in vertrouwen een positief effect op samenwerking. Wat vervolgens weer positief is voor vertrouwen. Wat uiteindelijk leidt tot een toename van effectiviteit (Genugten et al., 2017).

In het huidige onderzoek is het van belang inzichtelijk te maken in welke mate sprake is van vertrouwen tussen de verpleegkundigen van high care- en verpleegafdelingen. Onderling vertrouwen heeft namelijk een positief effect op samenwerking (Genugten et al., 2017). Verder is het van belang om in kaart te brengen of afspraken die worden gemaakt in het beddenoverleg na worden gekomen door verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen. Het nakomen van afspraken heeft namelijk een effect op vertrouwen (Genugten et al., 2017). Zoals Genugten et al., (2017) omschrijven heeft vertrouwen een positief effect op samenwerking wat de (over)plaatsing van patiënten en daarmee de patiëntstroom kan bevorderen.

#### **3.3.5 Samenwerking**

Tot slot is samenwerking een breed concept dat vanuit de literatuur op gevarieerde wijze wordt gedefinieerd. Zo kan samenwerking gezien worden als middel om economisch voordeel te maximaliseren (Gray, 2007). Vanuit een meer sociale benadering wordt samenwerking gezien als het oplossen van een collectief sociaal probleem. Samenwerking is hierin geen vaststaand gegeven maar een dynamisch proces. Een bekende definitie, die ook in dit onderzoek wordt gebruikt, is die van Thomson et al., (2007): “samenwerking is een proces waarbij actoren met elkaar werken door middel van gezamenlijke regels en structuren die relaties creëren om te handelen en beslissingen te nemen over kwesties die hen hebben samengebracht.”

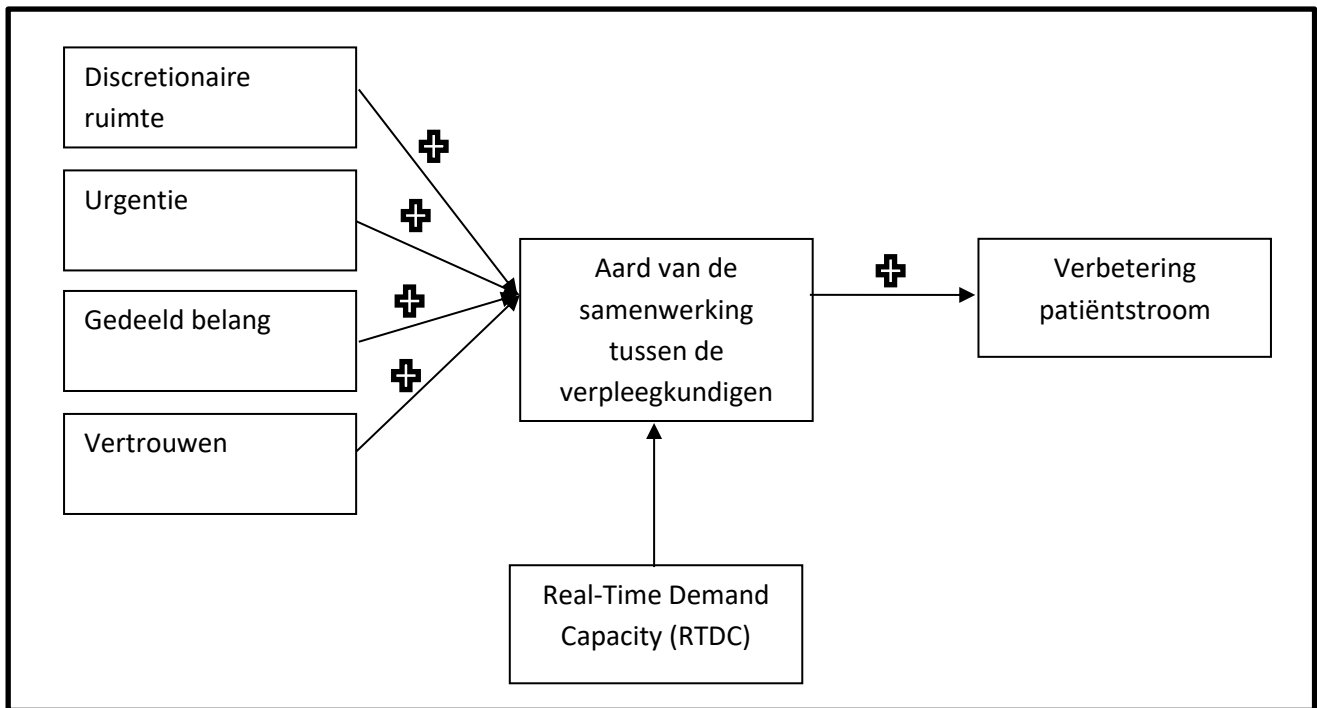
Noordegraaf, Geuijen en Meijer (2011) stellen dat samenwerking in een ziekenhuis van groot belang is om de juiste zorg te bieden aan patiënten. Zo kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een patiënt met meerdere aandoening waarbij het van belang is om samen te werken tussen afdelingen om de patiënt de juiste zorg te kunnen bieden.

In het huidige onderzoek staat de samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen centraal. Zo moeten verpleegkundigen dagelijks samenwerken om patiënten (over) te plaatsen. High care- en verpleegafdelingen zijn hierin sterk van elkaar afhankelijk en moeten daarom goede afspraken maken en naleven. De patiëntstroom in het Radboudumc is namelijk afhankelijk van een efficiënte (over)plaatsing van patiënten. Dit doel kan alleen gerealiseerd worden op het moment dat verpleegkundigen met elkaar samenwerken om patiënten op de juiste afdeling te plaatsen voor de juiste zorg. Dit sluit aan bij de beleidsdoelstelling van de methode RTDC, namelijk: “iedere patiënt krijgt de juiste zorg op

de juiste plek op het juiste moment” (Van Eijk, et al., p. 3, 2019). In dit onderzoek is de aard van de samenwerking dan ook gericht op het efficiënt (over)plaatsen van patiënten voor een verbeterde patiëntstroom in het Radboudumc.

### 3.4 Conceptueel model

Op basis van de factor discretionaire ruimte van Lipsky (1980) en de factoren voor effectieve samenwerking: urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van Klaster (2017) en Genugten et al., (2017) is het conceptuele model in figuur 1 tot stand gekomen.



Figuur 1: *Conceptueel model*

## 4. Methodologisch kader

In dit hoofdstuk worden de methodologische keuzes voor dit onderzoek beschreven en verantwoord, om zo een transparant beeld te verschaffen over de uitvoering van het onderzoek. Ten eerste wordt de onderzoeksstrategie toegelicht waarbij in wordt gegaan op dit onderzoek als kwalitatieve case study. Vervolgens wordt de caseselectie toegelicht. Daarna worden de onderzoeksmethoden en bronnen die zijn gebruikt in dit onderzoek beschreven. Vervolgens worden de theoretische factoren uit het theoretisch kader meetbaar gemaakt. Tot slot worden de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek verantwoord.

### 4.1 Onderzoeksstrategie

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn in het theoretisch kader factoren beschreven waarbij in kaart is gebracht in welke mate deze factoren tot uiting komen in de praktijk. Hierdoor wordt het onderzoek benaderd vanuit een theoretisch raamwerk wat volgens Bleijenbergh (2013) verwijst naar deductief onderzoek. Het huidige onderzoek is van kwalitatieve aard. Een reden voor de kwalitatieve onderzoeksbenadering is om gedetailleerde informatie te verkrijgen over de ervaringen van verpleegkundigen met de methode RTDC. Bleijenbergh (2013) omschrijft een kwalitatief onderzoek als het verzamelen van informatie en het interpreteren over een sociaal verschijnsel. Het doel van kwalitatief onderzoek is niet om theorieën te testen, zoals bij kwantitatief onderzoek, maar om inzicht te krijgen in waarnemingen en achterliggende patronen (Bleijenbergh, 2013).

Kwalitatief onderzoek is in dit onderzoek toegepast in de vorm van een case study. Boeije (2006) omschrijft een case study als een vorm van kwalitatief onderzoek waarbij één of enkele manifestaties van een sociaal fenomeen diepgaand worden bestudeerd in haar natuurlijke omgeving. Door middel van een case study is praktijkgericht onderzoek verricht op de high care- en verpleegafdelingen van het Radboudumc. Van Thiel (2010) omschrijft dat een case study een gebruikelijke methode is in de Bestuurskunde als het gaat om actuele onderwerpen die zich afspelen in de dagelijkse praktijk. Daarnaast is de keuze gemaakt voor een case study om diepgaande informatie van de verpleegkundigen te verkrijgen over de ervaringen met de methode RTDC. Een andere reden voor het toepassen voor kwalitatief onderzoek in de vorm van een case study is om het perspectief vanuit de verpleegkundigen te kunnen begrijpen.

In dit onderzoek is het van belang om te achterhalen en te begrijpen hoe verpleegkundigen de methode RTDC ervaren in de praktijk. Hoe de verpleegkundigen de methode RTDC in de praktijk ervaren is immers van invloed op de uitvoering van de methode en daarmee de patiëntstroom in het Radboudumc. Klaster (2017) en Genugten et al., (2017) omschrijven dat wanneer actoren vertrouwen hebben in elkaar dit een positief effect heeft het behalen van doelstellingen en de samenwerking tussen actoren. De verpleegkundigen spelen daardoor een belangrijke rol in het beheren van de patiëntstroom en daarmee het uitvoeren van de methode RTDC.



## 4.2 Caseselectie

Dit onderzoek is uitgevoerd bij Adviesgroep Procesverbetering en Implementatie (PVI) binnen het Radboudumc. De aanleiding voor het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in ervaringen van de verpleegkundigen met de methode RTDC. De case in dit onderzoek is daarom de methode RTDC die in juni 2018 is geïmplementeerd voor het herinrichten van de patiëntstroom in het Radboudumc. De subeenheden in dit onderzoek zijn de zeventien verpleegafdelingen en de drie high care afdelingen in het Radboudumc. De methode RTDC is namelijk geïmplementeerd op deze afdelingen en daarom is het van belang deze verschillende subeenheden afzonderlijk met elkaar te vergelijken. Volgens Yin (2003) verwijst een onderzoek met meer dan één subeenheid naar een embedded case study. Door middel van een identificatie van subeenheden is op getailleerd niveau informatie verkregen. De vergelijking van subeenheden is toegepast door middel van minstens één interview met een verpleegkundige van elke high care- en verpleegafdeling. Op deze wijze zijn de theoretische factoren bestudeerd in de praktijk en zijn ervaringen van de verpleegkundigen in kaart gebracht (Bleijenbergh, 2013). In bijlage 1 is een overzicht weergegeven van de respondenten.

## 4.3 Onderzoeksmethoden en bronnen

Om aan de hand van theoretische factoren ervaringen van de verpleegkundigen met de methode RTDC in kaart te brengen is gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden, namelijk een documentanalyse en interviews. Door het toepassen van een triangulatie van onderzoeksmethoden in een case study komen de beperkingen van validiteit en betrouwbaarheid zo min mogelijk in het geding (Van Thiel, 2015). In deze paragraaf worden de onderzoeksmethoden toegelicht.

Ten eerste is gebruik gemaakt van een documentanalyse om een beeld te verkrijgen van het beleid voor het herinrichten van de patiëntstroom in het Radboudumc. Daarnaast zijn bestaande bronnen gebruikt om een overzicht te krijgen over de betrokken afdelingen, namelijk de high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. Door het toepassen van deze methode is inzicht verkregen in beoogde werking en beleidsdoelstelling van de methode RTDC. De bronnen zijn gebruikt worden om een vergelijking te maken tussen de beoogde beleidsverwachtingen en ervaringen van de verpleegkundigen met de methode RTDC om ten einde aanbevelingen te kunnen geven om beleidsverwachtingen en resultaten beter te laten matchen.

Er zijn twee selectiecriteria gehanteerd om te bepalen of een bron wordt gebruikt in dit onderzoek. Het eerste selectie criterium betreft dat de inhoud van het document betrekking moet hebben op de methode RTDC of de high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. Het tweede selectie criterium is dat de bron betrekking heeft op één van de factoren, namelijk: discretionaire ruimte, urgentie, gedeeld belang of vertrouwen. Op deze wijze is gewaarborgd dat relevante bronnen zijn gebruikt in dit onderzoek. In samenspraak met het projectteam RTDC zijn de benodigde bronnen samengesteld. Tevens is het op het intranet van het Radboudumc relevant materiaal geraadpleegd.

Ten tweede is gebruik gemaakt van interviews. Bleijenbergh (2013) omschrijft dat het afnemen van interviews een geschikte methode is bij het verrichten van deductief onderzoek. Zo geven semigestructureerde interviews de mogelijkheid om theoretische factoren systematisch te bevragen. Daarnaast is ook de ruimte bij semigestructureerde interviews om

door te vragen naar achterliggende motivaties, gedachten en ideeën, hierdoor kan gedetailleerde informatie verkregen worden (Bleijenbergh, 2013). Het huidige onderzoek gaat namelijk over de ervaringen van de verpleegkundigen. Door het afnemen van semigestructureerde interviews is inzicht verkregen in de waarnemingen en achterliggende motieven van de verpleegkundigen met de methode RTDC.

Het selecteren van de respondenten voor het afnemen van de interviews is op een doelgerichte wijze gedaan, wat verwijst naar *purposive sampling* volgens Hennink, Hutter en Bailey (2011). Voor dit onderzoek is het namelijk van belang verpleegkundigen te interviewen die dagelijks werken met de methode RTDC. De verpleegkundigen zijn per afdeling in samenspraak met de flow manager RTDC geselecteerd op basis van ervaring met de methode RTDC. Door verpleegkundigen te interviewen die veel ervaring hebben in de praktijk met de uitvoering van de methode RTDC is gedetailleerde informatie verkregen. Daarnaast zijn de verpleegkundige die veel ervaring hebben met de methode RTDC vaak ook teamleider of seniorverpleegkundige van de high care- of verpleegafdeling. Dit betekent dat deze verpleegkundigen tijd beschikbaar hebben voor het uitvoeren van management taken en het meewerken aan onderzoeken, waaronder dit onderzoek. In bijlage 1 is een overzicht weergegeven van de respondenten.

### **Locatie**

De interviews hebben plaatsgevonden op de afdeling van de respondent, hierdoor is de respondent in een vertrouwde omgeving waardoor de respondent zich eerder kan openstellen en diepgaande informatie verkregen kan worden (Bleijenbergh, 2013). Daarnaast is de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind doordat de respondent in een vertrouwde omgeving is (Bleijenbergh, 2013). Tot slot vergt het geen grote tijdsinvestering van de respondent waardoor de kans dat een respondent wil deelnemen is vergroot.

### **Afnemen semigestructureerde interviews**

Voorafgaand het interview is een korte introductie van het onderzoek gegeven, is akkoord gevraagd voor een opname en is toegelicht op welke wijze de verwerking van het interview heeft plaatsgevonden. De respondenten zijn geanonimiseerd zodat de respondenten vrij en open uitspraken konden doen over de ervaringen in de praktijk. Dit betekent dat uitspraken van respondenten niet herleidbaar zijn naar de personen (Bleijenbergh, 2013).

### **Data-analyse**

Na het afnemen van de interviews zijn de interviews vanuit de opname samengevat. Bij een samenvatting wordt alleen de strekking van elke passage uitgeschreven (Bleijenbergh, 2013). In de verwerking van de resultaten is de afdeling waar de respondent werkzaam is zichtbaar, zodat te herleiden is voor welke afdelingen aanbevelingen gedaan kunnen worden om beleidsverwachtingen en resultaten beter te laten matchen. Het analyseren van de data is gedaan met behulp van het programma Atlas-ti. Door middel van het programma Atlas-ti is de kwalitatieve onderzoeksdata geanalyseerd. De operationalisering in tabel 1 was de leidraad voor de codering van de data. Het programma Atlas-ti geeft de mogelijkheid om de data overzichtelijk en digitaal te ordenen door middel van het structureren en coderen van de

uitgewerkte interviews. Op deze manier is systematisch informatie verzameld, wat aansluit bij deductief onderzoek volgens Bleijenbergh (2013).

### **Toekennen van scores**

Bij het analyseren van de data is gebruik gemaakt van een liktertschaal om een duidelijk inzicht te geven in welke mate de factoren uit het conceptueel model aanwezig zijn bij de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC. Er zijn vier scores gebruikt in het onderzoek, namelijk:

- Aanwezig
- Enigszins aanwezig
- Enigszins afwezig
- Afwezig

Het toekennen van de scores is gedaan door logisch redeneren aan de hand van de data met behulp van het programma Atlas-ti door de onderzoeker. De eerste score, aanwezig, betekent dat de verpleegkundigen ervaren dat de factor aanwezig is na de invoering van de methode RTDC. De tweede score, enigszins aanwezig, betekent dat verpleegkundigen ervaren dat de factor meer elementen van aanwezigheid bevat dan afwezigheid. Op het moment dat verpleegkundigen aangeven dat het element afwezigheid van de factor overheerst op het element aanwezigheid is de derde score, enigszins afwezig toegekend. Tot slot betekent de vierde score, afwezig, dat de verpleegkundigen ervaren dat de factor afwezig is na de invoering van de methode RTDC.

Daarnaast is informatie verkregen vanuit de interviews met de verpleegkundigen en de documentanalyse die niet vast te leggen zijn in bovenstaande scores. Echter kan deze informatie van groot belang zijn om inzicht te verkrijgen in de ervaringen van de verpleegkundigen met de methode RTDC. Om deze reden is deze informatie ook meegenomen in de analyse voor de beantwoording van de hoofdvraag. Hierdoor kan het dus voorkomen dat niet aan alle informatie in de analyse scores zijn toegekend.

## **4.4 Operationalisering**

De operationalisering van de theoretische factoren is gebaseerd op het theoretisch kader in hoofdstuk 3 en het conceptueel model in paragraaf 3.4. Ten eerste is de factor discretionaire ruimte geoperationaliseerd. Vervolgens zijn de factoren voor effectieve samenwerking, namelijk: urgentie, gedeeld belang en vertrouwen geoperationaliseerd (Lispky, 1980; Klaster, 2017; Genugten et al., 2017). Een toename van de factoren leidt tot een verbeterde patiëntstroom in het Radboudumc. Het meetbaar maken van de factoren is gedaan door middel van een boomstructuur. Bleijenbergh (2013) beschrijft dat de operationalisering in deductief onderzoek plaatsvindt door gebruik te maken van een boomstructuur waarbij definities uiteen worden gezet in dimensies en voor elke dimensie een indicator is vastgesteld (Bleijenbergh, 2013). Aan de hand van de operationalisering in tabel 1 is een interviewschema opgesteld, zie bijlage 2.

### **4.4.1 Operationalisatie factoren**

De operationalisatie van de factoren zijn gebaseerd op de inzichten uit het theoretisch kader in hoofdstuk 3. Aan de hand van deze inzichten zijn de factoren meetbaar gemaakt. Dit betekent dat de factoren zijn opgesplitst in dimensies en indicatoren.

### **Discretionaire ruimte**

De factor discretionaire ruimte is gemeten aan de hand van twee dimensies, namelijk: beslissingsbevoegdheden overplaatsen patiënten en beslissingsbevoegdheden ontslag patiënten. Discretionaire ruimte in dit onderzoek verwijst naar de beslissingsbevoegdheden die verpleegkundigen ervaren om besluiten te nemen ten aanzien van de zorg van een patiënt na de invoering van de methode RTDC. De eerste dimensie heeft betrekking op de beslissingsbevoegdheden van de verpleegkundigen in het (over)plaatsen van patiënten dat is veranderd na de invoering van de methode RTDC. Daarnaast heeft de tweede dimensie betrekking de beslissingsbevoegdheden van de verpleegkundige in het wel/ niet met ontslag laten gaan van patiënten. Het beleidsdocument van de methode RTDC omschrijft namelijk dat verpleegkundigen meer beslissingsbevoegdheden krijgen in het (over)plaatsen en het met ontslag laten gaan van patiënten na de invoering van de methode RTDC (Van Eijk et al., 2018). Verpleegkundigen krijgen meer beslissingsbevoegdheden doordat zij voorspellen welke patiënten voor 14.00 uur met ontslag kunnen gaan. Verpleegkundigen kunnen deze inschatting goed maken, omdat zij zorgen voor de patiënten, de familie kennen en kunnen schakelen met de arts (Radboudumc, 2018).

### **Urgentie**

De eerste factor voor effectieve samenwerking is urgentie dat is gemeten aan de hand van twee dimensies, namelijk: overeenstemming doel van de methode RTDC en de mate waarin verpleegkundigen ervaren dat RTDC een effect heeft op de doorstroom van patiënten. Urgentie in dit onderzoek verwijst naar de mate waarin verpleegkundigen de urgentie ervaren voor het uitvoeren van de methode RTDC. Een voorwaarde voor effectieve samenwerking is namelijk dat actoren zich willen inzetten voor het oplossen van een gemeenschappelijk probleem (Ansell & Gash, 2007; Genugten et al., 2017; Klaster, 2007). Voordat in kaart gebracht kan worden in welke mate verpleegkundigen een effect ervaren op de patiëntstroom is het van belang inzicht te krijgen hoe verpleegkundigen het doel van de methode RTDC omschrijven. Overeenstemming over een gezamenlijke doel versterkt namelijk de mate van ervaren urgentie (Genugten, 2017; Klaster, 2017). Vervolgens is door middel van de tweede dimensie in kaart gebracht in welke mate verpleegkundigen ervaren dat de methode RTDC een effect heeft op de patiëntstroom. Samenwerking tussen verpleegkundigen kan namelijk alleen plaatsvinden wanneer verpleegkundigen ervaren dat de methode RTDC een effect heeft op de patiëntstroom. Zo voelen de verpleegkundigen de urgentie om samen te werken voor een gemeenschappelijk doel, namelijk de patiëntstroom in het Radboudumc.

### **Gedeeld belang**

De volgende factor voor effectieve samenwerking is gedeeld belang dat is gemeten aan de hand van de dimensies: samenwerking in het beddenoverleg en communicatie. Gedeeld belang in dit onderzoek verwijst naar de mate waarin verpleegkundige een gedeeld belang ervaren voor samenwerking tussen de high care- en verpleegafdelingen voor het beheren van de patiëntstroom. Ten eerste is de dimensie samenwerking in het beddenoverleg enerzijds gemeten door de mate waarin verpleegkundige ervaren dat de methode RTDC invloed heeft op de samenwerking tussen de high care- en verpleegafdelingen. Anderzijds is de dimensie samenwerking gemeten aan de hand van de bereidheid van high care- en verpleegafdelingen

om elkaar te helpen in het beddenoverleg, bijvoorbeeld wanneer een afdeling te weinig bedden capaciteit heeft of een andere hulpvraag stelt. Samenwerking tussen verpleegkundigen van high care- en verpleegafdelingen leidt namelijk tot een betere (over)plaatsing van patiënten, wat een positief effect heeft op de patiëntstroom. De tweede dimensie, communicatie, is gemeten door de mate waarin verpleegkundige ervaren dat de methode RTDC invloed heeft op de communicatie tussen de high care- en verpleegafdelingen. Door middel van deze dimensies is de mate van het gedeelde belang aangetoond. Een gedeeld belang heeft volgens Genugten et al., (2017) namelijk een positief effect op samenwerking.

### **Vertrouwen**

De factor vertrouwen van effectieve samenwerking is gemeten aan de hand van de dimensies: onderling vertrouwen en het nakomen van afspraken in het beddenoverleg. Vertrouwen verwijst in dit onderzoek naar het vertrouwen dat verpleegkundigen hebben in elkaar. Ten eerste is de dimensie onderling vertrouwen gemeten door de mate waarin vertrouwen tussen verpleegkundigen is veranderd na de invoering van de methode RTDC. Onderling vertrouwen tussen verpleegkundigen is namelijk een voorwaarde voor effectieve samenwerking (Genugten et al., 2017; Klaster, 2017). Daarnaast heeft de factor vertrouwen betrekking op het nakomen van afspraken in het beddenoverleg. Het nakomen van afspraken in het beddenoverleg heeft een positief effect op het onderling vertrouwen. Op deze wijze is in kaart gebracht wat er is veranderd in het vertrouwen tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC.

### **Samenwerking**

De factor samenwerking is gemeten aan de hand van de dimensie: invloed van organisatieverandering op samenwerking. Samenwerking verwijst in dit onderzoek naar de samenwerking die verpleegkundigen ervaren tussen de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC. De veronderstelling vanuit het beleidsdocument van de methode RTDC is namelijk dat door de vaste stappen die zijn geformuleerd voor de werking van de methode RTDC, gezamenlijke regels en vaste structuren zijn ontstaan. Deze vaste structuur zou de samenwerking moeten bevorderen (Van Eijk et al., 2019). Door in kaart te brengen bij de verpleegkundigen wat de invloed is van de methode RTDC op de samenwerking tussen de verpleeg- high care afdelingen kan deze invloed worden aangetoond.

## **4.5 Validiteit**

### **4.5.1 Interne validiteit**

Van Thiel (2010) verwijst met interne validiteit naar of er daadwerkelijk gemeten wordt wat gemeten zou moeten worden. Om de interne validiteit te waarborgen zijn in het huidige onderzoek meerdere maatregelen gehanteerd. Zo heeft een triangulatie van onderzoeksmethoden plaatsgevonden om beperkingen van interne validiteit te verkleinen. Daarnaast heeft een operationalisering van de factoren plaatsgevonden waarmee de ervaringen van verpleegkundigen met de methode RTDC in kaart zijn gebracht. De factoren zijn afgebakend en helder omschreven zowel in het theoretisch kader als in de operationalisering in tabel 1, waardoor geen misvattingen over het gebruik van de factoren kan ontstaan. Tevens zijn

de factoren in de operationalisatie meetbaar gemaakt door dimensies en indicatoren waardoor de verkregen informatie uit de semigestructureerde interviews valide is.

De selectie van respondenten voor het afnemen van de semigestructureerde interviews is echter op doelgerichte wijze gedaan. De interviews zijn namelijk afgenomen bij één verpleegkundige per verpleeg- of high care afdeling die veel ervaring heeft met de uitvoering van de methode RTDC. De doelgerichte selectie kan leiden tot een selectie bias in het onderzoek. Om gedetailleerde informatie te verkrijgen over de ervaringen met de methode RTDC is het echter essentieel om verpleegkundigen te interviewen die in de dagelijkse praktijk de methode RTDC uitvoeren. Daarnaast was er nog een praktische reden, namelijk de verpleegkundigen zijn tevens teamleider of seniorverpleegkundige waardoor zij tijd beschikbaar hebben voor het uitvoeren van management taken en het meewerken aan onderzoeken, waaronder dit onderzoek.

#### **4.5.2 Externe validiteit**

De externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van de resultaten van het onderzoek (Van Thiel, 2010). De externe validiteit is in dit onderzoek relatief laag, omdat de onderzoeksresultaten specifiek gericht zijn op methode RTDC voor de high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. Desondanks kunnen andere ziekenhuizen in Nederland leren van de toepassing en ervaringen van de verpleegkundigen met methode RTDC. Deze kennis kan op regionaal en landelijk niveau in andere ziekenhuizen worden gebruikt waardoor effectieve samenwerking en (over)plaatsing van patiënten kan ontstaan.

De generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar alle high care- en verpleegafdelingen en daarmee het gehele Radboudumc is echter hoger. Doordat met elke verpleegkundige van de high care- en verpleegafdelingen één interview is afgenomen vindt er theoretische saturatie plaats. Theoretische saturatie verwijst volgens Bleijenbergh (2013) naar het moment dat genoeg respondenten zijn geïnterviewd en er geen nieuwe informatie meer gevonden wordt. Een belangrijk aspect hierbij is dat alle relevante respondenten zijn geïnterviewd (Bleijenbergh, 2013). Dit aspect is in dit onderzoek gewaarborgd door het doelgericht selecteren van respondenten in samenspraak met de flow manager RTDC, waarbij 20 interviews worden afgenomen bij elke verpleegkundige van de high care- en verpleegafdeling in het Radboudumc. Op deze wijze kunnen de resultaten gegeneraliseerd worden naar alle high care- en verpleegafdelingen van het Radboudumc.

#### **4.6 Betrouwbaarheid**

De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt volgens Van Thiel (2010) bepaald door de nauwkeurigheid en consistentie waarmee dataverzameling tot stand komt. Ten eerste zijn er maatregelen genomen om de nauwkeurigheid in dit onderzoek te waarborgen. Zo zijn de theoretische factoren geoperationaliseerd in dimensies en indicatoren. De operationalisatie van de theoretische factoren zijn zowel uitsluitend als eenduidig. Op basis van de operationalisatie van de theoretische factoren is een interviewgide opgesteld, zie bijlage 2. Op deze wijze zijn de interviews schematisch afgenomen en zijn alle onderwerpen aan bod gekomen. Voor de verslaglegging van het interview is gebruik gemaakt van audio-opnames. Zo kon gemakkelijk teruggeluisterd worden wat er gezegd is en kon tijdens het afnemen van het interview de volledige aandacht op de respondent gericht zijn. Naderhand zijn de interviews getranscribeerd

en samengevat. Door het toepassen van deze maatregelen is de nauwkeurigheid en daarmee de betrouwbaarheid in dit onderzoek gewaarborgd.

De consistentie heeft betrekking op de herhaalbaarheid van het onderzoek (Van Thiel, p. 57, 2010). De semigestructureerde interviews zijn eenmalig afgenomen waardoor de kans ontstaat op veranderende meningen of percepties van de respondenten, hierdoor is de consistentie minder hoog. Echter is het doel bij kwalitatief onderzoek ook niet om herhaalbaarheid te laten plaatsvinden. Het onderzoek is namelijk gericht op de specifieke case voor het herinrichten van de patiëntstroom door de methode RTDC in het Radboudumc. Desondanks is herhaalbaarheid van het onderzoek mogelijk doordat stapsgewijs is beschreven op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd en tot resultaten en conclusies zijn gekomen. De interviews zijn opgenomen en samengevat waardoor de vergaarde informatie te raadplegen is.

Tabel 1: Operationalisering

Factor	Definitie	Stipulatieve definitie	Dimensie	Indicator
<b>Discretionaire ruimte</b>	Ambtenaren van openbare diensten die tijdens hun werk rechtstreeks contact hebben met burgers en die een aanzienlijke vrijheid hebben bij de uitvoering van hun werk (Lipsky, 1980, p. 28)	De discretionaire ruimte die verpleegkundigen ervaren om besluiten te nemen ten aanzien van de zorg van een patiënt na de invoering van de methode RTDC	Beslissingsbevoegdheden (over)plaatsen patiënten	De mate waarin de rol van de verpleegkundigen ten aanzien van het (over)plaatsen van patiënten is veranderd na de invoering van RTDC
			Beslissingsbevoegdheden ontslag patiënten	De mate waarin verpleegkundigen de zeggenschap over het wel/ niet met ontslag laten gaan van een patiënt is veranderd na de invoering van RTDC
<b>Urgentie</b>	De urgentie die actoren ervaren voor het oplossen van een gemeenschappelijk probleem (Ansell & Gash, 2007; Genugten et al., 2017; Klaster, 2007)	De urgentie die verpleegkundigen ervaren voor het uitvoeren van de methode RTDC	Overeenstemming doel RTDC	De mate waarin verpleegkundigen overeenstemming ervaren in het doel van RTDC
			Effect RTDC op patiëntstroom	De mate waarin de verpleegkundigen een effect op de patiëntstroom ervaren na de invoering van RTDC



<b>Gedeeld belang</b>	De mate waarin actoren een gedeeld belang ervaren voor het uitvoeren taken en behalen van doelstellingen (Genugten et al., 2017)	Het gedeelde belang dat verpleegkundigen tussen de high care- en verpleegafdelingen ervaren na de invoering van de methode RTDC	Samenwerking beddenoverleg	De mate waarin verpleegkundigen ervaren dat RTDC invloed heeft op de samenwerking in het beddenoverleg tussen high care- en verpleegafdelingen
				De bereidheid van verpleegkundigen om elkaar te helpen in het beddenoverleg wanneer een afdeling te weinig bedden capaciteit heeft
			Communicatie	De mate waarin verpleegkundigen ervaren dat RTDC invloed heeft op de communicatie tussen high care- en verpleegafdelingen
<b>Vertrouwen</b>	Het onderling vertrouwen tussen de actoren om effectief te kunnen samenwerken (Genugten et al., 2017; Klaster, 2017)	Het vertrouwen dat verpleegkundigen ervaren in elkaar om samen te werken na de invoering van de methode RTDC	Onderling vertrouwen	De mate waarin onderling vertrouwen tussen verpleegkundigen high care- en verpleegafdelingen is veranderd na de invoering van RTDC
				De mate waarin verpleegkundigen onderling vertrouwen ervaren in het beddenoverleg

			Nakomen afspraken in het beddenoverleg	De mate waarin besluiten en afspraken in het beddenoverleg worden nagekomen door high care- en verpleegafdelingen
<b>Samenwerking</b>	De samenwerking tussen actoren door middel van gezamenlijke regels en vaste structuren die relaties creëren om beslissingen te nemen over kwesties die hun hebben samengebracht (Thomson et al., 2007)	De samenwerking die verpleegkundigen ervaren tussen de high care- en verpleegafdelingen voor het beheren van de patiëntstroom na de invoering van de methode RTDC	Invloed van organisatieverandering op samenwerking	De mate waarin de samenwerking tussen verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen is veranderd na de invoering van RTDC

## 5. Casebeschrijving

In dit hoofdstuk wordt een casebeschrijving gegeven van de methode RTDC voor het herinrichten van de patiëntstroom in het Radboudumc. De high care- en verpleegafdelingen worden toegelicht om een duidelijk beeld te krijgen over de case in dit onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk 6 de resultaten van het onderzoek gepresenteerd.

### 5.1 Methode Real-Time Demand Capacity

Real-Time Demand Capacity (RTDC) is een methode voor het herinrichten van de patiëntstroom waarbij vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis op elkaar afgestemd kan worden (Resar, et al., 2011). Aanleiding voor de herinrichting van de patiëntstroom waren de uitdagingen in de gezondheidszorg in Nederland. Zo stijgt het aantal ouderen en chronisch zieken wat vraagt om een andere organisatie van zorg (Rapport Taskforce, 2018). Daarnaast omschrijft Resar et al., (2011) dat veel ziekenhuis gestructureerde processen missen om (spoed)patiënten tijdig over te plaatsen naar verpleegafdelingen. Het gevolg in het Radboudumc is dat lange wachttijden ontstonden, operaties werden uitgesteld, patiënten op andere afdelingen lagen en dagelijks veel te doen was over het aantal beschikbare bedden terwijl er ziekenhuisbreed voldoende capaciteit was (Radboudumc, 2018). De methode RTDC is in juni 2018 geïmplementeerd op de high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. De eerste resultaten zijn zichtbaar. Zo is de doorstroom van patiënten van high care afdelingen naar verpleegafdelingen of andere ziekenhuis verbeterd (Radboudumc, 2018). De methode RTDC is een unieke methode die nog geen enkel ziekenhuis in Nederland toepast. De methode is overgenomen uit het ziekenhuis University of Pittsburgh Medical Central Shadyside (UPMC) in Amerika (Resar et al., 2011). Door het toepassen van de methode RTDC is het Radboudumc in vooroploper in het herinrichten van de patiëntstroom. Op het moment dat de methode RTDC regionale en landelijke bekendheid krijgt kunnen andere ziekenhuizen in Nederland ook de methode gaan toepassen. Op deze wijze kan effectievere samenwerking in het (over)plaatsen van patiënten met regionale ziekenhuizen ontstaan. Zo kunnen meer patiënten academische zorg krijgen waarbij andere patiënten geplaatst kunnen worden bij regioziekenhuizen.

### 5.2 High care- en verpleegafdelingen

Het Radboudumc heeft in totaal 17 verpleegafdelingen en 3 high care afdelingen. De verpleegafdelingen zijn ingedeeld op thema-lagen waarbij afdelingen met soort gelijke specialismen dicht bij elkaar zijn geplaatst. Zo zijn 3 verpleegafdelingen betrokken bij neurochirurgie, een specialisme dat zich bezighoudt met de chirurgische behandeling van aandoeningen (Radboudumc, 2018). Daarnaast werkt de verpleegafdeling Hart, Vaat en Long nauw samen met Cardiologie, Longziekten en Heelkunde. De verpleegafdeling Hematologie werkt samen met interne geneeskunde (Radboudumc, 2018). Sommige thema-lagen komen met meerdere verpleegkundigen van iedere aparte afdeling naar het beddenoverleg. Daarnaast zijn er thema-lagen waarbij er één verpleegkundige in het beddenoverleg deelneemt voor geheel de thema-laag.

Het Radboudumc heeft in totaal 3 high care afdelingen. De high care afdelingen is een van de medisch specialismen in het Radboudumc. Ernstig zieke patiënten worden op de afdelingen opgenomen waarbij belangrijke lichaamsfuncties zijn uitgevallen of worden

bedreigd. Het functioneren van onder andere de ademhaling, de bloedsomloop, interne organen en/of het centrale zenuwstelsel kan zodanig verstoord zijn, dat speciale bewaking en ondersteuning hiervan noodzakelijk zijn (Radboudumc, 2018). Wanneer patiënten stabiel genoeg zijn worden de patiënten overgeplaatst naar een van de verpleegafdelingen. De overplaatsing van patiënten wordt dagelijks in het beddenoverleg aangekondigd.

## 5.2 Beddenoverleg

Voor de uitvoering van de methode RTDC vindt er door de weeks elke ochtend om 9.00 uur een strak gecoördineerd centraal beddenoverleg plaats. In het beddenoverleg participeren zo'n twintig tot dertig verpleegkundigen, medewerkers van ondersteunende afdelingen en een bedcoördinator. Onder de ondersteunende afdelingen vallen onder andere de afdelingen: radiologie, schoonmaak, flexbureau en het transferpunt. De medewerkers van het transferpunt en het flexbureau nemen dagelijks deel aan het beddenoverleg. Op het moment dat een high care- of verpleegafdeling in het 'rood' staat kan hulp worden ingeschakeld van de ondersteunende afdelingen om bijvoorbeeld de thuiszorg via het transferpunt voor een patiënt te versnellen. Daarnaast kan waar nodig extra personeel worden ingezet via het flexbureau. De verpleegkundigen die deelnemen aan het beddenoverleg zijn met name seniorverpleegkundigen of teamleiders die beschikken over meerdere jaren ervaring op de high care- of verpleegafdelingen. Zij kunnen het beste een inschatting maken over de zorg van een patiënt.

Gedurende de dag vult elke verpleegkundige een r-sheet in om de capaciteit van bedden te voorspellen, met als doel: de doorstroom van patiënten bevorderen (Radboudumc, 2018). In de eerste kolom van de r-sheet vult de verpleegkundige in hoeveel beschikbare bedden de afdeling heeft voor die dag. In de tweede kolom geeft de verpleegkundige aan hoeveel patiënten met ontslag gaan die dag. Vervolgens geeft de verpleegkundige in de derde kolom aan hoeveel patiënten van de voorspelde ontslagen voor 14:00 uur met ontslag gaan. In de laatste kolom geeft de verpleegkundige aan hoeveel patiënten gepland worden opgenomen tussen 08:00 uur en 14:00 uur. De veronderstelling is dat wanneer de patiëntstroom tussen 8:00 uur en 14:00 uur geregeld is dit drukte voorkomt in de namiddag en avond (Radboudumc, 2018). De r-sheets van alle high care- en verpleegafdelingen worden voorafgaand het beddenoverleg ingevoerd op de computer en geprojecteerd op een beamerschermb. Zo is in één overzicht voor alle high care- en verpleegafdelingen zichtbaar wat de capaciteit is van bedden voor die dag in het gehele ziekenhuis.

Door het beddenoverleg heeft de bedcoördinator een meer coachende rol gekregen (Radboudumc, 2018). Voor de methode RTDC werd de bedcoördinator alleen gebeld wanneer afdelingen er niet uitkwamen met de bedden op een afdeling. Deze verantwoordelijkheid wordt nu bij de verpleegkundigen zelf neergelegd doordat verpleegkundigen dagelijks een inschatting mogen maken over het aantal beschikbare op de afdeling (Radboudumc, 2018). Elke ochtend in het beddenoverleg wordt op een groot scherm een overzicht gegeven van wat de totale bedden capaciteit is. Vanuit de high care afdelingen worden patiënten aangekondigd die overgeplaatst kunnen worden naar de verpleegafdelingen. Door deze overname van patiënten kunnen verpleegafdelingen in het 'rood' komen te staan en dus te weinig bedden capaciteit hebben. Voor de afdelingen die in het 'rood' staan worden actieplannen gemaakt om het probleem op te lossen. Tijdens het beddenoverleg denkt iedereen mee om afdelingen in het 'rood' staan te helpen. Ten eerste wordt gekeken wat binnen de afdeling zelf mogelijk is om

patiënten eerder met ontslag te kunnen laten gaan. Zo kunnen bloedonderzoeken of scans versneld worden ingezet. Daarnaast geven de ondersteunende afdelingen voorrang aan patiënten waarbij de afdeling in het rood staat waardoor de patiënt mogelijk voor 14:00 uur met ontslag kan gaan. Vervolgens wordt gekeken of andere high care- of verpleegafdelingen elkaar kunnen helpen door bijvoorbeeld patiënten over te nemen of personeel uit te wisselen (Radboudumc, 2018).

Een verpleegafdeling die niet dagelijks deelneemt aan het beddenoverleg is de afdeling longziekten op locatie Dekkerswald in Groesbeek. De afdeling longziekten van het Radboudumc bestaat uit een team van professionals die mensen met longziekte zo goed mogelijk begeleiden. Deze zorg wordt verleend op twee locaties, namelijk: Nijmegen en Groesbeek (Dekkerswald). De acute longpatiënten worden opgenomen op de locatie Nijmegen in het Radboudumc en de langdurige (chronische) longpatiënten zijn vooral gevestigd op de locatie Dekkerswald in Groesbeek (Radboudumc, 2018). De verpleegafdeling longziekte van de locatie Nijmegen neemt niet dagelijks deel aan het beddenoverleg. De verpleegafdeling longziekte van de locatie Dekkerswald neemt niet dagelijks deel aan het beddenoverleg, omdat de tijdsinvestering van een verpleegkundige te groot is om op- en neer te reizen voor het beddenoverleg. De verpleegafdeling Dekkerswald geeft voorafgaand het beddenoverleg de bedden capaciteit door aan de afdeling longziekte op de locatie Nijmegen. Als problemen zich voordoen in de bedden capaciteit van longziekte op de locatie Nijmegen of Groesbeek worden deze onderling opgelost door waar mogelijk patiënten over te plaatsen.

### 5.3 De resultaten

Na de invoering van de methode RTDC in juni 2018 zijn de eerste resultaten zichtbaar. Aan de hand van de cijfers die dagelijks worden gemonitord over de in- en uitstroom van patiënten is te zien dat de patiëntstroom in het Radboudumc is verbeterd. Zo is de gehele patiëntstroom in het Radboudumc inzichtelijk gemaakt. De doorstroom van high care afdelingen naar verpleegafdelingen is verbeterd. Er is een kortere ligduur van patiënten en een betere bedbezetting (Radboudumc, 2018).

De verwachting is dat verpleegkundigen door het beddenoverleg meer zicht hebben op de bedden capaciteit van andere afdelingen waardoor er meer begrip is en bereidheid om elkaar te helpen. Daarnaast is de verwachting dat verpleegkundigen een effect zien op de patiëntstroom na de invoering van de methode RTDC en meer discretionaire ruimte ervaren in de dagelijkse patiëntenzorg. Tevens kan makkelijker contact worden gelegd en afspraken worden gemaakt doordat verpleegkundigen elkaar dagelijks zien in het beddenoverleg waardoor de samenwerking is verbeterd (Radboudumc, 2018). Deze verwachtingen zijn echter tot op heden nog niet in kaart gebracht. Dit onderzoek heeft als doel de ervaringen van verpleegkundigen in kaart te brengen aan de hand van de theoretische factoren in het conceptueel model van paragraaf 3.4.

## 6. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt uitgebreid ingegaan op de resultaten van het onderzoek om een antwoord te kunnen formuleren op de hoofdvraag. De resultaten worden afzonderlijk per deelvraag toegelicht, waarbij voor elke deelvraag een tussentijdse conclusie wordt geformuleerd. Dit antwoord is gebaseerd op de verkregen informatie vanuit de 20 interviews met de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. De mate van aanwezigheid van de factoren wordt aangeduid op basis van de volgende Likertschaal: aanwezig, enigszins aanwezig, enigszins afwezig, afwezig. Ten eerste wordt ingegaan op de factor gedeeld belang. Vervolgens wordt de factor discretionaire ruimte toegelicht. Tot slot worden de factoren urgentie en vertrouwen behandeld.

### 6.1 Gedeeld belang

Ten eerste wordt ingegaan op gedeeld belang. Uit de analyse blijkt dat er overlap is van gedeeld belang met de andere factoren. Door deze factor als eerste te behandelen kan verder in de analyse daarnaar verwezen worden. Gedeeld belang bestaat uit twee dimensies, namelijk: samenwerking en communicatie.

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag 6:

*In welke mate ervaren verpleegkundigen gedeeld belang tussen de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC?*

#### 6.1.1 Samenwerking beddenoverleg

19 verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen geven aan dat de samenwerking tussen high care- en verpleegafdelingen is verbeterd na de invoering van de methode RTDC. Waar voor de methode RTDC iedere afdeling zijn eigen bedden capaciteit probeerde te regelen wordt nu meer rekening gehouden met waar een patiënt op juiste plaats ligt om de juiste te zorg te krijgen. De bedcoördinator speelt hierin een belangrijke rol door met afdelingen mee te kijken waar patiënten het beste geplaatst kunnen worden. Door deze samenwerking geven verpleegkundigen aan dat er een gevoel van saamhorigheid is ontstaan. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn: het dagelijkse contact in het beddenoverleg, inzicht in elkaars afdeling, bereidheid om elkaar te helpen en meer betrokkenheid van de ondersteunende diensten. De samenwerking stagneert echter nog in het weekend doordat in het weekend geen bedcoördinator aanwezig is en er geen beddenoverleg plaatsvindt. Hierna volgen vier voorbeelden om verschillende aspecten van de verbeterde samenwerking aan te geven.

#### *Persoonlijk contact*

Ten eerste geeft de verpleegkundige van verpleegafdeling 5 aan dat het face-to-face contact tussen de verpleegkundigen en de bedcoördinator in het beddenoverleg een positieve invloed heeft op de samenwerking. Zo ervaart de verpleegkundige dat het gemakkelijker is om contact met elkaar te hebben en zoeken verpleegkundigen vlak na het beddenoverleg elkaar regelmatig op voor afstemming over patiëntovernames. Verpleegkundige 21 van de high care afdeling geeft aan dat in het beddenoverleg korte lijntjes zijn om contact met elkaar te hebben en afspraken sneller gemaakt kunnen worden. Niet alleen worden afspraken sneller gemaakt, ook

met betrekking tot personeel is de samenwerking zichtbaar. Zo komt het regelmatig voor dat wanneer in het beddenoverleg blijkt dat een afdeling een hoge werkdruk heeft er personeel van een andere afdeling komt helpen. Alle verpleegkundigen geven aan dat deze samenwerking tussen high care- en verpleegafdelingen een belangrijk aspect is voor de patiëntenzorg.

#### *Inzicht in andere afdelingen*

Ten tweede geven alle verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen aan dat er meer inzicht is in elkaars afdeling na de invoering van de methode RTDC. Zo geeft de verpleegkundige van verpleegafdeling 3 aan dat door het beddenoverleg iedereen op de hoogte is van de beddendruk op een afdeling. Met name vanuit de high care afdelingen is meer begrip wanneer patiënten niet overgeplaatst kunnen worden naar een verpleegafdeling. Andersom geeft de verpleegkundige aan dat er ook meer begrip is naar de high care afdelingen toe dat zij patiënten moeten overplaatsen om andere geplande opnames door te kunnen laten gaan. De verpleegkundige op de locatie Dekkerswald neemt niet dagelijks deel aan het beddenoverleg, maar ontvangt wel een overzicht met het aantal beschikbare bedden van het gehele ziekenhuis. De verpleegkundige geeft aan hierdoor meer inzicht te hebben in de stand van zaken in bedden door het gehele ziekenhuis.

#### *Elkaar willen helpen*

Ten derde geven 15 verpleegkundigen van de verpleegafdelingen aan elkaar eerder te willen helpen wanneer een afdeling in het 'rood' staat in het beddenoverleg doordat er meer inzicht is in elkaars afdeling. Het is per dag verschillend hoeveel en door welke verpleegafdelingen hulp wordt aangeboden. Dit heeft enerzijds te maken met dat niet alle verpleegafdelingen specialistische zorg voor een patiënt kunnen aanbieden. Anderzijds hebben de verpleegafdelingen niet altijd de bedden capaciteit om patiënten over te nemen. Echter geven sommige verpleegkundigen aan dat verpleegkundigen meer initiatief in het beddenoverleg mogen tonen om elkaar te helpen wanneer een afdeling in het 'rood' staat.

#### *Samenwerking ondersteunende diensten*

Ten vierde geven 3 verpleegkundigen van de verpleegafdelingen aan dat de samenwerking met de ondersteunende diensten zoals, het transferpunt en het flexbureau is verbeterd. Dat het transferpunt nu elke ochtend deelneemt aan in het beddenoverleg wordt als zeer positief ervaren. Zo kunnen patiënten eerder met ontslag gaan door de hulp van het transferpunt. De verpleegkundigen geven ook aan dat onderzoeken naar voren gehaald kunnen worden voor patiënten, mochten patiënten daardoor eerder met ontslag kunnen gaan. Verpleegkundigen zijn zich meer bewust van de mogelijkheden om de ondersteunende diensten te raadplegen voor de patiëntenzorg.

Bovenstaande voorbeelden betekenen concreet dat na de invoering van de methode RTDC de samenwerking tussen verpleegkundigen van high care- en verpleegafdelingen is verbeterd. De methode RTDC heeft een positieve invloed op zowel de samenwerking tussen high care- als verpleegafdelingen. De samenwerking tussen verpleegafdelingen komt met name naar voren tussen thema-lagen, omdat deze afdeling dichtbij elkaar gevestigd zitten en dezelfde specialistische zorg aan patiënten kunnen bieden.

### *Stagneren samenwerking weekend*

Echter stagneert de samenwerking in het weekend. Door de weeks is er een dagelijks beddenoverleg en een bedcoördinator aanwezig, in het weekend is dit momenteel nog niet zo. Zowel 2 verpleegkundigen van de verpleegafdelingen als 1 verpleegkundige van de high care afdeling geven aan dat patiënten in het weekend vaak niet overgenomen kunnen worden. Het is niet inzichtelijk of de afdelingen daadwerkelijk geen patiënten kunnen overnemen of dat er bedden vast worden gehouden voor de overnames van de maandag.

### **6.1.2 Communicatie**

Opvallend is dat zowel verpleegkundigen van de high care- als verpleegafdelingen momenteel nog niet tevreden zijn over de communicatie tussen de afdelingen. Het gaat met name om de communicatie over de overplaatsingen van patiënten van de high care- naar de verpleegafdeling. Hierna worden drie voorbeelden aangehaald om de knelpunten in de communicatie inzichtelijk te maken.

#### *Terugkoppeling patiëntoverplaatsingen*

Ten eerst wordt in het beddenoverleg geen terugkoppeling gedaan of de patiënten die worden aangekondigd om over te gaan van de high care- naar de verpleegafdeling ook daadwerkelijk over zijn gegaan. 5 verpleegkundigen de verpleegafdelingen geven aan de beddenplanning aan te passen op de overnames die in de ochtend worden aangekondigd. Echter geven de verpleegkundigen aan dat het regelmatig voorkomt dat patiënten niet die dag worden overgeplaatst door een onstabiele situatie of een onverwachte gebeurtenis. Het kan voorkomen dat een patiënt de gehele week wordt aangekondigd in het beddenoverleg maar niet over gaat, daar is momenteel niet voldoende zicht op.

#### *Telefonisch contact*

Ten tweede geven alle verpleegkundigen van de high care afdelingen aan dat na het beddenoverleg vaak nog telefonisch contact moet plaatsvinden om een tijdstip van patiëntoverplaatsing af te spreken. Daarnaast komt het voor dat later op de dag blijkt dat de patiënt niet overgeplaatst kan worden, omdat er te weinig beschikbare bedden zijn. Dit betekent dat de afspraken tussen de high care- en verpleegafdelingen in het beddenoverleg nog niet concreet genoeg zijn om de patiëntstroom voor die dag te regelen.

#### *Zorgzwaarte patiënt niet accuraat*

Tot slot geven 6 verpleegkundigen vanuit de verpleegafdelingen aan dat de informatievoorziening over de zorgzwaarte van patiënten die worden overgeplaatst vanuit high care afdelingen niet altijd duidelijk is. Zo stelt de verpleegkundige van verpleegafdeling 2: *“soms is het wel een grijsgebied wat de zorgzwaarte van een patiënt is. De high care afdeling geeft aan dat de zorg niet hoog is maar dat blijkt op de afdeling niet zo te zijn.”* Het gaat met name om de inhoudelijke afstemming over de zorg van een patiënt geven de andere verpleegkundigen aan. Hierbij is de zorgzwaarte van een patiënten hoger dan dat de verpleegkundigen in eerste instantie verwachten. Als gevolg lezen verpleegkundigen nu eerst het patiëntdossier of gaan bij de patiënt op de afdeling kijken om zelf in te schatten wat de



zorgzwaarte van een patiënt is. Het komt namelijk voor dat extra personeel voor een patiënt moet worden geregeld, omdat een patiënt onrustig is of extra zorg nodig heeft.

### 6.1.3 Tussentijdse conclusie

Verpleegkundigen ervaren enigszins aanwezigheid van gedeeld belang tussen de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC. Dit komt met name doordat een groot contrast zichtbaar is tussen enerzijds de verbeterde samenwerking ten opzichte van voor de methode RTDC, op het weekend na, en anderzijds de tekort schietende communicatie.

De samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen is verbeterd, op het weekend na. Waar voor de methode RTDC de high care- en verpleegafdelingen afzonderlijk dagelijks de patiëntstroom regelde, doen zij dit nu samen in het dagelijkse beddenoverleg. Het persoonlijk contact in het beddenoverleg en inzicht in elkaars afdeling heeft een positieve invloed op de samenwerking tussen de verpleegkundigen. Een effectieve samenwerking versterkt het gevoel van saamhorigheid. Een gevoel van saamhorigheid heeft weer een positieve invloed op de samenwerking. Echter op het moment dat er geen vaste structuur, zoals een beddenoverleg in het weekend, is blijkt dat de samenwerking tussen verpleegkundigen stagneert.

De communicatie tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen schiet echter tekort. Geen duidelijke terugkoppeling over patiëntoverplaatsingen, informatie over zorgzwaarte van patiënten en tijdstip van patiëntovernames hebben een negatieve invloed op de communicatie.

Bovenstaand betekent dat de verbeterde samenwerking in het beddenoverleg een positieve invloed heeft op de samenwerking, terwijl de tekort schietende communicatie daarentegen een negatieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen.

## 6.2 Discretionaire ruimte

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag 4:

*In welke mate ervaren verpleegkundigen discretionaire ruimte om beslissingen te nemen ten aanzien van de zorg van een patiënt na de invoering van de methode RTDC?*

In dit onderzoek wordt met discretionaire ruimte verwezen naar de beslissingsbevoegdheden van verpleegkundigen ten aanzien van de patiëntenzorg. De factor discretionaire ruimte bestaat uit twee dimensies, namelijk: beslissingsbevoegdheden ten aanzien van het (over)plaatsen van patiënten en het met ontslag laten gaan van patiënten.

### 6.2.1 Overplaatsen van patiënten

Enerzijds geeft het merendeel van de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen, namelijk 15, aan meer beslissingsbevoegdheden te ervaren in het (over)plaatsen van patiënten na de invoering van de methode RTDC. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn: het dagelijkse contact in het beddenoverleg en inzicht in elkaars afdeling, waardoor verpleegkundigen elkaar eerder willen elkaar helpen in het (over)plaatsen van patiënten.

Anderzijds geven 2 verpleegkundigen van de verpleegafdelingen aan dat de artsen nog veel invloed hebben op afspraken die worden gemaakt in het (over)plaatsen van patiënten en de verpleegkundigen daar weinig tegenin kunnen brengen. Tevens geven met name de

verpleegkundigen van de high care afdelingen aan een medisch flowmanager te missen die bevoegd is om beslissingen te nemen ten aanzien van het (over)plaatsen van patiënten. Onderstaand worden vier voorbeelden aangehaald waarin de beslissingsbevoegdheden naar voren komen.

#### *Dagelijks contact in het beddenoverleg*

Ten eerste geven 16 verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen aan dat door het face-to-face contact tussen verpleegkundigen in het beddenoverleg de drempel om elkaar aan te spreken lager is. De verpleegkundige van verpleegafdeling 7 geeft aan dat door het dagelijkse contact in het beddenoverleg afdelingen elkaar eerder willen helpen in het (over)plaatsen van patiënten. De bedcoördinator heeft hierbij een coachende rol in het beddenoverleg en helpt de verpleegkundigen waar nodig.

Niet alleen is de drempel om elkaar aan te spreken lager, verpleegkundigen zijn door het beddenoverleg ook beter op de hoogte van elkaars situatie op de afdeling, geven 18 verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen aan. De methode RTDC heeft de stand van zaken in bedden op afdelingen inzichtelijk gemaakt. Door dit inzicht geven verpleegkundigen aan meer begrip te hebben voor elkaars situatie. Op het moment dat een afdeling aangeeft een patiënt niet te kunnen overnemen en in het beddenoverleg komt naar voren dat die afdeling in het ‘rood’ staat en dus te weinig bedden capaciteit heeft wordt dit eerder geaccepteerd. De verpleegkundige van verpleegafdeling 12 geeft aan: *“de bedden capaciteit op afdelingen is nu sneller inzichtelijk en dat maakt het overplaatsen van patiënten ook makkelijker.”* Zo willen verpleegkundigen elkaar eerder helpen in het overnemen van patiënten wanneer inzichtelijk is dat een andere afdeling te weinig bedden capaciteit heeft die dag.

#### *Geen directe invloed*

Daarentegen geeft de verpleegkundige van verpleegafdeling 7 aan dat de methode RTDC geen directe invloed heeft gehad op de beslissingsbevoegdheid als verpleegkundige in het overplaatsen van patiënten. Zo geeft de verpleegkundige aan: *“wij plaatsen dezelfde patiënten over met dezelfde problematiek op dezelfde manier als voor RTDC.”* Een reden die hiervoor gegeven zou kunnen worden is dat de verpleegafdeling op de locatie in Groesbeek is gelegen. Daarnaast kan de verpleegafdeling enkel zorg bieden aan longpatiënten. Doordat de verpleegafdeling niet dagelijks aan het beddenoverleg deelneemt en geen patiënten kan overnemen van andere specialismen is het te verklaren dat het overplaatsen van patiënten na de invoering van de methode RTDC voor verpleegafdeling 7 niet hetzelfde effect heeft als voor de high care- en verpleegafdelingen op de locatie in het Radboudumc.

#### *Invloed van artsen*

De verpleegkundige van verpleegafdeling 14 geeft aan dat artsen nog veel invloed hebben op de afspraken die worden gemaakt voor het (over)plaatsen van patiënten. Op het moment dat een arts aangeeft dat een patiënt niet overgenomen kan worden van een andere afdeling kan de verpleegkundige daar weinig tegenin brengen, aldus de verpleegkundige van verpleegafdeling 14. Ook de verpleegkundige van verpleegafdeling 15 geeft aan dat het voorkomt dat patiënten bij een afdeling aankomen en het niet goed geregeld blijkt te zijn door de artsen.

### *Medisch flowmanager*

Van de high care afdelingen geven 2 verpleegkundigen aan een medisch flowmanager te missen die bevoegd is om beslissingen te nemen ten aanzien van het (over)plaatsen van patiënten. Zo geven de verpleegkundige aan dat wanneer een patiënt op de afdeling ligt met verschillende aandoeningen de patiënt op verschillende afdelingen geplaatst zou kunnen worden. Echter nemen artsen van de afdelingen op dat moment niet voldoende verantwoordelijkheid om de patiënt over te nemen. Een medisch flow manager zou meer structuur en duidelijkheid kunnen geven aan het (over)plaatsen van deze patiënten.

### **6.2.2 Ontslag van patiënten**

Het beleidsdocument van de methode RTDC omschrijft dat verpleegkundigen meer discretionaire ruimte krijgen in het met ontslag laten gaan van patiënten na de invoering van de methode RTDC. Doordat verpleegkundigen voorspellen welke patiënten voor 14.00 uur met ontslag kunnen gaan. Zij kunnen deze inschatting goed maken, omdat zij zorgen voor de patiënten, de familie kennen en kunnen schakelen met de arts (Radboudumc, 2018). Onderstaand worden twee voorbeelden aangehaald waaruit de beslissingsbevoegdheden van verpleegkundigen ten aanzien van het ontslag van patiënten naar voren komen.

### *Geen directe invloed, wel meer verantwoordelijkheid*

Het merendeel van de verpleegkundigen, namelijk 19, geeft aan dat de invoering van de methode RTDC geen directe invloed heeft gehad op de beslissingsbevoegdheden van de verpleegkundigen ten aanzien van het met ontslag gaan van patiënten. De verpleegkundigen geven echter allemaal aan dat zij zich meer verantwoordelijk voelen om de handelingen die nodig zijn om een patiënt voor 14:00 uur met ontslag te laten gaan eerder toe te passen. Zo stelt de verpleegkundige van verpleegafdeling 10: *“Verpleegkundigen hebben nu meer een leidende rol doordat wij meer bepalen over de zorg van een patiënt”*. Hierdoor geeft de verpleegkundige aan dat de rol als verpleegkundige belangrijker is geworden na de invoering van de methode RTDC.

Opvallend is dat alle verpleegkundigen van de high care afdelingen geen verandering merken in hun beslissingsbevoegdheden als verpleegkundige ten aanzien van het ontslag van patiënten na de invoering van de methode RTDC. Voor de methode RTDC geven de verpleegkundigen aan ook al dagelijks in overleg te gaan met de arts om te bekijken welke patiënten er met ontslag kunnen gaan. Waar de verpleegkundigen wel verschil in merken is dat na de invoering van de methode RTDC al in de ochtend, namelijk in het beddenoverleg, wordt aangekondigd welke patiënten over kunnen naar de verpleegafdelingen. Hierdoor zijn de patiëntontslagen op een dag sneller inzichtelijk dan voor de methode RTDC. De methode RTDC wordt als een instrument gezien om de ontslagen van patiënten te kunnen regelen.

### *Invloed van artsen*

De verantwoordelijkheid over het nemen van de beslissing om een patiënt met ontslag te laten gaan ligt echter bij de arts. Meerdere verpleegkundigen, namelijk 5, van high care- en verpleegafdelingen geven aan dat artsen niet voldoende op de hoogte zijn van de methode RTDC en daardoor nog niet genoeg sturen op ontslag van patiënten voor 14:00 uur. De verpleegkundige van verpleegafdeling 10 geeft aan: *“de arts weet wat RTDC is maar ze hebben*

*geen achtergrond informatie waardoor een stukje begrip en meedenkend vermogen mist.”* Hierdoor moeten artsen regelmatig op de dag van ontslag nog onderzoeken verrichten waardoor de patiënt niet voor 14:00 uur met ontslag kan gaan.

### **6.2.3 Tussentijdse conclusie**

De verpleegkundigen ervaren aanwezigheid van discretionaire ruimte om beslissingen te nemen ten aanzien van de zorg van een patiënt na de invoering van de methode RTDC. Zo ervaren verpleegkundigen zowel in het (over)plaatsen van patiënten als in het met ontslag laten gaan van patiënten een toename van discretionaire ruimte. Echter is er geen sprake van een directe invloed doordat de eindbeslissing over patiëntoverplaatsing en ontslagen nog altijd bij de arts ligt. Er is wel sprake van een indirecte invloed in de discretionaire ruimte in het (over)plaatsen van patiënten en het met ontslag laten gaan van patiënten. Zo ervaren verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid in het (over)plaatsen van patiënten door het dagelijkse inzicht in de bedden capaciteit in het beddenoverleg. Anderzijds ervaren verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid in het ontslag van patiënten, doordat zij dagelijks een voorspelling mogen maken over hoeveel patiënten op een dag voor 14:00 uur met ontslag gaan. Dit betekent dat de toename in ervaren discretionaire ruimte een positieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen.

## **6.3 Urgentie**

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag 5:

*In welke mate ervaren de verpleegkundigen urgentie voor de uitvoering van de methode?*

De factor urgentie bestaat uit twee dimensies, namelijk: overeenstemming doel RTDC en het effect van RTDC op de patiëntstroom. Voordat het effect van de methode RTDC op de patiëntstroom in kaart kan worden gebracht is het van belang inzichtelijk te maken hoe de verpleegkundigen het doel van de methode RTDC omschrijven. Overeenstemming over een gezamenlijke doel versterkt namelijk de mate van ervaren urgentie (Genugten, 2017; Klaster, 2017). Vervolgens kan in kaart worden gebracht in welke mate verpleegkundigen ervaren dat de methode RTDC een effect heeft op de patiëntstroom in het Radboudumc. Een voorwaarde voor ervaren urgentie is namelijk dat actoren meerwaarde zien in de aanpak van een probleem (Genugten, 2017; Klaster, 2017).

### **6.3.1 Overeenstemming doel methode RTDC**

Alle verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen zien de methode RTDC als een continue afstemming van vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis. Gedurende de dag en nacht wordt de r-sheet ingevuld door de verpleegkundigen waardoor de zij duidelijkheid hebben in de stand van bedden op de eigen afdeling. De r-sheet wordt meegenomen in het beddenoverleg van 9.00 uur. Alle getallen van de r-sheets worden ingevoerd in het beddenoverleg waardoor er één overzicht ontstaat van alle bedden in het gehele ziekenhuis. Na het beddenoverleg geven verpleegkundigen aan continu af te stemmen tussen vraag en aanbod van bedden. Wat de tijdsinvestering is van deze afstemming is afhankelijk van de beddendruk op een afdeling. Op het moment dat er veel patiënten opnames en overnames zijn op een afdeling ervaren de verpleegkundigen namelijk meer druk om bedden op elkaar af

te stemmen. Ook alle verpleegkundigen van de high care afdelingen geven aan continu bewust te zijn van vraag en aanbod van bedden. Zo inventariseren de verpleegkundigen dagelijks of een patiënt voldoet aan de criteria voor overplaatsing naar de verpleegafdeling.

Doordat het beddenoverleg al vroeg in de ochtend plaatsvindt is eerder inzichtelijk wat de bedden capaciteit is dan voor de methode RTDC. In de bedden capaciteit wordt niet alleen op afdelingsniveau gekeken, wat voor de methode RTDC wel het geval was, maar juist ziekenhuisbreed waardoor alle bedden optimaal worden benut. De verpleegkundige van verpleegafdeling 2 ervaart dit als prettig en geeft aan: *“zoals vandaag stond ik in het rood in het beddenoverleg dus dan kan ik nu beter inspelen door mijn beddenplanning voor de gehele dag daarop aan te passen.”* Problemen in de bedden capaciteit kunnen nu al vroeg in de ochtend worden gesignaleerd en voorkomen.

Bovenstaand betekent dat er overeenstemming is tussen de verpleegkundigen over het doel van de methode RTDC, namelijk een continue afstemming van vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis. Overeenstemming over het gemeenschappelijke doel versterkt de ervaren urgentie om samen te werken voor een zo efficiënt mogelijke patiëntstroom.

### **6.3.2 Effecten RTDC op patiëntstroom**

Het merendeel van de verpleegkundigen, namelijk 19, van zowel de high care- als verpleegafdelingen geeft aan een effect te merken na de invoering van de methode RTDC op de patiëntstroom. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn: meer sturing op ontslag, meer doorstroom van patiënten van high care- naar verpleegafdelingen en een efficiëntere plaatsing van patiënten. Hierna worden drie voorbeelden aangehaald waaruit de effecten van de methode RTDC op de patiëntstroom naar voren komen.

#### *Meer sturing op ontslag*

Ten eerste geven 18 verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen aan doordat in het beddenoverleg de patiëntstroom inzichtelijk is er meer gestuurd wordt op ontslag van patiënten voor 14:00 uur. Als een afdeling in het ‘rood’ staat is de eerste actie die ondernomen wordt, inventariseren of patiëntontslagen eerder op de dag kunnen plaatsvinden. Hierdoor kunnen de artsen eerder recepten uitschrijven, het ontslag voorbereiden en de secretaresses ondersteunen daarin. Alle disciplines op een afdeling werken beter samen om ontslagen tijdig rond te krijgen, geeft verpleegkundige van verpleegafdeling 11 aan.

#### *Meer doorstroom patiënten*

Ten tweede is er meer doorstroom van patiënten van de high care- naar verpleegafdelingen. Doordat in het beddenoverleg nauw contact is tussen de verpleegkundigen kunnen afspraken sneller gemaakt worden om patiënten over te plaatsen. De verpleegkundige van verpleegafdeling 11 geeft aan dat na de invoering van de methode RTDC inzicht is in het aantal beschikbare bedden per afdeling. Hierdoor worden patiënten sneller vanuit de high care afdeling overgeplaatst naar een verpleegafdeling.

### *Efficiëntere plaatsing van patiënten*

Ten derde geven 5 verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen aan dat de methode RTDC een effect heeft op dat patiëntenstroom doordat er kritischer gekeken wordt op welke afdeling een patiënt moet liggen om de juiste te zorg te krijgen. Dit sluit aan bij de doelstelling van de methode RTDC: "iedere patiënt krijgt de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment" (Van Eijk et al., 2018). De bedcoördinator heeft een coachende rol om de patiënten om de juiste plek te plaatsen. Daarin geven de verpleegkundigen aan dat de bedcoördinator bewust met afdelingen meedenkt om te helpen elke patiënt op de juiste afdeling te plaatsen.

### *Hoge beddendruk*

Echter zijn er ook 6 verpleegkundigen van de verpleegafdelingen die aangeven dat patiënten niet altijd op de juiste afdeling worden geplaatst wanneer de beddendruk hoog is. Zo geeft de verpleegkundige van verpleegafdeling 4 aan dat 'de juiste patiënt op de juiste plaats' een goed uitgangspunt is, maar dat de balans tussen zoveel mogelijk patiënten kunnen opnemen en patiënten op de juiste afdeling plaatsen er nog niet altijd is. Met name bij een hoge beddendruk ligt de nadruk op getallen van bedden om de beddenplanning passend te maken. Hierdoor ervaart de verpleegkundige dat patiënten meerdere malen verplaatst worden van afdeling, waarbij de patiëntgerichte zorg nog wel eens tekort schiet.

### **6.3.3 Tussentijdse conclusie**

De ervaren urgentie voor het toepassen van de methode RTDC is aanwezig. Doordat alle verpleegkundigen het doel van de methode RTDC beschrijven als een continue afstemming van vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis. Een voorwaarde voor effectieve samenwerking is namelijk dat er overeenstemming is over het doel voor het oplossen van een gemeenschappelijk probleem. Deze overeenstemming vergroot de urgentie om samen te werken voor een zo efficiënt mogelijke patiëntenstroom. Daarnaast zien de verpleegkundigen een effect van de methode RTDC op de patiëntenstroom. Wat betekent dat alle verpleegkundigen meerwaarde ervaren in de methode RTDC, wat de urgentie om de methode RTDC toe te passen vergroot. Deze ervaren urgentie leidt tot een effectievere samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen. Echter zijn er ook verpleegkundigen die aangeven dat patiënten niet altijd op de juiste afdeling worden geplaatst wanneer de beddendruk hoog is. Dit betekent dat een hoge beddendruk een negatieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen.

## 6.4 Vertrouwen

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag 7:

*In welke mate ervaren verpleegkundigen vertrouwen tussen high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC?*

De factor vertrouwen bestaat uit twee dimensie, namelijk: onderling vertrouwen en het nakomen van afspraken in het beddenoverleg. Vertrouwen tussen verpleegkundigen is een voorwaarde voor effectieve samenwerking (Genugten et al., 2017; Klaster, 2017).

### 6.4.1 Onderling vertrouwen

Uit 15 van de interviews met zowel de verpleegkundigen van high care- als verpleegafdelingen komt naar voren dat onderling vertrouwen tussen de verpleegkundigen wordt beïnvloed door drie aspecten, namelijk: aantal vaste deelnemers in het beddenoverleg, transparantie in het beddenoverleg en het opbouwen van vertrouwen. Hierna volgen drie voorbeelden om de verschillende aspecten van vertrouwen aan te tonen.

#### *Aantal vaste deelnemers beddenoverleg*

Ten eerste heeft een aantal vaste deelnemers in het beddenoverleg een positieve invloed op het vertrouwen. 15 verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen geven aan dat vaak dezelfde verpleegkundigen deelnemen aan het beddenoverleg en dit als prettig wordt ervaren. Zo zijn de verpleegkundigen die regelmatig deelnemen aan het beddenoverleg op de hoogte van de methode RTDC en hebben plannen klaar liggen als de afdeling in het 'rood'. Nieuwe deelnemers hebben echter een negatieve invloed op het vertrouwen. Zo hebben verpleegkundigen die niet regelmatig deelnemen aan het beddenoverleg vaak geen actieplannen klaarliggen wanneer de afdeling in het 'rood' staat. Dit wordt als vervelend ervaren door de andere verpleegkundigen, omdat het extra tijd kost en geen afspraken gemaakt kunnen worden.

Een reden die hiervoor gegeven kan worden is dat er momenteel geen inwerkprogramma beschikbaar is voor nieuwe deelnemers. Met de implementatie van de methode RTDC zijn er trainingsdagen geweest voor de verpleegkundigen voor het toepassen van de methode RTDC. Op dit moment worden nieuwe medewerkers ingewerkt door verpleegkundigen op de afdeling zelf die ervaring hebben met de methode RTDC. Doordat de informatie overgedragen wordt van verpleegkundige op verpleegkundige kan het voorkomen dat de informatie niet voldoende is of belangrijke elementen worden gemist.

#### *Transparantie patiëntstroom*

Ten tweede ervaart het merendeel van de verpleegkundigen, namelijk 16, van de high care- en verpleegafdelingen dat transparantie in de patiëntstroom zorgt voor vertrouwen. Zo hebben verpleegkundigen meer vertrouwen in elkaar doordat het aantal bedden op een afdeling inzichtelijk is en daar geen discussies meer over kunnen ontstaan.

### *Het opbouwen van vertrouwen*

Ten derde heeft het vertrouwen tussen de verpleegkundigen moeten groeien over de tijd heen, geven 10 verpleegkundigen van de zowel de high care- als verpleegafdelingen aan. Zo stelt verpleegkundige van verpleeg afdeling 14: *“RTDC is één jaar geleden geïmplementeerd en over de tijd heb ik het vertrouwen tussen de verpleegkundigen groeien.”* Daarnaast geeft de verpleegkundige aan dat door positieve ervaringen met de methode RTDC het vertrouwen in elkaar is toegenomen. De verpleegkundige van verpleegafdeling 17 kan beamen dat positieve ervaringen invloed hebben op het vertrouwen. Zo geeft de verpleegkundige aan dat de samenwerking over de tijd heen beter is gegaan en dat de samenwerking invloed heeft op het vertrouwen.

Negatieve ervaringen hebben echter ook een invloed op het vertrouwen. Zo geeft verpleegkundige van verpleegafdeling 15 aan dat de overplaatsingen van patiënten vanuit de high care afdelingen niet goed zijn gegaan. De zorgzwaarte van patiënten was in de praktijk hoger dan in het beddenoverleg naar voren was gekomen. Hierdoor gaat de verpleegkundigen nu eerst op de high care afdeling bij de patiënt kijken om zelf een inschatting te maken van de zorgzwaarte. Dit betekent dat het opbouwen van vertrouwen een grote tijdsinvestering vergt en een negatieve ervaring tussen verpleegkundigen het vertrouwen snel kan beschadigen.

#### **6.4.2 Nakomen afspraken in het beddenoverleg**

Alle verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen geven aan dat afspraken die in het beddenoverleg worden gemaakt meestal worden nagekomen. Op het moment een afspraak niet wordt nagekomen is het van belang om met elkaar in gesprek te gaan, geeft de verpleegkundige van verpleegafdeling 15 aan. Zo kunnen verpleegkundigen van elkaar leren en problemen in de toekomst voorkomen. Dagelijks wordt in het beddenoverleg geëvalueerd of de afspraken en actieplannen, bij afdelingen die de vorige dag in het ‘rood’ stonden, zijn behaald. Deze evaluatie ervaren verpleegkundigen als prettig, omdat het op deze wijze inzichtelijk is of afspraken zijn nagekomen en acties zijn behaald. Dit inzicht heeft een positieve invloed op het ervaren vertrouwen.

#### **6.4.3 Tussentijdse conclusie**

De verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen ervaren aanwezigheid van vertrouwen in elkaar na de invoering van de methode RTDC. Zo ervaren de verpleegkundigen een onderling vertrouwen door een aantal vaste deelnemers in het beddenoverleg, transparantie in de bedden capaciteit en positieve ervaringen over de tijd. Samenwerking is effectiever wanneer er sprake is van onderling vertrouwen. Echter geven verpleegkundigen aan dat een aantal nieuwe deelnemers en negatieve ervaringen een negatieve invloed heeft op vertrouwen. Wat weer een negatieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen. Het nakomen van afspraken in het beddenoverleg is aanwezig doordat er een dagelijkse evaluatie plaatsvindt of afspraken zijn nagekomen en actieplannen zijn behaald. Vertrouwen heeft hierbij een zelfversterkend effect. Zo heeft een toename in vertrouwen een positief effect op samenwerking. Wat vervolgens weer positief is voor het vertrouwen. Wat uiteindelijk leidt tot een toename van effectieve samenwerking.



## 7. Conclusie

Door de veranderingen in de gezondheidszorg, zoals de toenemende vergrijzing en het aantal chronisch zieken, is een andere organisatie van zorg nodig. Een voorbeeld van het anders organiseren van processen in de zorg is RTDC, een methode waarmee vraag en aanbod van bedden in het gehele ziekenhuis op elkaar afgestemd kan worden. De methode RTDC is in juni 2018 geïmplementeerd op alle high care- en verpleegafdeling in het Radboudumc. In deze thesis is onderzocht hoe de verpleegkundigen de implementatie van de methode RTDC ervaren aan de hand van de factor discretionaire ruimte en de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van effectieve samenwerking. Deze factoren worden samengevat in de hoofdvraag:

*Hoe wordt de implementatie van RTDC geëvalueerd aan de hand van ervaringen van de verpleegkundigen in het Radboudumc met behulp van de factor discretionaire ruimte en de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van effectieve samenwerking?*

Om antwoord te geven op de hoofdvraag zijn 20 interviews afgenomen bij verpleegkundigen van elke high care- en verpleegafdeling. Aan de hand van de uitkomsten wordt in paragraaf 7.1 een antwoord gegeven op de hoofdvraag. Vervolgens wordt in paragraaf 7.2 gereflecteerd op de wetenschappelijk en theoretische aspecten van dit onderzoek. Tot slot worden in paragraaf 7.3 aanbevelingen voor het Radboudumc geformuleerd die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

### 7.1 Beantwoording hoofdvraag

Ten eerste ervaren de verpleegkundigen aanwezigheid van discretionaire ruimte om beslissingen te nemen ten aanzien van de zorg van patiënten na de invoering van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat verpleegkundigen zowel in het (over)plaatsen van patiënten als in het met ontslag laten gaan van patiënten een toename van discretionaire ruimte ervaren. Echter is er geen sprake van een directe invloed doordat de eindbeslissing over patiëntoverplaatsing en ontslagen nog altijd bij de arts ligt. Er is wel sprake van een indirecte invloed in de discretionaire ruimte in het (over)plaatsen van patiënten en het met ontslag laten gaan van patiënten. Zo ervaren verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid in het (over)plaatsen van patiënten door het dagelijkse inzicht in de beddencapaciteit in het beddenoverleg. Anderzijds ervaren verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid in het ontslag van patiënten, doordat zij dagelijks een voorspelling mogen maken over hoeveel patiënten op een dag voor 14:00 uur met ontslag gaan. Dit betekent dat de toename in ervaren discretionaire ruimte een positieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen.

Ten tweede ervaren de verpleegkundigen aanwezigheid van urgentie voor het toepassen van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat er sprake is van overeenstemming over het doel van de methode RTDC tussen de verpleegkundigen. Overeenstemming over een gezamenlijk doel versterkt namelijk de mate van ervaren urgentie voor het toepassen van beleid. Daarnaast zien de verpleegkundigen een effect van de methode RTDC op de patiëntstroom. Wat betekent dat alle verpleegkundigen meerwaarde ervaren in de methode RTDC, wat de urgentie om de methode RTDC toe te passen vergroot. Deze ervaren urgentie leidt tot een

effectievere samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen.

Ten derde ervaren verpleegkundigen enigszins aanwezigheid van gedeeld belang tussen de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat de samenwerking is verbeterd na de invoering van de methode RTDC, op het weekend na, met name door het contact en inzicht in elkaars afdeling in het dagelijkse beddenoverleg. Echter schiet de communicatie tussen de verpleegkundigen tekort, door geen duidelijke terugkoppeling over patiëntovernames en onduidelijke informatievoorziening over de zorgzwaarte van een patiënt vanuit de high care afdelingen. Dit betekent dat de verbeterde samenwerking in het beddenoverleg een positieve invloed heeft op de samenwerking, terwijl de tekort schietende communicatie daarentegen een negatieve invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen.

Ten vierde ervaren de verpleegkundigen van zowel de high care- als verpleegafdelingen aanwezigheid van vertrouwen in elkaar na de invoering van de methode RTDC. Dit is te verklaren doordat een aantal vaste deelnemers in het beddenoverleg een positieve invloed heeft op het ervaren vertrouwen. Zo is samenwerking effectiever wanneer er sprake is van onderling vertrouwen. Echter geven verpleegkundigen aan dat een aantal nieuwe deelnemers een negatieve invloed heeft op vertrouwen. Wat weer een negatief invloed heeft op de samenwerking tussen de verpleegkundigen. Daarnaast heeft het nakomen en evalueren van afspraken in het beddenoverleg een positieve invloed op het vertrouwen. Vertrouwen heeft hierbij een zelfversterkend effect. Zo heeft een toename in vertrouwen een positief effect op samenwerking. Wat vervolgens weer een positief effect heeft op het vertrouwen. Wat uiteindelijk leidt tot een effectievere samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen.

## 7.2 Discussie

### Theoretische reflectie

In het theoretisch kader is de factor discretionaire ruimte en de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van effectieve samenwerking vanuit de literatuur beschreven (Klaster, 2017; Lipsky, 1980; Genugten et al., 2017). Op basis van de factoren is het conceptueel model tot stand gekomen dat een solide basis vormde in dit onderzoek. De benadering van verschillende factoren was van waarde om inzicht te krijgen in hoe de verpleegkundigen de implementatie van de methode RTDC ervaren. Met name de factor discretionaire was bruikbaar om in kaart te brengen in welke mate de discretionaire ruimte van de verpleegkundigen ten aanzien van de patiëntenzorg is veranderd na de invoering van de methode RTDC. Dit was een belangrijke factor aangezien de veronderstelling van de methode RTDC was dat de verpleegkundigen 'in the lead' zouden komen te staan en dus meer discretionaire ruimte zouden krijgen na de invoering van de methode RTDC. Ook de factoren urgentie, gedeeld belang en vertrouwen van effectieve samenwerking waren bruikbaar in het onderzoek. Door middel van deze factoren is de invloed op de samenwerking tussen de verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen na de invoering van de methode RTDC aangetoond. Dit was van belang, omdat de het beleidsdocument van de methode RTDC veronderstelt dat samenwerking tussen de verpleegkundigen een belangrijke voorwaarde is voor een efficiënte patiëntstroom.

Een kanttekening die gemaakt moet worden in de theoretische reflectie is dat het niet duidelijk is of de factoren die gebruikt zijn in dit onderzoek uitputtend zijn. Dat andere factoren ook een rol spelen is namelijk niet uit te sluiten. Wat bijvoorbeeld niet vanuit de theorie is meegenomen in dit onderzoek is de invloed van het management op de samenwerking. Dat terwijl het niet ondenkbaar is dat het management de samenwerking tussen de verpleegkundigen zou kunnen beïnvloeden.

Daarnaast is in dit onderzoek ingezoomd op slechts vier factoren. Wanneer er meerdere factoren meegenomen zouden worden was een grotere onderscheidenheid ontstaat. Echter is deze keuze bewust gemaakt om meer diepgang te creëren. Tevens kwam in het beleidsdocument van RTDC duidelijk naar voren dat samenwerking tussen de verpleegkundigen en discretionaire ruimte van de verpleegkundigen essentieel waren om de methode RTDC toe te passen op de patiëntstroom in het Radboudumc. In de onderzoeken van Lipsky, Klaster en Genugten et al., werden deze factoren gevonden, waardoor het logisch lijkt om deze factoren dan ook mee te nemen in het onderzoek.

Verder levert dit onderzoek een bijdrage aan de literatuur. De onderzoeken van Klaster (2017) en Genugten et al., (2017) zijn gericht op factoren voor effectieve regionale samenwerking. Het onderzoek van Genugten et al., (2017) richt zich op het domein van de gedecentraliseerde taken op het terrein van de jeudzorg en de Wmo. Door middel van dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd door het meten in welke mate de factoren voor effectieve samenwerking aanwezig zijn in een context van verpleegkundigen van high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. Zo blijkt dat uit het onderzoek van Genugten et al., (2017) de factoren niet specifiek gericht zijn op het sociaal domein maar hoogstwaarschijnlijk de factoren urgentie en gedeeld belang sterker aanwezig zijn dan op sommige andere domeinen. Echter blijkt uit dit onderzoek dat zowel de factoren urgentie als gedeeld belang aanwezig zijn voor effectieve samenwerking. Hierdoor is bevestigd dat de factoren toepasbaar zijn op verschillende terreinen.

Het onderzoek van Klaster (2017) richt zich op regionale netwerken op het gebied van onderwijs- arbeidsmarktdomein. Uit het onderzoek van Klaster blijkt dat het merendeel een momentopname is geweest waardoor verder onderzoek op afzonderlijke netwerken waardevol is. Dit onderzoek levert hier een bijdrage aan door het toepassen van de factoren voor effectieve samenwerking op een ander afzonderlijk terrein, namelijk de high care- en verpleegafdelingen in het Radboudumc. Zo blijkt uit het onderzoek van Klaster (2017) dat met name de factor urgentie een belangrijke voorwaarde is voor succes, wat dit onderzoek kan bevestigen.

Daarnaast levert dit onderzoek een maatschappelijke bijdrage. Zo kunnen de inzichten in ervaringen van verpleegkundigen met de methode RTDC een positieve bijdrage leveren aan het beheren van patiëntprocessen in ziekenhuizen. Het leidt tot kennis over het anders en slimmer organiseren van de patiëntstroom waarbij verpleegkundigen meer discretionaire ruimte hebben ten aanzien van de patiëntenzorg. Deze kennis en de methode RTDC kan op regionaal en landelijk niveau in andere ziekenhuizen worden geïmplementeerd waardoor meer samenwerking en effectieve (over)plaatsing van patiënten kan ontstaan.

## **Methodologische reflectie**

In deze paragraaf wordt gereflecteerd op de gemaakte keuzes in het onderzoek. Een eerste aandachtspunt is het aantal respondenten. Alhoewel er 20 interviews zijn afgenomen waarbij één interview met elke verpleegkundige van de high care- en verpleegafdeling, is het nog maar de vraag in hoeverre de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar alle verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen. Het zou wenselijk zijn om meerdere verpleegkundigen te interviewen binnen één afdeling. Echter was dit binnen het tijdsbestek vier maanden niet haalbaar. Om te waarborgen dat de juiste verpleegkundigen geïnterviewd zouden worden is in samenspraak met de flowmanager RTDC de lijst met respondenten samengesteld. Op deze wijze is in de interviews in ieder geval informatie verkregen vanuit de verpleegkundigen die dagelijks werken met de methode RTDC en deelnemen aan het beddenoverleg. Daarnaast zijn er twee interviews afgenomen met de bedcoördinator en de flowmanager RTDC. Hieruit is gebleken dat er geen afwijkende resultaten zijn gevonden in vergelijking met de interviews met de verpleegkundigen. Daarom is er voor gekozen om deze resultaten ook niet mee te nemen in de analyse.

Tevens is naast het afnemen van interviews gebruik gemaakt van een beleidsdocument waarin de methode RTDC vanuit de projectgroep RTDC is beschreven. In de analyse zijn vergelijkingen gemaakt door de bevindingen van de verpleegkundigen vanuit de interviews te vergelijken met het beleidsdocument van de methode RTDC. Op deze wijze is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Verder zijn alle theoretische factoren afzonderlijk geoperationaliseerd door middel van een boomstructuur. De operationalisatie heeft plaatsgevonden door enerzijds te achterhalen hoe de theoretische factoren in andere onderzoeken zijn geoperationaliseerd. Op het moment dat een factor meerdere keren op dezelfde wijze is geoperationaliseerd vergroot dit de betrouwbaarheid van het onderzoek. Echter zijn de factoren urgentie, vertrouwen en gedeeld belang deels op basis van eigen interpretatie van de onderzoeker geoperationaliseerd, omdat de factoren vanuit de literatuur niet geheel aansloten op dit onderzoek naar de ervaringen van de verpleegkundigen met de methode RTDC. Zo is er voor gekozen om de factor urgentie te operationaliseren in; overeenstemming doel RTDC en effect RTDC op patiëntstroom. De factor gedeeld belang in; samenwerking beddenoverleg en communicatie en de factor vertrouwen in; onderling vertrouwen en nakomen afspraken in het beddenoverleg. De operationalisatie van de factoren vertrouwen en urgentie waren goed toepasbaar op het onderzoek. De operationalisatie van de factor gedeeld belang veroorzaakte echter overlap op het gebied van samenwerking in de verdere analyse. Dit is te verklaren doordat de factoren gedeeld belang, vertrouwen en urgentie samen leidt tot effectieve samenwerking. Voor vervolg onderzoek is het dan ook niet aan te bevelen om factoren van effectieve samenwerking te operationaliseren in een dimensie van samenwerking. Om deze reden is er voor gekozen om in de analyse de factor gedeeld belang als eerste te beschrijven. Zo kon verder in de analyse verwezen worden naar de samenwerking als onderdeel van gedeeld belang.

### 7.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden vier concrete aanbevelingen geformuleerd om de methode RTDC te verbeteren. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten van de interviews waaruit blijkt dat verbeteringen in de methode RTDC nodig zijn voor een zo effectief mogelijke patiëntstroom in het Radboudumc. De aanbevelingen zijn gericht op: toepassing van de methode RTDC in het weekend, trainingsprogramma voor nieuwe deelnemers, communicatie en bewustwording bij artsen. Per aanbeveling wordt een uitgebreide toelichting gegeven over de wijze waarop de aanbeveling geïmplementeerd kan worden.

#### 1. RTDC in het weekend

Ten eerste is het aan te bevelen aan de projectgroep RTDC om een pilot te starten waarbij de methode RTDC ook in het weekend wordt toegepast op de high care- en verpleegafdelingen. Uit de resultaten komt namelijk naar voren dat de samenwerking voor (over)plaatsen van patiënten tussen verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen in het weekend stagneert. In het weekend is geen beddenoverleg en is ook geen bedcoördinator aanwezig. Als gevolg daarvan kunnen patiënten regelmatig niet worden overgeplaatst vanuit de high care afdeling naar de verpleegafdelingen. Het vermoeden is dat verpleegafdelingen bedden bezet houden in het weekend voor de patiënt overnames van de maandag. Momenteel is het niet inzichtelijk of er daadwerkelijk bedden worden vastgehouden. In het weekend is namelijk ook geen bedcoördinator aanwezig die daarop toezicht kan houden.

Het advies aan de projectgroep RTDC is om een pilot te starten gedurende één maand waarbij ook in het weekend een beddenoverleg zal plaatsvinden en een bedcoördinator aanwezig is. Na deze maand kan geëvalueerd worden of een beddenoverleg in het weekend effect heeft gehad op de (over)plaatsing van patiënten vanuit de high- care naar verpleegafdelingen. Op het moment dat de pilot effectief blijkt te zijn is het advies om het beddenoverleg ook in het weekend door te voeren. Echter wanneer een beddenoverleg in het weekend geen effect blijkt te hebben op de (over)plaatsing van patiënten is een vervolgonderzoek van belang om te onderzoeken waarom de samenwerking in het weekend stagneert.

#### 2. Trainingsprogramma nieuwe deelnemers beddenoverleg

Ten tweede is het aan te bevelen aan de projectgroep RTDC om een trainingsprogramma voor nieuwe deelnemers aan het beddenoverleg te ontwikkelen. Verpleegkundigen geven namelijk aan dat nieuwe deelnemers in het beddenoverleg de methode RTDC niet voldoende beheersen. Op het moment dat de afdeling in het ‘rood’ staat hebben nieuwe deelnemers geen actieplannen klaarliggen. Dit wordt als vervelend ervaren door de andere deelnemers, omdat het extra tijd kost en geen afspraken gemaakt kunnen worden. Momenteel worden nieuwe deelnemers ingewerkt door verpleegkundigen op de afdeling die ervaring hebben met de methode RTDC. Doordat de informatie overgedragen wordt van verpleegkundige op verpleegkundige kan het voorkomen dat de informatie niet voldoende is of belangrijke elementen worden gemist.

Het advies is aan de projectgroep RTDC is om een online training met concrete oefeningen en video's te ontwikkelen voor nieuwe deelnemers aan het beddenoverleg. Voordat nieuwe deelnemers mogen deelnemen aan het beddenoverleg is het van belang dat de deelnemers de online training hebben behaald. De online training kan bestaan uit verschillende

onderdelen, namelijk: het invullen van een r-sheet en het deelnemen aan het beddenoverleg. Op het eerste thema, het invullen van een r-sheet, kunnen deelnemers een voorbeeld r-sheet te zien krijgen in de online training waarbij de deelnemers kunnen oefenen met het op de juiste manier invullen van de r-sheet. Wanneer de deelnemer de r-sheet niet op de juiste manier heeft ingevuld is het aan te bevelen om een uitleg bij de online training te geven op welke wijze de r-sheet ingevuld moet worden. Daarnaast is het aan te bevelen om een video toe te voegen waarin een verpleegkundige uitlegt hoe een r-sheet ingevuld moet worden. Een video geeft een duidelijk beeld waardoor de werkwijze duidelijker wordt voor de nieuwe deelnemers. In het volgende thema, het beddenoverleg, kan ten eerste een introductie video worden weergegeven over hoe een beddenoverleg plaatsvindt. Daarna kunnen de deelnemers in de online training oefenen met het maken van actieplannen wanneer de afdeling in het 'rood' staat. Ook hierbij is het van belang dat er extra informatie wordt weergegeven van welke stappen een deelnemers moet doorlopen als een afdeling in het 'rood' staat. Tot slot is het aan te bevelen dat de online training een eindtoets bevat waarbij de deelnemer van begin tot eind de stappen moet doorlopen om succesvol te kunnen deelnemen aan een beddenoverleg. Wanneer een nieuwe deelnemer de online training heeft behaald kan er deel worden genomen aan het beddenoverleg.

### **3. Communicatie (over)plaatsingen patiënten**

Ten derde is het aan te bevelen aan de projectgroep RTDC om de communicatie voor (over)plaatsing van patiënten van high care- naar verpleegafdelingen te verbeteren. Opvallend is dat zowel verpleegkundigen van de high care- als verpleegafdelingen momenteel nog niet tevreden zijn over de communicatie voor (over)plaatsingen van patiënten. Zo wordt in het beddenoverleg geen terugkoppeling gedaan of de patiënten die worden aangekondigd om over te gaan van de high care- naar de verpleegafdeling ook daadwerkelijk over zijn gegaan. Daarnaast moet er na het beddenoverleg vaak nog telefonisch contact plaatsvinden tussen de verpleegkundigen om een tijdstip van overplaatsing af te spreken. Tot slot is de informatievoorziening over de zorgzwaarte van patiënten die worden overgeplaatst vanuit high care afdelingen niet altijd duidelijk. Om deze redenen worden er drie aanbevelingen gegeven:

- Neem als vast onderdeel in het beddenoverleg op: terugkoppeling over de (over)plaatsingen van patiënten vanuit de high care afdelingen

Dagelijks in het beddenoverleg worden patiënten aangekondigd vanuit de high care afdelingen die over kunnen naar de verpleegafdelingen. Het is aan te bevelen om nadat de actieplannen van de vorige dag worden geëvalueerd ook te evalueren of de patiënten die aangekondigd zijn voor overplaatsing ook daadwerkelijk over zijn gegaan. Zo wordt inzichtelijk gemaakt of patiënten over zijn gegaan en als dit niet het geval is kan een toelichting worden gegeven waarom dit niet is gebeurd. Wanneer blijkt dat patiënten regelmatig om dezelfde reden niet worden overgeplaatst kunnen hier verbeterplannen op gemaakt worden.

- Neem als vast onderdeel in het beddenoverleg op: afstemming over tijdstip (over)plaatsing patiënten tussen verpleegkundigen van de high care- en verpleegafdelingen

Het is aan te bevelen dat de bedcoördinator vlak voor de afsluiting van het beddenoverleg vraagt of de verpleegkundigen die afspraken hebben gemaakt om patiënten van de high care afdelingen over te nemen even willen blijven zitten. Zo kan vlak na het beddenoverleg een tijdstip worden

afgesproken tussen de verpleegkundige van de high care- en verpleegafdeling voor de patiënt overname. Hierdoor hoeft er na het beddenoverleg geen telefonisch contact meer plaats te vinden.

- Verpleegkundigen van de high care afdelingen kunnen tijdens het maken van de afspraken informatie verstrekken over de zorgzwaarte van een patiënt.

Tot slot is het aan te bevelen dat verpleegkundigen vanuit de high care afdeling informatie verstrekken over de zorgzwaarte van een patiënt op het moment dat een patiënt wordt aangekondigd overplaatsing. Op dit moment geven verpleegkundigen van de verpleegafdelingen namelijk aan dat de zorgzwaarte van een patiënt vanuit de high care afdelingen niet duidelijk genoeg is. Hierdoor zijn verpleegkundigen meer tijd dan verwacht kwijt aan de zorg van een patiënt. Voor de projectgroep RTDC is het aan te bevelen om handleiding op te stellen met criteria waar een patiënt aan moet voldoen wil een patiënt overgeplaatst worden naar een verpleegafdeling. Op deze wijze kunnen de verpleegkundigen de criteria van de handleiding volgen en kan er geen miscommunicatie meer ontstaan over de zorgzwaarte van een patiënt.

#### **4. Bewustwording artsen**

Ten vierde is het aan te bevelen aan de projectgroep RTDC om bewustwording over de methode RTDC te creëren bij de artsen. Op dit moment blijkt uit de interviews dat de artsen wel weten van het bestaan van de methode RTDC maar zij geen achtergrond informatie hebben over de werking van de methode RTDC. Hierdoor wordt een stuk begrip en meedenkend vermogen naar de verpleegkundigen toe gemist. Op het moment dat artsen meer inzicht hebben in de methode RTDC kunnen zij verpleegkundigen beter ondersteunen in het maken van actieplannen wanneer de afdeling in het ‘rood’ staat. Daarnaast verhoogt inzicht in de methode RTDC het begrip en de samenwerking tussen arts en verpleegkundige ten aanzien van de zorg van een patiënt.

Het is aan te bevelen aan de projectgroep RTDC om een informatiebijeenkomst te organiseren waarbij alle artsen van de high care- verpleegafdelingen worden uitgenodigd. In de informatiebijeenkomst kunnen alle stappen van de methode RTDC worden besproken. Daarnaast kunnen de artsen de gelegenheid krijgen om vragen te stellen. Tot slot is het aan te bevelen om een video op te nemen van een dagelijks beddenoverleg en deze te laten zien bij de artsen. Zo kunnen artsen in een paar minuten zien hoe een beddenoverleg plaatsvindt. Hierdoor zijn artsen zich meer bewust van de methode RTDC waardoor zij beter met de verpleegkundigen kunnen meedenken in patiëntontslagen en (over)plaatsingen.

## Referenties

- Agranoff, R., M. McGuire, *Collaborative public management. New strategies for local governments*, Washington, DC: 2003.
- Ansell, C., Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18, 543-571.
- Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom, Lemma Uitgeverij.
- Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A. (1991). *Beleidsvaluatie*. Alphen aan den Rijn.
- Boogers, M., Klok, P.-J., Denters, B. & Sanders, M. (2016). *Effecten van regionaal bestuur voor gemeenten. Bestuursstructuur, samenwerkingsrelaties, democratische kwaliteit en bestuurlijke effectiviteit*. Enschede: Universiteit Twente
- Coolsma, J.C. (2008). De uitvoering van overheidsbeleid. In: A. Hoogerwerf, & T. Herweijer (Eds.), *Overheidsbeleid* (p. 119-136). Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Elmore, F. (1982). Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions. *Studying Implementation. Methodological and Administrative Issues*. Chatham, N.J: Chatham Publishing.
- Ferlie, E. & A. Pettigrew, 'Managing through networks. Some issues and implications for the NHS', *British Journal of Management*, 1996/s1, p. 81-99.
- Genugten, M. van, Kruijf, J. de, Zwaan, P., & Thiel, S. van. (2017). *Samenwerken aan effectieve regionale samenwerking*. Nijmegen: IMR. (H1, 2, 10 en 11).
- Groenewegen, P.P., Hansen, J., Bekke, S. (2007). Professions en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. *The Netherlands Institute for Health Services Research*
- Gray, B. & Wood, D. (1991). Collaborative Alliances: Moving from Practice to Theory. *Journal of Applied Behavioral Science*, 27 ( 2 ), p. 3- 22 .
- Hill, M. & Hupe, P. (2014). Studying implementation beyond deficit analysis: The top-down view reconsidered. *Public policy and Administration*, 29(2), 145-163.
- Hemerijck, A. (2003). Vier kernvragen van beleid. *Beleid En Maatschappij*, 30(1), 3-19.
- Hennink, M., Hutter, Inge., & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: SAGE.
- Herranz, J., 'Network performance and coordination. A theoretical review and framework', *Public Performance and Management Review*, 2010/3, p. 311-341.
- Hoogerwerf, A. (1983). Succes en falen van overheidsbeleid in Nederland. *Succes en falen van overheidsbeleid*. Alphen aan den Rijn: Samson.



Hoogerwerf, A. & Herweijer, M. (2003). *Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.

De Jong, M. (2013, 16 december). Verpleegkundigen moeten autonomer werken. *Nursing*. Geraadpleegd op 4 april 2019, van <https://www.nursing.nl/verpleegkundige-moet-autonomer-werken-1430973w/>

Kenis, P.N., K.G. Provan, 'Towards an exogenous theory of public network performance', *Public Administration*, 2009/3, p. 440-456.

Klaster, E. (2017). Effectieve regionale netwerken: een onderzoek naar de top-down gestimuleerde netwerken op onderwijs- en arbeidsmarktgebied. *Bestuurswetenschappen*, 71(1), 23-39.

Klijn, E.H., B. Steijn., J. Edelenbos, 'The impact of network management strategies on the outcomes in governance networks', *Public Administration*, 2010/4, p. 1063-1082.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel sage foundation.

Madell, M.P., R. Keast. (2008). 'Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks. Developing in a framework for revised performance measures, *Public Management Review*, 2008/6, p. 715-731.

Matland, R.E. (1995) 'Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation.' *Journal of Public Administration Research and Theory*. Vol.5 (2): 145-174.

Mazmanian, D., Sabatier, P. (1983). *Implementation and Public Policy*. Glenview: Scott, Foresman and Company.

McGuire, M., 'Collaborative public management. Assessing what we know and how we know it', *Public Administration Review*, 2006/s1, p. 33-43.

Mitchell, S.N., S.M. Shortell, 'The governance and management of effective community health partnerships. A typology for research, policy and practice', *The Milbank Quarterly*, 2000/2, p. 241-289.

Noordegraaf, M., Geuijen, K. & Meijer, A. (2011). *Handboek publiek management*.

Noordegraaf, M., & Siderius, K. (2016). Perspectieven op publieke professionaliteit. *M&O: Tijdschrift Voor Management En Organisatie*, 2, 4-19.

Oelen, M. (2012, 23 maart). Verpleegkundige krijgt meer regie over patiëntenzorg. *Nursing*. Geraadpleegd op 4 maart 2019, van <https://www.nursing.nl/verpleegkundige-krijgt-meer-regie-over-patientenzorg-nurs007789w/>

O'Toole, L.J. (1986). Policy recommendations for multi-actor implementation: An assessment of the field. *Journal of public policy*, 6(2), 181-210.

Pressman, J.L., Wildavsky, A. (1975). *Implementation (3th. ed.)*. Berkeley: University of California Press.

Radboudumc. (2017). *Jaarverslag 2017*. Geraadpleegd op 20 maart 2019, van [https://issuu.com/radboudumc/docs/radboudumc\\_jaarbericht\\_2017?e=28355229/62023064](https://issuu.com/radboudumc/docs/radboudumc_jaarbericht_2017?e=28355229/62023064)

Radboudumc. (z.d.). *Adviesgroep PVI*. Geraadpleegd 12 maart 2019, van <https://www.radboudumc.nl/over-het-radboudumc/organisatie/organisatieonderdelen/adviesgroep-pvi/over-pvi>

Radboudumc (2018). Radbode. *Personeelsmagazine Radboudumc*, 43, 19. Geraadpleegd op 15 mei 2019, van <file://cnas.ru.nl/s1009539/Documents/beddenoverleg.pdf>

Rapport Taskforce (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*.

Resar, R., Nolan, K., Kaczynski, D., Jensen, K. (2011). Using Real-Time Demand Capacity Management to Improve Hospitalwide Patient Flow. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(5).

Rijksbegroting. (2018). *Voorbereiding begroting*. Geraadpleegd op 3 maart 2019, van [http://www.rijksbegroting.nl/2018/voorbereiding/begroting.kst236981\\_33.html](http://www.rijksbegroting.nl/2018/voorbereiding/begroting.kst236981_33.html)

Schoenmaker, E., Albersnagel-Thijssse. (2003). *Regie van het primaire proces*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen.

Stordeur, S., D'Hoore. (2006). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 57 (1), 45-58.

Sydow, J., A. Windeler, 'Organizing and evaluating interfirm networks. A structurationa- list perspective on network processes and effectiveness', *Organizational Science*, 1998/3, p. 265-284.

Thomson, A.M., Perry, J.L. & Miller, T.K. (2007). Conceptualizing and measuring collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19, P. 23-56.

Turrini, A., Cristofoli, D. Frosini, F. & Nasi, G. (2010). Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88(2), 528-550.

Van Eijk, E., Limpers, J., Stoffer, M. (2019). *Real-Time Demand and Capacity*. Nijmegen: Radboudumc.

Van Meter, D., & Van Horn, C. (1975). The Policy Implementation Proces: a Conceptual Framework. *Administration and Society*, 6 (4), pp. 445-488.

Van Thiel, S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho Uitgeverij.

Weatherley, R., Lipsky, M. (1977). Street-Level Bureaucrats and Institutional Innovation: Imple-menting Special Education Refonn. *Harvard Educational Review* 47:170-96.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2000). *Borging van het publieke belang*. Nr.56, Sdu uitgevers, Den Haag.

Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

## Bijlage 1: Overzicht respondenten

<b>Afdeling</b>	<b>Functie</b>
Neurochirurgie (C2N)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Traumachirurgie (C2T)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Orthopedie (C2X)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Hart, Vaat, Long (C42/C43)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Hart, Vaat, Long (C41/C44)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Hartbewaking en eerste hulp (D3)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Longziekten op locatie Dekkerwald (DW)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Heelkunde (C53)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Maag-, darm-, leverziekten (C51)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Heelkunde (C52)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Keel-, neus-, oorheelkunde. Mond-, kaak-, aangezichtschirurgie (C5WEST)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Hematologie (E00)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Nierziekten (E22)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Medische oncologie (E30)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Interne geneeskunde (EOV)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Neurologie (N20)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Geriatric (N30)	Verpleegkundige - verpleegafdeling
Intensive Care (IC laag 1)	Verpleegkundige – IC afdeling
Intensive Care (IC laag 2)	Verpleegkundige – IC afdeling
Medium Care (CMC)	Verpleegkundige – IC afdeling
Bedcoördinator	
Flowmanager	
<b>Totaal: 22 interviews</b>	

## Bijlage 2: Interviewschema

### Respondent: Verpleegkundige

#### Introductie

In het kader van mijn thesis voor de master Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit wordt dit onderzoek uitgevoerd binnen de methode RTDC. RTDC is in juni 2018 geïmplementeerd en de eerste resultaten zijn zichtbaar. Zo is de gehele patiëntstroom in het ziekenhuis inzichtelijk gemaakt en worden dagelijks door jullie als verpleegkundige prioriteiten gesteld voor de patiëntstroom. Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van jullie ervaringen als verpleegkundigen met de methode RTDC. Uw naam zal niet gebruikt worden in het onderzoek. U wordt in dit onderzoek aangeduid als verpleegkundige van de afdeling X.

- Heeft u er bezwaar tegen als dit gesprek wordt opgenomen?
- Hierna volgen een aantal vragen met eventuele vervolgvragen waar nodig om gedetailleerde informatie te verkrijgen. Mochten er vragen onduidelijk zijn, geef dit gerust aan tijdens het interview.
- Er zijn geen goede of slechte antwoorden, het gaat vooral om uw ervaringen als verpleegkundige.

#### Factoren

##### *Algemeen*

- a) Hoe lang werkt u al op de afdeling?
- b) Hoe vindt u de sfeer op de afdeling?
- c) Hoe kijkt uw afdeling tegen RTDC aan?
- d) Waarom bent u voor RTDC gevraagd? (deelname aan het beddenoverleg)

##### *1. Discretionaire ruimte*

- a) Wat is er veranderd in uw rol ten aanzien van het (over)plaatsen van patiënten door RTDC?
- b) Wat is er veranderd in uw zeggenschap over het wel/ niet met ontslag laten gaan van een patiënt binnen uw afdeling door RTDC?
- c) Welke positieve veranderingen ervaart u in uw werkzaamheden na de invoering van RTDC?
- d) Welke negatieve veranderingen ervaart u in uw werkzaamheden na de invoering van RTDC?
- e) Wat is er volgens u veranderd in de werkdruk op de afdeling na de invoering van RTDC?

##### *2. Urgentie*

- a) Wat betekent RTDC u in uw dagelijkse werkzaamheden?
- b) Met welke onderdelen van RTDC houdt u zich bezig? (beddenoverleg, r-sheets)
- c) In weke mate voelt u zich verantwoordelijk om actief deel te nemen aan deze onderdelen? (vanuit de vorige vraag)
- d) Wat is er volgens u veranderd in de patiëntstroom door RTDC?

- e) In hoeverre heeft u het gevoel dat RTDC een bijdrage levert aan de juiste zorg op de juiste plek voor de patiënten in het ziekenhuis?

#### 4. *Gedeeld belang*

- a) Welk effect heeft RTDC volgens u op de samenwerking tussen uw afdeling en andere high care- en verpleegafdelingen? (in het (over)plaatsen van patiënten)
- b) Welk effect heeft RTDC volgens u op de communicatie tussen uw afdeling en andere high care- en verpleegafdelingen?
- c) Wat is volgens u het doel van RTDC?
  - a. Het doel vanuit het project RTDC is: "iedere patiënt krijgt de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment?", wat vindt u daarvan?
- d) In hoeverre ervaart u dat andere afdeling zich inzetten voor hetzelfde doel?
- e) In hoeverre vindt u dat verpleegkundigen van andere high care- en verpleegafdelingen elkaar helpen? (wanneer afdelingen in het rood staan in het beddenoverleg of wanneer afdelingen een andere hulpvraag stellen)
- f) Wat zou er volgens u beter kunnen in de samenwerking tussen uw afdeling en de andere high care- en verpleegafdelingen met RTDC?

#### 5. *Vertrouwen*

- a) Wat is er volgens u wat veranderd in het vertrouwen tussen uw afdeling en andere high care- en verpleegafdelingen door RTDC?
- b) Als u bij het beddenoverleg zit; in hoeverre ervaart u een onderling vertrouwen tussen de verpleegkundigen?
  - a. En waar ligt dat aan
  - b. Hoe kan dat worden verbeterd?
- c) Voordat u naar het beddenoverleg gaat; in hoeverre heeft u het vertrouwen dat de patiëntstroom voor die dag geregeld kan worden in het overleg?
- d) Als u het beddenoverleg verlaat; in hoeverre heeft u het vertrouwen alles is geregeld om de patiëntstroom goed te laten verlopen voor die dag?
- e) In hoeverre worden besluiten en afspraken die in het beddenoverleg worden genomen nagekomen door andere high care- en verpleegafdelingen?

#### **Afsluiting**

- Aangeven dat alle vragen zijn behandeld  
Vragen of respondent nog aanvullende informatie heeft
- Bedanken voor het interview