

Diabeteszorg is teamwerk!

Op weg naar gezamenlijke diabeteszorg in Amsterdam

*Why are the so-called systems of healthcare so difficult to manage?
(Gouberman & Mintzberg, 2001)*



Bart Valkema
ABK groep 42

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding	5
1.1 Doelstelling	6
1.2 Onderzoeksmodel	7
1.3 Vraagstellingen	7
1.4 Opzet van de thesis	8
2. Theoretisch kader	9
2.1 Value Based Healthcare	9
2.1.1. <i>Onderdeel 1: IPU</i>	11
2.1.2. <i>Onderdeel 2: Uitkomsten</i>	11
2.2 Organisatieontwerp	12
3. Methodologische verantwoording	16
3.1 Onderzoeksstrategie	16
3.2 Verantwoording informatieverzameling	17
3.3 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek	17
4. Resultaten	19
4.1 Beschrijving huidige situatie VUmc diabetescentrum	19
4.2 Resultaten interviews	21
4.2.1. <i>Samenvatting</i>	21
4.2.2. <i>Teamtaak</i>	23
4.2.3. <i>Grootte van het team</i>	24
4.2.4. <i>Afstemming</i>	25
4.2.5. <i>Afhankelijkheid</i>	26
4.2.6. <i>Eigen middelen en zichtbaarheid</i>	27
4.2.7. <i>Stimulans</i>	28
4.2.8. <i>Mogelijkheden en bevoegdheden</i>	29
4.2.9. <i>Kwaliteit van organisatie</i>	30
4.2.10. <i>Kwaliteit van arbeid</i>	31
4.2.11. <i>Kwaliteit van arbeidsverhoudingen</i>	32
4.3 Best practice: Diabeter	32
4.4 Uitwerking organisatie ontwerp ADC	35
4.5 Kloofanalyse	36
5. Conclusies en aanbevelingen	37
5.1 Conclusies	37
5.1.1. <i>Theoretische onderzoeksvragen:</i>	37
5.1.2. <i>Empirische onderzoeksvragen</i>	37
5.1.3. <i>Analytische onderzoeksvraag</i>	38
5.2 Aanbevelingen organisatieontwerp	39
5.2.1 <i>Aanbevelingen VBHC</i>	40
5.3 Aanbevelingen veranderstrategie	41
5.4 Zelfreflectie	43

Bijlagen	44
Bijlage 1: Literatuurlijst	44
Bijlage 2: Organogram VUmc	46
Bijlage 3: Organogram Interne Geneeskunde VUmc	47
Bijlage 4: Zorgpad Diabetes - Voetenteam	48
Bijlage 5: Zorgpad Diabetes - Zwangeren	49
Bijlage 6: Zorgpad Diabetes – Algemeen	50
Bijlage 7: Zorgpad Diabetes- RTCGM	51
Bijlage 8: Zorgpad Diabetes- Chronisch	52
Bijlage 9: Topiclijst interviews	53
Bijlage 10: Verslagen interviews	54
<i>Interview 1</i>	54
<i>Interview 2</i>	55
<i>Interview 3</i>	56
<i>Interview 4</i>	58
<i>Interview 5</i>	60
<i>Interview 6</i>	61
<i>Interview 7</i>	63
<i>Interview 8</i>	64
<i>Interview 9</i>	65

Figuren overzicht

- Figuur 1.1 - Diabetes gevallen in Nederland
- Figuur 1.2 - Schematische weergave van het onderzoeksmodel
- Figuur 2.1 - Globaal conceptueel model
- Figuur 2.2 - Deugdzame leercyclus
- Figuur 2.3 - Opbouw van het organisatieontwerp
- Figuur 3.1 - Interventiecycclus (Doorewaard 2012)
- Figuur 3.2 - Schematische weergave informatieverzameling
- Figuur 4.1 - Overzicht van uitwerking IPU volgens Porter bij Diabeter
- Figuur 5.1 - Fasenmodel voor invoering van zelfsturende teams

Voorwoord

Deze masterthesis is gemaakt in het kader van masteropleiding bedrijfskunde aan de Radboud Management Academy, onderdeel van de faculteit der managementwetenschappen te Nijmegen.

Het onderwerp is het organisatieontwerp van het op te richten Amsterdam Diabetes Centrum. Hiervoor is in de periode van januari tot en met september 2018 onderzoek verricht binnen de ziekenhuisorganisaties VUmc en AMC (gezamenlijk het Amsterdam UMC) en het OLVG (inclusief locatie Jan van Goyen) allen te Amsterdam.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van prof. dr. Mark Kramer. Je visie op de gezondheidszorg nu en in de toekomst is voor mij een bron van inspiratie. Daarnaast wil ik de internisten van het Amsterdam Diabetes Centrum bedanken om met hen deze plannen uit te kunnen werken. Het enthousiasme en gedrevenheid om de diabeteszorg in Amsterdam te verbeteren werkt aanstekelijk. Het ADC gaat er komen!

Het kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van interviews, literatuuronderzoek, analyse van het VUmc diabetescentrum. Hierbij wil ik de geïnterviewden bedanken voor hun tijd en input. Zonder deze inspanning was het niet mogelijk geweest om met een gefundeerd advies te komen.

De inhoudelijke begeleiding van mijn onderzoek heeft plaatsgevonden door prof. dr. Pierre van Amelsvoort. Zijn kennis over de sociotechniek en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek heeft mij anders doen kijken naar de verschillende invalshoeken. Ik wil Pierre dan ook ontzettend bedanken voor je tijd, beschikbaarheid en creativiteit. Ik heb dit als erg inspirerend ervaren.

Daarnaast wil ik dr. Armand Smits bedanken voor je bijdrage als tweede lezer. Je feedback heeft me geholpen om de thesis op een hoger niveau te brengen. Dank hiervoor.

Mijn grote dank en waardering gaat uit naar Bennie Rusken. Als goede vriend heb je door gedisciplineerd vragen te stellen een belangrijke rol gehad in het aanbrengen van de structuur om deze thesis af te ronden.

Papa en mama veel dank voor jullie onvoorwaardelijke steun en interesse.

En zeker niet op de laatste plaats is mijn dankbaarheid groot naar mijn schatten Chantal en Doris. Oneindig vaak hebben jullie gehoord dat ik moest studeren. Het duurde even maar het is nu eindelijk klaar. Ik zie er naar uit om met z'n vieren te genieten dat dit is afgerond, en weer nieuwe avonturen met elkaar te maken.

Veel leesplezier gewenst!

Bart Valkema
Amersfoort, oktober 2018

1. Inleiding

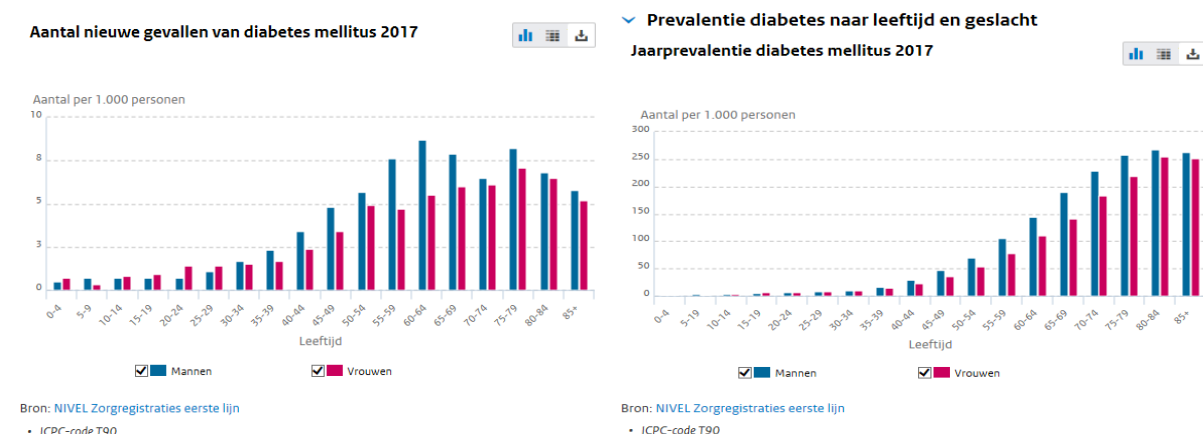
Het VUmc is een universitair medisch centrum (UMC). De ziekenhuisorganisatie heeft drie pijlers als kerntaken; patiëntenzorg, onderzoek en opleiden. Er werken ruim 7000 medewerkers (www.vumc.nl).

In juni 2018 wordt de bestuurlijke fusie met het AMC getekend. Dit houdt in dat de twee UMC's worden aangestuurd door één gezamenlijk bestuur. De volgende stap is een juridische fusie wat een samenvoeging van de organisaties inhoudt.

Binnen de geneeskunde houdt de interne geneeskunde zich onder andere bezig met de behandeling van diabetes (suikerziekte). Het gespecialiseerd bovenregionaal VUmc Diabetescentrum (www.diabetescentrum.nl) bestaat ruim twintig jaar. Hier werken verschillende disciplines samen in het bieden van complexe diabeteszorg, vindt veel onderzoek plaats en worden jaarlijks veel verschillende soorten professionals opgeleid. De focus in dit centrum is gericht op het verlenen van psychologische zorg, technologie en complexe diabeteszorg.

Een analyse naar de kwaliteit van de diabeteszorg in Amsterdam levert op dat de diabeteszorg in Amsterdam goed is, maar beter kan (Geurts, 2016).

Ruim 1,1 miljoen Nederlanders leven met diabetes, in 2017 er 60.200 mensen gediagnosticeerd met diabetes bij de huisarts (Baan, 2009). In de gemeente Amsterdam zijn er 61,2 personen per 1000 verzekerden die diabetesmiddelen gebruiken (GIP databank, 2014). De verwachting is dat het aantal diabetespatiënten in 2030 met 30% is gegroeid (Baan, 2009).



Figuur 1.1 - Diabetes gevallen in Nederland

De kosten voor behandeling van diabetes in Nederland bedragen 1,6 miljard euro, dit is 1,8% van de totale kosten voor gezondheidszorg in Nederland.

In de stad Amsterdam heeft acht procent van de bevolking diabetes wat neerkomt op 68.320 mensen, waarvan 54.000 patiënten bij de huisarts en ongeveer 10.000 patiënten in ziekenhuizen worden behandeld. Dit neemt naar verwachting de komende twintig jaar met dertig procent toe tot 97.500. Daarnaast toont onderzoek van het RIVM in 2016 dat bij 25% van de patiënten niet gediagnosticeerd is met diabetes (www.rivm.nl).

De diabeteszorg in Amsterdam wordt in alle vijf ziekenhuizen of bij 1 van de 500 huisartsen in de stad georganiseerd. Binnen de diabeteszorg zijn er afspraken gemaakt waar welke zorg plaats moet vinden. Uiteindelijk heeft de patiënt de laatste stem waar ze gezien wil worden.

In november 2016 is een aantal internisten de voorbereidingen gestart om het Amsterdams Diabetes Centrum op te zetten. Een samenwerkingsverband van het OLVG, MC Jan van Goyen, AMC en VUMC dat zich tot doel stelt om de kwaliteit van diabeteszorg in Amsterdam te verhogen, zowel op het vlak van de kwaliteit, efficiëntie als ook waar het gaat om de focus op derdelijnszorg binnen de portfolio's van AMC en VUmc.

In het kader van het oprichten van een Amsterdam Diabetes centrum (ADC) is er een analyse gedaan waarin beschreven wordt dat er drie knelpunten in de Amsterdamse diabeteszorg (Geurts, 2016) moeten worden opgelost:

1. De zorg is gefragmenteerd tussen de zorglijnen:
 - a. Patiënten blijven soms zonder noodzaak in de ziekenhuizen
 - b. Patiënten worden soms niet doorverwezen naar de ziekenhuizen
 - c. Patiënten die zorg in een Universitair Medisch Centrum (UMC) nodig hebben, krijgen deze niet altijd geboden.
2. Landelijke doel voor de kwaliteit van de diabeteszorg (bijvoorbeeld bloedwaarden) worden niet gehaald.
3. 20-30% van de diabetespatiënten is momenteel niet in beeld bij de eerste lijn.

Het VUmc is één van de deelnemende ziekenhuisorganisaties, naast het AMC, OLVG en de beoogde locatie is het medisch centrum Jan van Goyen (MCJvG).

Bij de overgang naar een nieuw op te zetten diabetescentrum is ervoor gekozen om het nieuw organisatieontwerp volgens principes van Value Based Healthcare (VBHC) te organiseren. Value Based Healthcare (VBHC) gaat uit van de medische conditie en de toegevoegde waarde voor de patiënt (Porter, 2010). Met deze benadering wordt innovatie en verbetering een onderdeel van de dagelijkse praktijk.

De VBHC is gericht op het maximaliseren van de waarde van zorg voor de patiënt en het reduceren van de zorgkosten. Deze benadering staat voor een organisatie rondom ziektebeelden terwijl de huidige zorg vanuit functies zijn georganiseerd.

Het op te zetten centrum zal uiteindelijk een omvang hebben van circa 30 medewerkers (internisten, diabetesverpleegkundigen, diëtisten, psychologen, doktersassistenten etc.) die betrokken zijn bij de zorg voor diabetes patiëntengroepen.

De vraag die beantwoord moet worden is hoe de organisatie vormgegeven kan worden van een dergelijk centrum. Gebaseerd op de kaders van het VBHC. In maart 2018 is een start gemaakt door de patiënten in een bijeenkomst naar de uitkomsten van zorg die zij belangrijk vinden. Het zorgconcept moet in 2019 definitief zijn en geïmplementeerd. Dit vindt plaats in een unieke proeftuin opzet waarbij alle vier organisaties zijn betrokken.

Hierbij is het niet alleen een inhoudelijke slag die gemaakt wordt door het zorgconcept vast te stellen. Het is ook een traject waarin de teams elkaar leren kennen op een gebied waar men zelf zeer deskundig is. Deze exercitie zal dan ook bijdragen aan het teamgevoel.

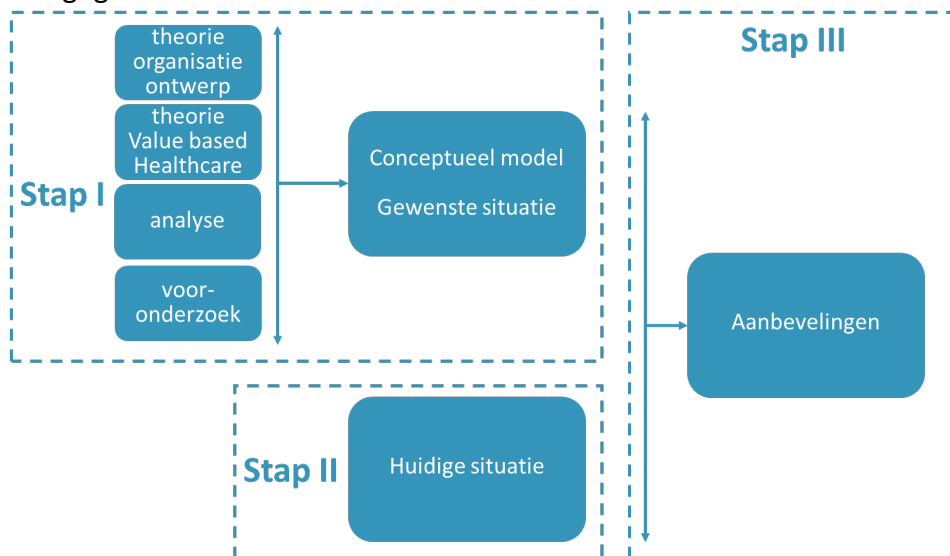
1.1 Doelstelling

De opdracht is verstrekt door de raad van bestuur VUmc (opdrachtgever van het ADC-initiatief). Gevraagd is om te onderzoeken wat de mogelijkheden qua organisatieontwerp zijn en aanbevelingen te doen voor het inrichten van het nieuwe centrum. Een kader dat de RvB heeft meegegeven is om aan te sluiten bij de principes van VBHC. Door mij is deze opdracht in de volgende doelstellingen beschreven:

Het doel van het onderzoek is aanbevelingen te doen aan de opdrachtgever over de gewenste organisatie van het ADC op basis van de principes van VBHC
door
Inzicht te geven in het verschil (de GAP) tussen de gewenste en feitelijke situatie.

1.2 Onderzoeksmodel

In onderstaande figuur zijn de verschillende stappen van het onderzoek schematisch weergegeven in het onderzoeksmodel.



Figuur 1.2 - Schematische weergave van het onderzoeksmodel

Het onderzoek is opgezet in drie stappen:

1. In de eerste stap wordt vooronderzoek, theoretische verdieping naar organisatieontwerp en de principes van VBHC uitgevoerd. En wordt gezocht naar voorbeelden, best practices, van organisatie(s) die deze vraag al eerder hebben beantwoord. Dit levert een scenario waarin de kenmerken worden beschreven voor de gewenste situatie op.
2. In de tweede stap wordt bepaald wat de huidige situatie is door middel van interviews naar de genoemde variabelen bij de mensen die nu betrokken zijn bij de diabeteszorg.
3. In de derde stap wordt op basis van de vastgestelde verschillen aanbevelingen gedaan naar de opdrachtgever om het ontwerp van de organisatie vast te stellen.

1.3 Vraagstellingen

Om de doelstelling te bereiken zijn centrale vragen geformuleerd, waarop tijdens het onderzoek beantwoording moet worden gezocht. Deze vragen zijn als volgt geformuleerd:

Theoretische onderzoeksvragen:

- Wat is vanuit de theorie bekend over de gewenste situatie ten aanzien van het organisatie ontwerp volgens de principes van VBHC?
- Welke elementen van Value Based Healthcare zijn relevant voor het organisatieontwerp?
- Welke elementen van VBHC zijn van belang in dit onderzoek?
- Welke theorieën ten aanzien van het organisatieontwerp zijn relevant?
- Wat kan op basis van de theorie worden gezegd over de relatie tussen inrichting van het organisatieontwerp?

Empirische onderzoeksvragen:

Wat is de feitelijke situatie met betrekking tot het organisatieontwerp en de invloed hiervan op de principes van VBHC?

- Waaraan dient het organisatieontwerp van het ADC te voldoen om het volgens de principes van VBHC in te richten?
- Hoe ziet het scenario van het nieuwe organisatieontwerp van het diabetescentrum eruit?

Analytische onderzoeksvraag:

Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de gewenste en feitelijke situatie met betrekking tot het organisatieontwerp in de verschillende ziekenhuisorganisaties met betrekking tot de principes van VBHC.

- Wat kan op basis van theorie en kwalitatief onderzoek worden gezegd over de invloed van de voorgestelde organisatie ontwerp van het diabetescentrum op de gewenste norm voor VBHC?

1.4 Opzet van de thesis

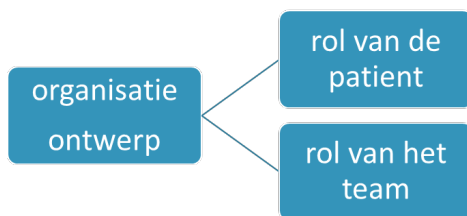
De achtergrond, doelstelling en de vraagstelling is weergegeven in het eerste hoofdstuk van de thesis. In het tweede hoofdstuk wordt het concept Value Based Healthcare uitgewerkt, daarna organisatie ontwerp en het laatste deel bestaat uit de theorie van zelfsturende teams. In het derde hoofdstuk wordt de methodologie achter het empirische deel van het onderzoek beschreven. In het vierde hoofdstuk wordt aan de hand van drie scenario's met de vergaarde kennis over organisatie ontwerp en zelfsturende teams een analyse gedaan. In het vijfde hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen beschreven.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de verschillende organisatietheorieën die potentieel gebruikt kunnen worden voor het organisatieontwerp van het ADC binnen het concept van VBHC onderzocht. Gekozen is voor de theorie van Mintzberg en de Sociotechniek. De meest geschikte theorie zal vervolgens nog verder worden toegelicht om de toepasbaarheid voor het ADC te beschrijven.

De aanname is dat het succes van de organisatie wordt bepaald door de mate waarin de patiënt goed wordt geholpen én de manier waarop het team in staat is haar taken goed uit te voeren.

Het organisatieontwerp is daarmee afhankelijk van de rol van de patiënt enerzijds en de rol van het team anderzijds. Het globaal conceptueel model is derhalve opgebouwd uit de afhankelijke variabele organisatieontwerp en de onafhankelijke variabelen “patiënt” en “team” zoals in onderstaand schema is aangegeven.



Figuur 2.1 - Globaal conceptueel model

Het uitwerken van de theorie is nodig om te komen tot eenduidige definities van de beide variabelen. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op VBHC en het organisatie ontwerp. Vervolgens komen de gewenste situatie van beide variabelen, het definitief conceptueel model en de hypothesen aan bod.

2.1 Value Based Healthcare

Nederland vergrijst. Doordat de groep ouderen toeneemt, lopen ook de zorgkosten op. “De kostencurve neemt exponentieel toe, waardoor de zorg niet meer betaalbaar blijft voor de maatschappij” aldus Welmoed van Deen in 2016 tijdens haar promotie. Value Based Healthcare is een methode om grip te houden op de zorgkosten én de kwaliteit van zorg.

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de volgende theoretische deelvraag:

- Welke elementen van Value Based Healthcare zijn relevant voor het organisatieontwerp?

Harvard professoren Michael Porter en Elizabeth Teisberg, ontwikkelden het VBHC-gedachtegoed. In het boek *Redefining healthcare* (Porter 2006) wordt value beschreven als ‘patient health outcomes per dollar spent’. In de Nederlandse context is betekenis ‘waardegedreven zorg’, waarmee wordt aangegeven dat het doel van zorgprocessen is om waarde te creëren voor belanghebbenden, in de eerste plaats de patiënt.

Een citaat:

In healthcare, the traditional functional structure must radically shift to a structure that medically integrates the care of patients with particular medical conditions (Porter 2006)

Vanuit de VBHC is in een strategische agenda vastgelegd wat de verschillende onderdelen van VBHC zijn (de Koeijer 2017):

1. Organiseer Integrated Practice Units (IPU's). Geïntegreerde zorgeenheden rondom helder gedefinieerde medische aandoeningen van patiënten. Dat betekent afstemming met 1^e lijnszorg en preventieve zorg ten behoeve van afzonderlijke patiënt segmenten. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ook ambulante en klinische zorg, diagnostiek, opleiding en coaching en revalidatie binnen de dezelfde feitelijke of virtuele organisatie vallen.
2. Meet uitkomsten en de kosten voor iedere patiënt. Uitkomsten worden aan de hand van PROMs (patiented reported outcomes measures) en ervaringen via PREMs (patient reported experience measures) gemeten.
3. Zorg voor gebundelde financiering. Door gebundelde betalingen in te voeren wordt de samenwerking in de zorgketen vergroot wordt aldus bijgedragen aan betere uitkomsten tegen lagere kosten. (Kaplan 2018)
4. Breng ketenzorg tot stand. Organiseer zorg over de schotten van financiering (1^e, 2^e en 3^e lijns gezondheidszorg) heen en integreer het aanbod van zorgaanbieders.
5. Wees schaalbaar. Door het vergroten van het geografisch bereik van excellente gebruikers met best practices en het vergroten van de populatie.
6. Bouw een proces ondersteunend ICT-systeem. Door het bouwen van een ondersteunend Informatietechnologisch platform wordt kennis gebundeld en toegankelijk gemaakt.

Het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) is opgericht door Harvard Business School in Boston, Boston Consultancy Group en het Karolinska Instituut in Stockholm. Dit consortium heeft het doel gesteld om het zorgstelsel wereldwijd te transformeren door het op een gestandaardiseerde manier meten en rapporteren van patiëntuitkomsten per ziektebeeld. De uitkomstensets komen tot stand door wereldwijde werkgroepen, waarin ook een patiëntenvertegenwoordiging van het betreffende ziektebeeld participeerde.

Binnen Nederland wordt naar analogie met het Consortium geëxperimenteerd met VBHC:

- Onder de paraplu van ziekenhuisgroep Santeon participeren zeven topklinische ziekenhuizen op gebied van onder meer longkanker, prostaatkanker, darmkanker en borstkanker.
- In het programma 'Meetbaar Beter' participeren topklinische en academische ziekenhuizen in VBHC-initiatieven gericht op hartcentra.
- De Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU) heeft VBHC genoemd als strategisch thema.
- Binnen het Erasmus medisch centrum wordt door dertig teams aan VBHC gewerkt.

Uit de resultaten van de verschillende initiatieven blijkt dat deze aanpak leidt tot aantoonbaar verbeterde kwaliteit en transparantie van zorg voor zowel patiënt als arts. Ook leidt het tot verbeterde zorgprocessen.

Wat is hiervan de impact op de zorgverlener? R. De Koeijer (2017) beschrijft hier 2 veranderingen.

De eerste verandering betreft het gesprek in de spreekkamer. Voorheen nam de arts een besluit over de behandeling en legde dat aan de patiënt uit. Nu bereidt de patiënt het gesprek voor aan de hand van vragenlijsten en neemt de arts samen met de patiënt, mede op basis van de vragenlijsten, een besluit over de behandeling. In het gesprek worden de

medische en patiënt gerapporteerde uitkomsten, de individuele situatie en behoefte van de patiënt gezamenlijk afgewogen. De behoefte om de patiënt op deze manier te betrekken is essentieel bij het doen laten slagen van de behandeling. Als de patiënt zelf in staat is te begrijpen wat belangrijk is in zijn gezondheid, dan is de kans van slagen vele malen groter. In de praktijk is het voor de patiënt nog wel eens zoeken wat er zoal besproken kan worden en met wie. Door de patiënt mee te nemen in dit proces kom je hierover meer in gesprek. De andere verandering is dat multidisciplinaire samenwerking een extra dimensie krijgt. Waar voorheen de informatie ontbrak om patiëntengroepen en resultaten te vergelijken en zo de zorg te verbeteren, is die informatie nu wel beschikbaar. Dit leidt tot uitwisseling van informatie en vervolgens een gemeenschappelijke integrale verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en elkaars functioneren. Hierin zijn teamsamenwerking en klinisch leiderschap belangrijke elementen.

In dit onderzoek ligt vanwege de focus op het functioneren en oprichten van de organisatie op de onderdelen 1 en 2 van de VBHC. De andere onderdelen vallen buiten de scope van deze opdracht omdat dit meer gericht is op uitwerking in een volgende fase van het ADC-project. De focus ligt er nu op hoe de organisatie en het team vormgegeven moet worden om het werk goed te kunnen doen.

2.1.1. Onderdeel 1: IPU

Het inrichten van IPU's zoals in de strategische agenda van VBHC beschreven stelt hoge eisen aan de organisatie om werkbaar te kunnen zijn. Het gaat er dan in de eerste plaats om dat de patiënten in één groep moeten worden ondergebracht. Daarnaast moet alle zorg (zorgverleners) ook onder één dak worden gebracht. Dit ligt ver af van de huidige situatie. Als we deze eisen vertalen naar de diabetes zorg dan is belangrijk om te realiseren dat diabetes een aandoening is met twee verschillende types diabetes. Er zijn patiënten met type 1 en type 2 diabetes. Bij type 1 ontstaat de ziekte door de afwezigheid van insuline producerende cellen. Bij type 2 ontstaan de klachten door een verminderde insuline productie. In Nederland is in de richtlijnen van de Nederlandse Diabetes Federatie vastgelegd dat patiënten met type 1 altijd behandeld worden in het ziekenhuis en type 2 bij de huisarts tenzij er sprake is van complicaties.

Binnen het ADC is al gekozen om de patiënten met diabetes type 1 onder te brengen in één behandelteam, feitelijk een IPU. Dit team bestaat uit medisch specialisten, diabetesverpleegkundigen, diëtisten en medisch psychologen.

Voor patiënten met type 2 geldt dat die ook in het ADC behandeld moeten kunnen worden. De uitwerking van het zorgconcept voor deze patiënten moet ontwikkeld worden in samenwerking met de huisarts. Diabetes type 2 wordt in Nederland behandeld door de huisarts en patiënten komen in het ziekenhuis bij complicaties of bij tijdelijke behandeling. Om aan de eisen van IPU's te voldoen zou dit betekenen dat ook de huisarts in het behandelteam moeten worden opgenomen. Deze uitwerking valt buiten de scope van deze thesis.

2.1.2. Onderdeel 2: Uitkomsten

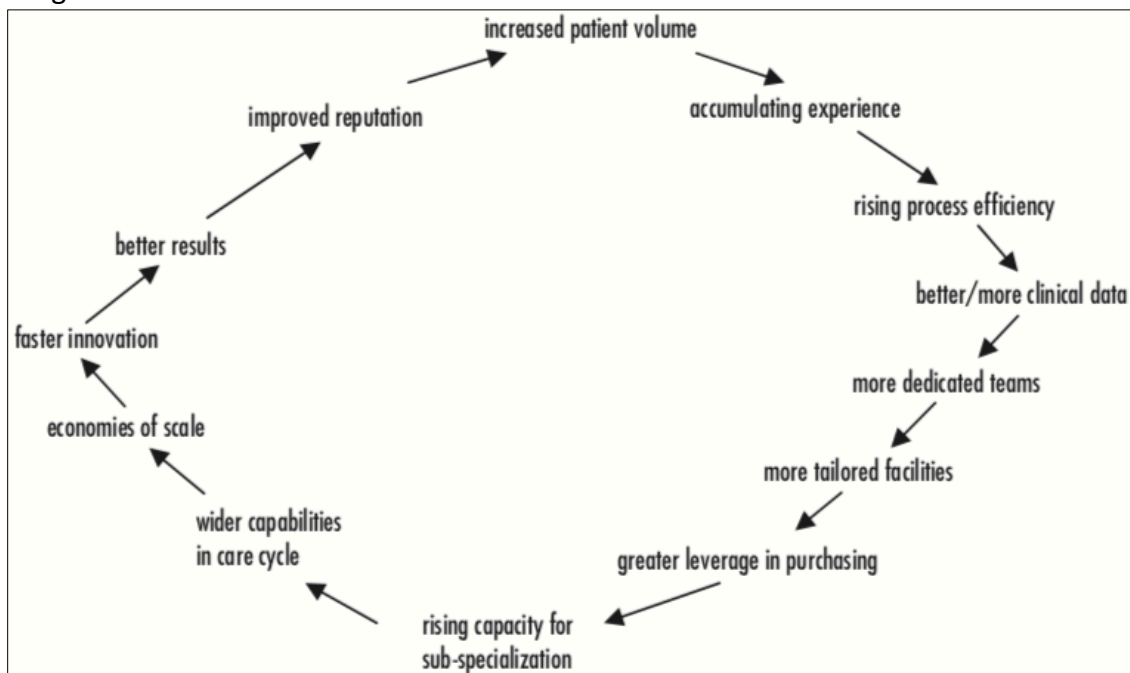
Een belangrijke verandering ten opzichte van de huidige werkwijze voor het multidisciplinair behandelteam is het werken met uitkomsten volgens de ICHOM standaard zoals die over de hele wereld worden gebruikt voor de behandeling van diabetes. Op dit moment wordt niet volgens de ICHOM-standaard gewerkt. De invoering van deze standaard is complex en omvangrijk omdat op dit moment geen systeem beschikbaar is om deze informatie vast te

leggen en vervolgens ook beschikbaar te maken. Daarnaast is het belangrijk dat een multidisciplinair team zich verantwoordelijk voelt voor de uitkomsten. Aan de ene kant gaat het daarbij om de verantwoordelijkheid voor het vastleggen van de juiste informatie op het juiste moment. Aan de andere kant gaat het om de verantwoordelijkheid om de data uit het systeem halen ten behoeve van de monitoring van de kwaliteit van zorg.

In het multidisciplinaire team zitten niet alleen de zorgverleners maar ook de patiënt en de ondersteunende diensten (zoals ICT) aan tafel zodat gezamenlijk wordt bepaald welke informatie relevant is en op welke onderdelen de zorg op basis daarvan kan worden verbeterd.

In dit kader is ook de deugdzame leercyclus interessant (Christis, 2011) omdat deze laat zien op welke wijze leren en kostenreductie zich tot elkaar verhouden. De deugdzame leercyclus bestaat uit verschillende stappen:

- marktgericht leren waarbij binnen het behandelteam wordt geleerd gericht een bepaalde aandoening te monitoren en te bespreken;
- werken in een multidisciplinair team gebaseerd op volume van soortgelijke patiënten;
- een toenemend opwaarts volume door toegenomen kwaliteit. Ook wel genoemd opwaartse volume, kwaliteit en kostenspiraal;
- door minder vervolghandelingen en een kortere ligduur worden de kosten gereduceerd.



Figuur 2.2 – Deugdzame leercyclus

2.2 Organisatieontwerp

Voordat het organisatieontwerp vorm kan krijgen is het van belang om eerst de uitgangspunten die aan het organisatieontwerp worden gesteld te beschrijven.

De Sitter (1994) heeft hiervoor goed bruikbare criteria gesteld. Hij komt tot zeven eisen voor de moderne organisatie. De eerste vijf gaan over de prestaties van de organisatie om te kunnen concurreren of om te voldoen aan de moderne eisen op het gebied van

maatschappelijke dienstverlening. De laatste twee gaan over de eisen die worden gesteld vanuit de arbeidsmarkt en zijn zeer relevant in verband met de krappe arbeidsmarkt:

1. Efficiency beheersing; kostenbeheersing en kostenreductie.
2. Logistieke beheersing van het proces; de doeltreffendheid (nauwkeurigheid en betrouwbaarheid) van de operaties binnen een organisatie. Er worden hoge eisen gesteld aan beheersbaarheid daar waar het nodig is om met een minimum aan systeem verliezen (kostenbeheersing) complexe orderstromen nauwkeurig en betrouwbaar te verwerken, met het accent op snelheid (reductie van doorlooptijden).
3. Kwaliteitsbeheersing; er worden hoge eisen gesteld aan kwaliteit die gevraagd wordt. Belangrijk is dat dit niet ten koste gaat van andere functie eisen zoals kostenbeheersing; logistieke beheersing of flexibiliteit.
4. Flexibiliteit; een organisatie is flexibel als deze zowel wendbaar als snel kan inspelen op veranderingen. Dit kan gaan over maatwerk, wisselende volumes een breed assortiment van producten of diensten te leveren.
5. Innovatievermogen; tegenwoordig worden hoge eisen gesteld aan het continu verbeteren van een product en een proces. Het lerend creatief vermogen is hierbij belangrijk. Hier zijn 2 termen belangrijk, namelijk: single loop learning (dezelfde dingen die steeds beter worden gedaan binnen de bestaande normen) en double loop learning (nieuwe dingen leren met doorbreking bestaande normen).
6. Kwaliteit van de arbeid; betrokkenheid en of gemotiveerde verantwoordelijkheid mobiliseren is essentieel in de moderne organisatie. Gemotiveerde verantwoordelijkheid is een vereiste bij het realiseren van bovenstaande principes.
7. Kwaliteit van arbeidsrelaties; er worden hoge eisen gesteld aan de arbeidsrelaties daar waar wederzijdse afstemming een belangrijke voorwaarde is voor het realiseren van de functie-eisen op het gebied van de kwaliteit van de organisatie. Samenwerking is van groot belang; deze coöperatieve arbeidsrelaties worden bepaald door het interactienetwerk. Voor zover die structuur leidt tot complementaire relaties en voorwaarden schept voor wederzijdse afstemming, ondersteunt de structuur de onderlinge samenwerking. Coöperatieve arbeidsrelaties zijn van belang onder condities van onzekerheid en dynamiek. De wederzijdse afhankelijkheid is dan groot en dat vraagt om wederzijdse afstemming.

Er zijn meerdere organisatie-theorieën geweest die hun invloed hebben gehad of zouden kunnen hebben op de organisatie van de zorg. Om tot een organisatieontwerp te komen, langs de invalshoeken van patiënt en team, zijn er verschillende organisatie-theorieën die relevant kunnen zijn.

Sommige theorieën zijn gericht op het opbouwen van nieuwe organisaties, anderen zijn vooral van belang om processen te verbeteren in bestaande situaties.

Omdat het hier primair gaat om het inrichten van een nieuwe organisatie zijn twee veelgebruikte organisatie-theorieën waardevol: Mintzberg en moderne Sociotechniek.

Uit het onderzoek blijkt dat theorie van Mintzberg wel bruikbaar is voor het beschrijven van een organisatie en haar structuur in verklarende zin maar niet geschikt voor het ontwerpen van een organisatieontwerp zoals bedoeld in dit onderzoek. De bovenstaande 7 parameters die van belang zijn voor het ontwerpen van een organisatie passen beter bij de sociotechniek en sluiten niet aan bij Mintzberg.

Mintzberg beschrijft In 'structures in five' (1993) zijn 5 onderdelen basisonderdelen van een organisatiestructuur. De uitvoerende kern, de strategische top, de ondersteunende diensten, de techno structuren en het middenkader.

Mintzberg baseert zijn bevindingen op studies naar succesvolle organisaties en de wijze waarop deze organisaties vorm zijn gegeven. Naast deze basis onderdelen gaat Mintzberg ook in op de structuurparameters voor organisaties. Dat zijn volgens hem de knoppen waaraan de ontwerper draait om gewenste effecten op verschillende aspecten van de bedrijfsvoering te krijgen (Christis, 2011). De parameters die Mintzberg beschrijft hebben betrekking op de productiestructuur (individuele posities en superstructuur) en op de besturingsstructuur (laterale verbanden en besluitvorming). Waar Mintzberg echter te weinig diep op ingaat is wat nu de essentiële variabelen van een organisatiestructuur zijn en hoe de structuurparameters deze relevante variabelen beïnvloeden en hoe deze dus kunnen worden ingeregeld om bepaalde doelen te bereiken.

De moderne sociotechniek daarentegen is wel geschikt als methodiek voor het ontwerp van een organisatie. De moderne sociotechniek (MST) is een structuurbenadering die bekend staat als integrale ontwerptheorie. Dit is terug te zien in de verschillende pijlers van mensen, structuur, cultuur en systemen. Hierbij wordt gestreefd om de complexiteit in de organisatie zo laag mogelijk te houden en de regelcapaciteit zo hoog mogelijk. Onder andere door de beslissingsbevoegdheid zo laag mogelijk te plaatsen in de organisatie.

Uitgangspunt is de strategische positionering van een organisatie en haar omgeving. Vanuit die positionering worden er eisen gesteld aan de organisatie (Kuipers, 2012).

De Sitter (2012) noemt dit externe en interne functie eisen en vat deze samen in de 3 kwaliteitseisen: Kwaliteit van Organisatie, Kwaliteit van Arbeid en Kwaliteit van Arbeidsrelaties. De externe functie eisen zoals flexibiliteit, beheersbaarheid, innovatie vermogen en de kwaliteit van werk, zijn te zien als variabelen waaraan een organisatie moet voldoen om zich te kunnen handhaven in een omgeving (De Sitter, 2000). Deze kunnen worden vertaald naar variabelen die in een organisatie op orde moeten zijn om deze externe functie-eisen te realiseren. Dit zijn de interne functie eisen.

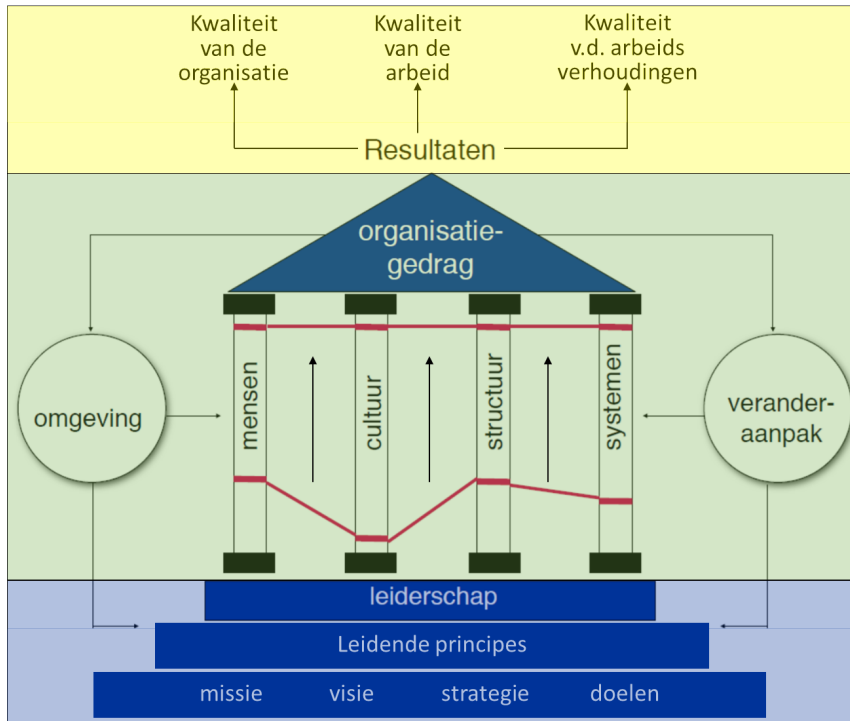
De groepsgrootte van teams is ook in de praktijk onderzocht (Van Amelsvoort 1994). En het blijkt dat het team een minimum van vier en maximum van twintig leden moet hebben. Een groepsgrootte van 8-12 personen is voor het functioneren van een groep ideaal. Hierbij zijn de volgende uitgangspunten gegeven de groep moet klein genoeg zijn om goede beslissingen te kunnen nemen, inzicht te hebben in genomen beslissingen en zicht te hebben op bereikte doelstellingen. De groep moet groot genoeg zijn om een compleet proces uit te kunnen voeren, gevarieerde persoonlijke vaardigheden aan te spreken en voor de organisatie herkenbare en erkende doelen te bereiken.

De moderne sociotechniek is geschikt om te dienen als basis voor het organisatieontwerp van de nieuwe ADC-organisatie omdat:

- De sociotechniek een integrale ontwerptheorie is waarmee een duurzame verandering gecreëerd wordt.
- Structuurbouw centraal staat en arbeidsdeling in orde moet zijn voordat er gekeken wordt naar logistieke of kwaliteit systemen.
- De patiëntenzorg zich niet makkelijk laat vangen in protocollen binnen de diabeteszorg. Het team moet in staat zijn om zelf besluiten te nemen. Het team vormt hiermee de

belangrijkste sleutel tot succes. Het moet daarom optimaal worden ingericht met betrokkenheid, verantwoordelijkheid en leermogelijkheden.

Het organisatieontwerp wordt uitgewerkt langs de lijn van de strategische doelstellingen, de eisen en het resultaat zoals weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 2.3 – Opbouw van het organisatieontwerp

Het fundament, het blauwe deel, van de sociotechniek is gebaseerd op strategische keuzes (missie, visie, doelstellingen en ambities, principes en leiderschap) van de organisatie. Het huis, het groene deel, heeft vier pijlers waarop de prestaties van het huis steunen: mensen, cultuur, structuur en systemen. Het dak wordt gevormd door het organisatiegedrag.

De resultaten, het gele deel, zijn de drie resultaatgebieden van de sociotechniek. Zij geven de organisatie zin en vormen het bestaansrecht van de organisatie (De Sitter, 1982).

In het verleden waren de veranderingen vooral gericht op 1 pijler, ook wel de partiele benadering genoemd (De Sitter, 1989). Bij de sociotechniek gaat het om alle vier pijlers. Deze aspecten kunnen niet los van elkaar gezien worden (Van Amelsvoort, 1992). Het gaat om de samenhang, de integrale benadering, waarbij op alle fronten gewerkt wordt aan de verandering van organisaties. Juist deze integrale benadering staat centraal in de sociotechniek, waardoor er een grote kans is dat een duurzame verbetering en vernieuwing van de organisatie gerealiseerd wordt. Het gaat niet alleen over een verandering van structuur en systemen maar ook over een verandering van gedrag van mensen, hun onderlinge relaties en opvattingen over werk en organisatie. De pijlers (variabelen) zijn als het ware met een touw met elkaar verbonden. Er kan in hoogte iets verschil zijn maar dit kan niet groot zijn: dat laat de spanning van het touw niet toe. Het touw moet omhoog en dat kan alleen maar door het op alle pijlers omhoog te verschuiven. De pijler waar het touw het laagst hangt bepaalt de voortgang bij de andere pijlers.

3. Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk staat de methodologie van het onderzoek centraal. Het gaat om een toelichting op de methode waarmee het kwalitatieve onderzoek binnen de betrokken organisaties van het ADC is ingericht. Met deze toelichting wordt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek verantwoord.

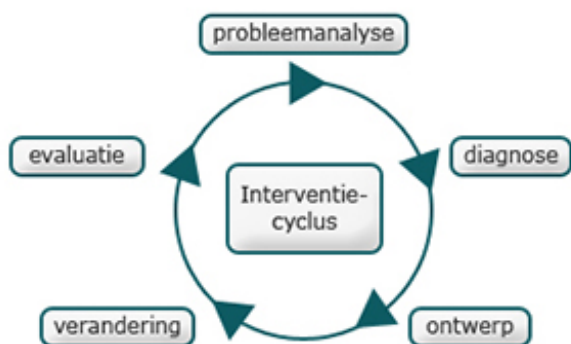
3.1 Onderzoeksstrategie

Een onderzoeksstrategie is een geheel van met elkaar samenhangende beslissingen over de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd (Verschuren, 2007).

In dit onderzoek staat de vraag centraal waaraan het nieuwe organisatieontwerp van het ADC moet voldoen.

Het is een praktijkgericht onderzoek met als doel een bijdrage te leveren aan het veranderen van de huidige praktijk, namelijk de overgang naar een ADC. De huidige situatie is een belangrijk gegeven voor dit onderzoek. Het is van belang om te weten van welk specifiek gedrag en organisatieontwerp sprake is op dit moment en welke verschillen er op die vlakken tussen de betrokken organisaties zijn. Die informatie is van belang om tot de goede aanbevelingen voor de gewenste situatie te kunnen komen.

In deze fase van de inrichting van het ADC richt het zich op de diagnose, zoals beschreven in de interventie cyclus.



Figuur 3.1 – Interventiecycclus (Doorewaard 2012)

In het gehanteerde onderzoeksmodel wordt gebruik gemaakt van bronnen, zowel binnen als buiten de organisatie. Aan de hand van interviews, best practices, literatuurstudie en een analyse van de organisatie is informatie verzameld om tot diepgang van dit onderzoek te komen.

De uitkomst hiervan leidt tot uitspraken over de hoofdlijnen in deze specifieke situatie. Er kan goed worden gekeken naar de samenhang van factoren en daar bijbehorende patronen van die specifieke situatie. Het onderzoek heeft een grootte breedte maar kan minder precies zijn over de uitkomsten.

Het onderzoek komt door het specifieke karakter minder tot gegeneraliseerde kennis maar heeft wel diepgang, detaillering en een sterke onderbouwing met een minimum aan onzekerheid voor de specifieke situatie van de onderzoeksomgeving.

De bevindingen van het onderzoek zijn van kwalificerende en interpreterende aard, waarbij verbaal en beschouwend wordt gerapporteerd (Verschuren, 2007).

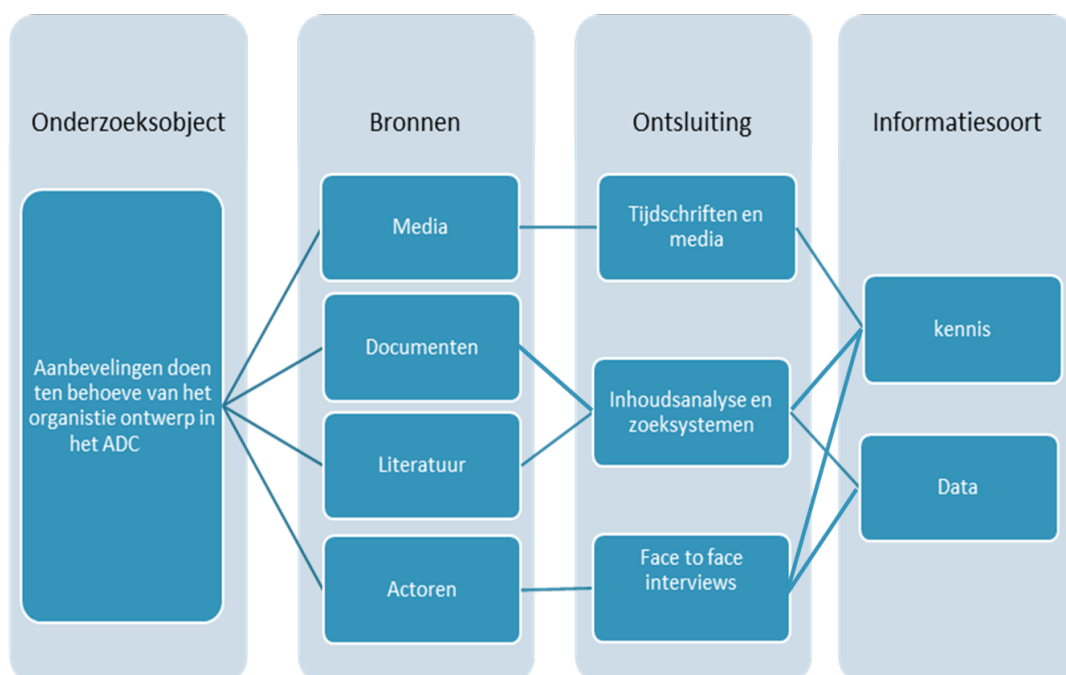
3.2 Verantwoording informatieverzameling

In deze casestudy wordt gewerkt met verschillende bronnen. Het gaat om interviews, interne documenten en best practices uit de gezondheidssector. Deze multiple benadering heet triangulatie, zorgt voor diepgang en biedt de mogelijkheid om meer te vergelijken.

Een juiste selectie van de bronnen is van belang.

De selectie van interviews heeft plaats gevonden op basis van de rol in het diabetescentrum en is gericht op het in korte tijd verkrijgen van zoveel mogelijk informatie. De 2 meest prominente zorgverleners zijn de diabetesverpleegkundige en de internist. Deze zijn dan ook vanuit iedere organisatie geïnterviewd om de bestaande situatie goed in kaart te brengen. Door deze selectie zijn de uitkomsten alleen specifiek te gebruiken voor deze afdelingen en zijn de uitkomsten niet generiek te gebruiken binnen vergelijkbare afdelingen in andere organisaties.

Documenten van het project zijn gebruikt om een goed beeld van de gewenste situatie te kunnen vormen zonder gewenst gedrag van medewerkers. Verder is een best practice uitgewerkt van een diabetescentrum gericht op kinderen.



Figuur 3.2 – schematische weergave informatieverzameling

3.3 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

Er bestaan vier criteria waaraan kwalitatief onderzoek moet voldoen: betrouwbaarheid, validiteit, controleerbaarheid en bruikbaarheid (Korzilius, 2008).

De vraag die bij betrouwbaarheid gesteld moet worden is: als ik hetzelfde nog eens zou onderzoeken en de omstandigheden zijn niet veranderd, krijg ik dan dezelfde uitslag? Een betrouwbaar onderzoek is reproduceerbaar.

Door de opzet van dit onderzoek, bestaande uit een vooronderzoek, een interview met twee verschillende disciplines uit de betrokken organisaties en een best practice vanuit het werkveld is de reproduceerbaarheid klein omdat het heel specifiek gaat over diabeteszorg.

De interviews geven veel informatie maar geven in een andere setting waarschijnlijk niet dezelfde antwoorden. Dit wordt veroorzaakt door verschillen in de ziekenhuisorganisaties en het feit dat mensen verschillend zijn. Dit maakt dat uitspraken moeilijk te extrapoleren zijn naar vergelijkbare situaties.

Validiteit heeft als doel om te weten of je werkelijk hebt gemeten wat je wilt weten. De interne validiteit gaat over onderzoeksopzet en of deze voldoende garandeert dat je meet wat je wilt meten. Het gaat in deze studie om 4 verschillende organisaties waarvan verschillende mensen geïnterviewd zijn, hierdoor zijn uitkomsten niet 1 op 1 vergelijkbaar. Wel is bij ieder interview dezelfde item lijst gebruik en geven de interviews belangrijke informatie over de huidige stand van zaken.

De externe validiteit gaat erom of de uitkomsten te gebruiken zijn voor de hele populatie. Doordat er met kleine groepen gewerkt wordt zijn de uitkomsten relevant en maakt dit de externe validiteit minder belangrijk. De externe validiteit is dan ook verder buiten beschouwing gelaten.

Er is een afweging gemaakt bij het zoeken naar de juiste theorie en de argumenten hiervoor staan beschreven in hoofdstuk 2. Het gaat om een case study gericht op het ontwikkelen van het ADC. Er is daarom gekozen voor verschillende manieren van dataverzameling (vooronderzoek, interviews en een best practice).

De generaliseerbaarheid gaat om de mate waarin resultaten vergelijkbaar zijn in soortgelijke situaties. In dit geval is er binnen elke organisatie interviews gehouden met diabetesverpleegkundigen en internisten. Hiermee zijn de uitkomsten goed te gebruiken voor het ADC maar het zegt in dit geval niets over het Amsterdam UMC of OLVG. Het kan wel een indicatie geven hoe het zou uitpakken voor andere afdelingen. De steekproef bevat op dit moment alle organisaties en mensen die betrokken zijn bij de oprichting van het ADC. Daarmee kan gezegd worden dat deze steekproef representatief is.

Interviews zijn gehouden volgens het half gestructureerde principe. Op deze manier krijgt iedere geïnterviewde dezelfde vragen voorgelegd waarmee de betrouwbaarheid wordt vergroot. Echter, ieder gesprek kan een eigen karakter en richting krijgen, dit heeft invloed op de validiteit. De gesprekken zijn opgenomen en naderhand uitgewerkt.

De controleerbaarheid of toetsbaarheid is terug te vinden in de gespreksverslagen van de interviews, zoals te lezen is in de bijlagen, en de beschreven theorie.

De bruikbaarheid is evident. Binnen het ADC-project is er nog weinig beschreven over de toekomstige structuur. De aandacht vanuit de interviews en de achterliggende theorie hebben duidelijk de aandacht gevestigd op het onderwerp.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Na de beschrijving van de huidige situatie van het VUmc diabetescentrum worden de uitkomsten van de interviews toegelicht. Als laatste onderdeel wordt een best practice beschreven van een kinderdiabetescentrum.

4.1 Beschrijving huidige situatie VUmc diabetescentrum

In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze de diabetes zorg op dit moment is georganiseerd in VUmc. De analyse is gemaakt om dieper in te gaan op de organisatie van diabeteszorg in het VUmc. Dit geeft een ander perspectief dan de interviews en verrijkt de uitkomsten van het onderzoek. Gekozen is om dit te doen volgens de analysestappen door Amelsvoort.

Er worden ongeveer 2.000 unieke patiënten behandeld met de diagnose type 1 of type 2 diabetes. Gemiddeld bezoekt elke patiënt vier keer per jaar het diabetescentrum. Een groot deel van de patiënten wordt ook behandeld door andere specialismen in verband met complicaties van de diabetes. Denk hierbij aan nefrologen of cardiologen. Daarnaast is een deel van de patiënten in behandeling als gevolg van een behandeling (bijvoorbeeld chemotherapie die de diabetes activeert).

Er zijn drie typen verwijzer: de huisarts (2^e lijnszorg), ziekenhuizen uit heel Nederland (3^e lijnszorg) en interne verwijzingen uit het VUmc.

Er werken drie specifiek op diabetes gerichte internisten (anderhalf spreekuur per week waar onder andere diabetespatiënten gezien worden). Deze artsen zitten de multidisciplinaire overleggen (MDO's) voor en geven supervisie aan de AIOS. Eén internist heeft als aandachtsgebied de voeten spreekuren. En zeven internisten die af en toe diabetespatiënten zien. Deze artsen zijn niet altijd aanwezig bij MDO's. Alle nieuwe patiëntenstromen in bij de artsen in opleiding en komen uiteindelijk terecht bij een van de diabetesinternisten. Gemiddeld zijn er drie fellows (internisten die zich specialiseren in de endocrinologie of vasculaire geneeskunde). En zijn er continu nog vier internisten in opleiding. Er werken zes diabetesverpleegkundigen en één verpleegkundig specialist. Twee diëtisten en twee medisch psychologen. Twee doktersassistenten en vijftien administratief medewerkers die betrokken zijn bij de voor en na bereiding van de patiënt.

De coördinatie van het primaire proces ligt bij een internist en de hoofd polikliniek. Er is geen hiërarchische maar een functionele verantwoordelijkheid naar alle medewerkers.

Volgens de definitie van Thompson is hier sprake van een intensief primair proces (Thompson, 2003). De relatie van de patiënt met zorgverlener maakt samen dat er zorg wordt gerealiseerd. Juist dit is belangrijk te weten hoe de coördinatie verloopt. Het is een reciprook (wederkerig) er moet op meerdere vlakken met elkaar afgestemd worden om met de patiënt de beste output te bereiken.

In de bijlagen zijn de verschillende zorgpaden (het beslismodel dat gehanteerd wordt om de routing van patiënten door het proces te standaardiseren) opgenomen.

Er zijn 10 zorgpaden beschreven omdat het unieke zorgpaden zijn waarvan de omvang per zorgpad erg kan verschillen en er specifieke zorgverleners nodig zijn om die zorg te leveren.

Deze zorgpaden zijn belangrijk in de basis om te weten hoe de zorg wordt gepland. Het wordt gezien als een vertrekpunt voor de patiëntenzorg maar er kan ook gemotiveerd van afgeweken worden.

Binnen het diabetescentrum zijn 3 speerpunten geformuleerd:

- Complexe patiënten; patiënten die specifiek zijn verwezen naar een academisch diabetescentrum
- Technologie; patiënten die gebruik maken van (nieuwe) technologie
- Psychologie; diabetespatiënten die worden verwezen voor psychologische zorg

In de zorgpaden is niet beschreven wat de gewenste kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten moeten zijn:

- Hoeveel patiënten gezien moeten worden en hoeveel budget is er beschikbaar?
- Wat zijn de klinische uitkomsten en welke indicatoren worden gebruikt om dit te meten

Het diabetesteam bestaat uit disciplines vanuit verschillende afdelingen. Deze scheiding van budgetten zorgt voor een verzuiling. Hierdoor kunnen keuzes gemaakt worden die invloed hebben op het diabetesteam zonder dat zij hier invloed op uit kunnen oefenen.

De huidige organisatie voldoet aan de 3 belangrijkste principes van de klassieke gestructureerde organisaties (Kuipers, 1990). Een organisatie met een maximale arbeidsdeling en functionele concentratie:

- Strikte scheiding tussen voorbereidende, uitvoerende en regelende functies. Kenmerken hiervan zijn dat er weinig regelvermogen bij medewerkers is belegd en er is een kaderniveau aanwezig. Medewerkers krijgen hiermee de mogelijkheid zich volledig te concentreren op het werk en hoeven niet na te denken over het regelen hiervan.
- Zowel de voorbereidende als de uitvoerende functies zijn gesplitst in zo klein mogelijke deeltaken. Als gevolg van het weghalen van de regelende activiteiten uit het uitvoerende proces ontstaan diverse hiërarchische niveaus. De organisatie is opgezet als matrixorganisatie in specialisme zuilen, met een steeds grotere wordende bestuurlijke verantwoordelijkheid. Wat op sommige afdelingen zich voordoet is dat bepaalde regeltaken worden opgesplitst zoals kwaliteitsbeheer, logistieke planning en personeelszaken.
- Het vastleggen van de uitvoerende en ook de regelende activiteiten in maximaal gespecificeerde procedures. De zorg is gericht op het vastleggen van handelingspatronen en de regelprocessen in zo gedetailleerd mogelijke normen en processen met de volgende voordelen; minimale inleertijd, maximale controle over werknemers, verhoging van de efficiency door de hoge herhaalfrequentie per werkplek, optimale aandacht voor de bezetting per werkplek.

Een ver doorgevoerde arbeidsdeling vergt veel coördinatie en afstemming. Dit leidt tot grote afhankelijkheid met daarbij een grotere kans op verstoring. Er kunnen veel zaken fout gaan. Daarbij is er sprake van een domino-effect als er zaken fout gaan. Vaak is de reactie op verstoring (in geval die door deze vergaande arbeidsdeling wordt veroorzaakt) meer centralisatie en aanvullende hiërarchisering om te voorkomen dat er sub optimalisatie plaatsvindt. Hoe hoger de interne complexiteit, des te groter de afstemmingsnoodzaak.

Zoals hierboven beschreven kan er op deze manier het gevoel ontstaan bij medewerkers dat men niet weet waar men aan bijdraagt. Met als resultaat onduidelijke verantwoording en grote onderlinge verstoringsskansen. Dit leidt uiteindelijk tot vervreemding en tot lage betrokkenheid van medewerkers bij zowel het werk, de klanten en de organisatie. Klassieke organisatievormen waren succesvol in een omgeving met grote aantallen ongeschoolde arbeidskrachten, onverzadigbare markt voor standaardproducten en waarin weinig eisen omtrent kwaliteit, levertijden en specifieke klantenwensen gesteld werden.

4.2 Resultaten interviews

In deze paragraaf worden de resultaten van de interviews beschreven.

Als methode van interviewen is gekozen om de vragen te ordenen naar verschillende scenario's. Dit onderscheid is tot stand gekomen bij het nadenken over de itemlijst voor de interviews. Niet iedere organisatie bevindt zich in hetzelfde scenario. Dit zijn voor de geïnterviewden herkenbare verschillen. Deze scenario's ondersteunen de geïnterviewde om onderscheid te geven in antwoorden en bovenal geeft het een volledig beeld van functioneren van de verschillende scenario's. Er zijn 3 scenario's gekozen.

- Scenario 1

Dit is de klassieke ziekenhuisorganisatie waar ieder vanuit eigen discipline de patiënt behandelt. Diabeteszorg is hier niet specifiek ondergebracht bij bepaalde zorgverleners, en de patiënten hebben geen vaste verpleegkundige of internist en er zijn geen vaste overleggen. Dit is het scenario waarin alle geïnterviewden zijn opgeleid.

- Scenario 2

Dit is de standaard vorm waarmee diabeteszorg nu veelal in Nederland wordt geregeld. Een diabetescentrum binnen de ziekenhuisorganisatie. Er zijn vaste diabetes internisten die diabetespatiënten behandelen en onderdeel zijn van het diabetesteam (dit kan naast andere diagnoses die in spreekuren worden gepland). Zowel diabetesverpleegkundigen als internisten hebben eigen patiënten. Er zijn vaste overleggen (Multi Disciplinaire Overleggen; MDO's) waarin patiënten besproken worden. Er wordt gewerkt volgens zorgpaden waarin afspraken zijn gemaakt hoe de behandeling er uit ziet.

- Scenario 3

Dit is de organisatievorm zoals het in het best practice model is georganiseerd en voldoet ook aan de VBHC standaarden. Een zelfstandige focuskliniek waarin integrale diabeteszorg onder 1 dak wordt georganiseerd, mogelijk buiten de ziekenhuisorganisatie. Er bestaan eigen afspraken met zorgverzekeraar en over het budget. Diabetesverpleegkundigen en internisten zijn hier minimaal drie dagen in de week aanwezig. De zorg wordt georganiseerd op basis van uitkomsten en er vindt dagelijks afstemming van zorg plaats.

4.2.1. Samenvatting

De interviews zijn gehouden met diabetesverpleegkundigen en internisten die op dit moment betrokken zijn bij het opzetten van het ADC. Er zijn vier diabetesverpleegkundigen en zes internisten geïnterviewd.

Uit de afgenomen interviews komt naar voren dat deelnemers op dit moment in scenario 1 of 2 of met elementen uit beide scenario's te werken. Scenario 3 komt niet voor.

In 1 ziekenhuis werken meerdere internisten samen aan patiënten. In de andere ziekenhuizen zijn er specifieke diabetesinternisten die alle nieuwe patiënten zien en de multidisciplinaire patiënten overleggen voorzitten.

Het Jan van Goyen is een kleinschalig centrum. In dit centrum zijn 2 internisten, een diabetesverpleegkundige en een diëtist het diabetesteam. Deze kleinschaligheid is een uitzondering op de andere organisaties.

In het algemeen valt op dat er weinig verschil is in uitkomsten van diabetesverpleegkundigen en internisten. Wel valt op dat binnen de UMC's tragere besluitvorming is en organisatie ingewikkelder worden ervaren. De kleinste kliniek geeft aan de korte lijnen als hun kracht te zien, en mogelijk ook als valkuil, maar missen collega's om van gedachten te wisselen.

Uit de verschillende interviews komt een aantal overeenkomsten (wat niet wil zeggen dat deze punten door iedereen zo zijn ervaren, voor de overeenkomsten is gekeken naar een meerderheid van geïnterviewden):

1. De teamtaak ontbreekt. Weinig geïnterviewden konden duidelijk aangeven wat nu specifiek van het team verwacht wordt. Dit gemis gaat om zowel zorginhoudelijke als organisatie specifieke uitkomsten.
2. Besluiten worden traag genomen. De geïnterviewden ervaren dat in grote organisaties meerdere belangen spelen en diverse partijen hun goedkeuring moeten geven aan een voorgenomen besluit. Door kleine organisatie overzichtelijker en transparanter.
3. Afstemming is complex. Er worden mogelijkheden gezien voor het werken in focusteams. Het voordeel daarvan is dat het eenvoudiger is bij elkaar te komen en taken te verdelen.
4. Afhankelijkheid. Er is al een duidelijke scheiding in taken door vaste overleggen goed afstemmen. In de focuskliniek is er behoefte aan meer maatwerk en kortere lijnen.
5. Geïnterviewden ervaren weinig stimulans. Wanneer zichtbaar wordt wat een verbetering oplevert en (deels) gebruikt kan worden voor optimalisatie van zorg/ onderzoek prikkelt dit iedere geïnterviewde.
6. Behoeft om meer betrokken te zijn bij de kwaliteit van organisatie. Meer betrokken zijn bij uitkomsten en zichtbaarder wat de impact van veranderingen is.
7. Kwaliteit van arbeidsverhoudingen door het delen van uitkomsten in het team. Dit vraagt onderling respect en vertrouwen. Dit wordt door velen ervaren als een nieuw iets waar nog wel aandacht voor moet zijn.

In de volgende paragrafen worden de interviewresultaten meer in detail toegelicht.

4.2.2. Teamtaak

De definitie van teamtaak is dat deze zo compleet mogelijk is en gekoppeld kan worden aan een meetbaar resultaat. Er is sprake van een afgebakend werkpakket met daarin een hoge samenhang van activiteiten.

De gestelde vragen waren onder andere:

- Is voor jou duidelijk wat het doel van je teamtaak is?
- En welk resultaat wordt verwacht?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
○ Voor een diabetescentrum is geen structuur om gezamenlijk hetzelfde doel na te streven. ○ Voor artsen is dit ideaalmodel door de vrijheid die het geeft en afwisseling in verschillende patiëntgroepen. ○ Betrokken internisten zijn opgeleid in S1 ○ Eigen verantwoordelijkheid is duidelijk <i>“Een goede dokter wordt door tijdgebrek een slechte dokter (citaat internist).”</i>	○ Geen duidelijk zwaartepunt binnen afdeling ○ Jaargesprekken worden gevoerd maar gaat onvoldoende over inhoudelijke en organisatie doelen ○ Arts krijgt en neemt de ruimte maar mist de sturing in het groter geheel ○ Onduidelijk wat de verwachtingen precies zijn <i>“Keuzes worden gemaakt uit eigen invulling (citaat internist).”</i>	○ Focus en klein team is enorm voordeel bij afstemmen teamtaak ○ Lastige keuze om alleen diabetes te behandelen als internist ○ Resultaatgericht werken voelt goed <i>“Doelgerichtheid werken vergroot de lol in het werk (citaat internist).”</i>

In Scenario 1 en 2 valt op dat het de geïnterviewden aangeven dat het team niet compleet de verantwoordelijkheid voelt voor volledige taak van behandeling van diabetespatiënten. De verantwoordelijkheid voor eigen handelen wordt als vanzelfsprekend gezien. Echter de organisatie wordt als niet te beïnvloeden ervaren. Uit de theorie komt naar voren dat volledige verantwoordelijkheid zeldzaam is in een grote organisatie. Wat dan juist belangrijk is, is om vast te stellen waar een team wel voor verantwoordelijk is om een zinvolle taak te creëren.

Binnen scenario 3 kan door de focus op behandeling van diabetes een duidelijke taak afgebakend worden. Naast de focus valt op dat internisten het in de huidige situatie prettig vinden niet alleen met behandeling van diabetes bezig te zijn. Juist in focuskliniek is een drempel de keuze te maken om (een deel van) de beschikbare tijd alleen te richten op diabetesbehandeling.

4.2.3. Grootte van het team

De grootte van het team is belangrijk om teamleden een herkenbare bijdrage te laten leveren aan het teamresultaat. Teams groter dan twintig leden vallen in kleinere informele kliekjes die onderling vaak niet goed samenwerken. Teams kleiner dan vier leden zijn te kwetsbaar.

De gestelde vragen waren onder andere:

- Is de omvang van je team zodanig dat teamleden een herkenbare bijdrage leveren aan het teamresultaat?
- Worden er voldoende snel beslissingen genomen?
- Is het niet te kwetsbaar?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
○ Enorme inspanning om alle betrokken zorgverleners te informeren en betrekken ○ Gezamenlijkheid in plannen/ beleid ontbreekt waardoor belangen door elkaar heen lopen ○ Trage besluitvorming <i>“Je moet veel ballen in de lucht houden; en dan valt er wel eens één.”(citaat verpleegkundige)</i> <i>“Structuur is ingewikkeld; onduidelijk wie besluiten neemt.”</i> <i>(citaat verpleegkundige)</i>	○ Gezamenlijke taken als gehele staf nog moeilijker te verdelen door verschillende taken in secties. ○ De gezamenlijkheid binnen de afdeling interne geneeskunde is minder vanzelfsprekend ○ Structureel overleg zorgt voor snelle besluiten ○ Onderlinge afstemming is voldoende ○ Er zijn meerdere leidinggevenden betrokken bij de organisatie van zorg <i>“Het ontbreekt nu wel eens aan tijd om alle initiatieven goed af te ronden.”</i> <i>(citaat verpleegkundige)</i>	○ Klein team en hierdoor korte lijnen en transparanter ○ Duidelijk doel in klein team kan zorgen voor snellere besluiten. ○ Doordat het denken op elkaar is afgestemd op inhoud van de behandeling (routine) kunnen besluiten sneller worden genomen ○ Risico van focus op diabetes is dat de zorg te veel opgeknapt gaat worden in verschillende centra <i>“Hoe meer je op één taak bent gericht, hoe zichtbaarder je wordt.”</i> <i>(citaat verpleegkundige)</i> <i>“Diabeteszorg is vliegreun maken, bepaalde patronen moet je leren herkennen en dit ondersteunt het focusidee.” (citaat internist)</i>

In scenario 1 is sprake van een groot team betrokken met weinig continuïteit en verschillende belangen. Bij scenario 2 is er een meer afgebakende groep die aan veel de kenmerken voldoet. Bij scenario 3 wordt het team aangevuld met niet-zorgverleners zoals ICT, administratief en ondersteunend personeel. Hierdoor is duidelijk wat de bijdrage is. En kunnen besluiten meer volledig genomen worden. Het is nog niet mogelijk om te bepalen of

in te schatten hoe groot het of team of de teams moeten gaan worden. De groep bestaat op dit moment uit meer dan twaalf mensen.

4.2.4. Afstemming

Teams werken aan eigen afgerond pakket van werkzaamheden, en regelen zo veel als mogelijk zelfstandig. Het zijn nooit geïsoleerde eilandjes. Er zal altijd noodzaak zijn om zaken af te stemmen en samen te werken:

- Wie is verantwoordelijk voor afstemming met de omgeving?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
○ Er is geen probleemeigenaar dit maakt afstemmen moeilijk en ad hoc ○ Grote inspanning om team op hoogte te houden <i>“Het is ieder voor zich; en toch is iedereen verantwoordelijk.”(citaat internist)</i>	○ Probleemeigenaar is bekend, deze moet anderen motiveren en verantwoordelijk maken ○ Interne afstemming met andere specialismen is ingewikkeld door verschillende belangen, interesses en staat goede zorg in de weg <i>“Er is goed contact met huisartsen, ze kennen de twee internisten hier in het ziekenhuis goed, hierdoor hoeven veel diabetespatiënten niet naar ziekenhuis te komen” (citaat verpleegkundige)</i> <i>“De teamleider is verantwoordelijk; de rest voelt zich niet verantwoordelijk.” (citaat verpleegkundige)</i>	○ Dokters met veel interesse voor diabetes kan er veel van elkaar geleerd worden; dit spiegelt af op omgeving ○ Meer bijscholing op maat geven op behoefte vanuit omgeving. ○ Makkelijker bij elkaar zitten en duidelijker af te spreken wie wat doet <i>“Door samenwerking met academie meer betrokken bij research dit geeft kansen in ontwikkeling en vernieuwing van zorg.” (citaat internist)</i> <i>“Door samenwerking met de academie worden we als perifeer ziekenhuis meer betrokken bij research dit geeft mooie kansen in ontwikkeling en vernieuwing van de patiëntenzorg.” (citaat internist)</i>

Er zijn in een team altijd taken die betrekking hebben op interne en externe afstemming. Deze taken kunnen opgepakt worden door een teamlid, dat al dan niet roulerend de taak uitvoert. Wat opvalt is dat S1 en S2 laten zien dat het binnen een grote organisatie energie kost om goed af te stemmen om de diabeteszorg goed te laten lopen. Bij S3 is het gevoel dat de focus en een klein team helpen om aan de omgeving duidelijk te maken wat er binnen het ADC gebeurt. Ook valt op dat wordt aangegeven dat het in S1 en S2 gaat om functionarissen die dit moeten oppakken, terwijl in S3 juist wordt gesproken om dit als zelfstandig team te gaan doen.

4.2.5. Afhankelijkheid

Worden onderlinge taken gezien als onderling afhankelijk en hoe vullen deze taken elkaar aan? De gestelde vragen waren onder andere:

- Worden onderlinge taken gezien als onderling afhankelijk?
- Hoe vullen deze taken elkaar aan?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
- o Iedere zorgverlener heeft eigen werkwijze hierdoor is er grote afhankelijkheid - o In huidige tijd ondenkbaar door de kennis/ samenwerking die nodig is in de moderne diabeteszorg <i>“Hier ontstaat heterogene zorg, medewerkers weten van elkaar niet wat ze doen, kan op ontstaan eilandjes” (citaat internist)</i>	- o Diabetesverpleegkundig e speelt belangrijke sleutelrol door kennis van technologie en psychosociale aspecten, hebben voldoende tijd voor patiënten - o Scheidslijnen worden minder door intensievere samenwerking - o Door structurele overleggen meer verdieping en aanvulling in behandeling <i>“Afstemming met collega’s is noodzakelijk om scherp te blijven bij het maken van keuzes” (citaat internist)</i>	- o Door de focus meer in staat om zorg op maat te verlenen - o Toename mogelijkheden door grote inzet diabetesverpleegkundig e gebruik technologie - o Alle patiënten worden besproken dit geeft routine <i>“In een centrum waar diabetes centraal staat komt de internist meer op afstand van de individuele patiënt” (citaat internist)</i> <i>“Uitkomsten delen geeft de kans om inzichten te delen hoe verder te gaan met de patiënt” (citaat verpleegkundige)</i>

Onderlinge afhankelijkheid is de mate waarin medewerkers voor het uitvoeren van hun taak afhankelijk zijn van anderen. Het hebben van een gemeenschappelijk belang is hierin een belangrijke factor. Er wordt in de literatuur wordt ook wel gesproken over taak interdependentie (Stoker, 1998).

De resultaten laten zien dat de teamleden in S1 erg afhankelijk zijn van elkaar. In S2 en S3 is deze afhankelijkheid kleiner omdat er meer routine is, het team kleiner is en taken beter op elkaar worden afgestemd. Door focus is er bij S3 ook een gemeenschappelijk doel, iets dat nog ontbreekt in S2.

4.2.6. Eigen middelen en zichtbaarheid

Is de omvang van je team zodanig dat teamleden een herkenbare bijdrage leveren aan het teamresultaat? De gestelde vragen waren onder andere:

- Beschikt het team over eigen middelen die kunnen worden ingezet?
- Is het team zichtbaar in de organisatie?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
○ Het staat of valt met individuele bijdragen en dat maakt het kwetsbaar ○ Door uitvallen van teamleden keuzes maken wat wel of niet doen <i>“Als je geen geheel bent kun je ook niet als geheel naar buiten treden.”</i> (citaat verpleegkundige)	○ Diabetescentrum is voldoende zichtbaar binnen organisatie ○ Afhankelijk van andere afdelingen in ziekenhuis zoals ICT/ EPD/ FB/ communicatie ○ Zichtbaarheid van buitenaf is lastig <i>“Goede zorg leveren is de beste PR.”</i> (citaat verpleegkundige)	○ Door kleine organisatie en focus met management en ondersteunende afdelingen wat goed op de hoogte is, is het makkelijker te werken aan zichtbaarheid. ○ Kleine organisatie daardoor eigen doelstellingen formuleren en niet afhankelijk van groter geheel. <i>“Zorgverleners die niet betrokken zijn, die achterblijven in de moederorganisaties zullen ADC qua zorg op grote afstand zien.”</i> (citaat internist)

Eigen middelen bevorderen het gevoel van eigenaarschap. Een eigen ruimte benadrukt de eenheid van het team binnen de organisatie (Van Amelsvoort 2003). S1 laat zien dat keuzes niet gemaakt worden vanuit een team maar vanuit individuen. Dit hoeft niet verkeerd te zijn alleen vindt er geen afstemming plaats en is het bij gelegenheid of het gebeurt. Uit S2 komt naar voren dat er op dit moment voldoende zichtbaarheid van het diabetescentrum is binnen de eigen organisatie, en zijn ze goed vindbaar voor anderen binnen de organisatie. Zichtbaarheid naar buiten toe is nog wel eens lastig via de website omdat deze niet altijd up to date is. S3 wordt gezien als verbetering in de samenwerking met ondersteunende afdelingen zoals ICT, elektronisch patiënten dossier (EPD), facilitair bedrijf en communicatie hierdoor nog meer de mogelijkheid om het centrum optimaal te onderhouden.

4.2.7. Stimulans

De traditionele beloningssystemen vormen vaak een belemmering voor de stimulans van medewerkers. De taakuitvoering staat centraal niet het resultaat. Om aansluiting te vinden bij de behoefte van medewerkers zijn organisaties op zoek naar manieren om dit aan te passen. De gestelde vragen waren onder andere:

- Welke stimulansen om te groeien en te verbeteren zijn er?
- Welke stimulansen zou je nodig hebben om je als team uit te dagen en een bijdrage te leveren aan het groepsproces, maar ook mensen individueel prikkelt om je verder te ontwikkelen?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
○ Niet aanwezig; wat verdiend wordt verdwijnt in grote pot ○ Feedback patiënten ontbreekt hierdoor weinig stimulans ○ Aansturing mist om mensen verantwoordelijk te maken ○ Ieder specialisme kiest eigen speerpunt terwijl andere specialismen hier besluit niets mee te doen <i>“Er heerst een managersmodel; iedere medewerker is bezig zijn eigen doelen te behalen” (citaat internist)</i>	○ Er is meer inzicht in protocollen en procedures ○ Feedback van patiënten organiseren zodat het ingericht kan worden zoals patient het wenst ○ Organiseren van bijeenkomsten om verdieping en vernieuwing in zorg te bereiken <i>“Iedereen is nog gericht op eigen gewin” (citaat internist)</i>	○ Infrastructuur om onderzoek te doen moet aanwezig zijn ○ Mogelijkheden om patiëntengroepen en nieuwe technologieën toe te passen ○ Gezien worden door de leiding en waardering te krijgen ○ Sterke band met ziekenhuis blijft noodzakelijk voor klinische taken en innovatie <i>“Een nieuwe omgeving en gezamenlijk het ADC neerzetten geeft een wij gevoel” (citaat internist)</i>

Het beloningssysteem moet zodanig ingericht zijn, dat het de leden uitdaagt een bijdrage te leveren aan het groepsproces en het de groepscohesie versterkt. Tevens is er een individueel beloningssysteem nodig dat de leden uitdaagt tot verdere ontplooiing (Van Amelsvoort, 1994).

Bij S1 en S2 valt op dat het gevoel bestaat dat de organisatie het belonen van inzet en prestatie in de weg staat. Hierdoor heeft een afdeling niet de opbrengsten waarnaar gestreefd die worden gerealiseerd na inspanning van de afdeling en geeft het niet de gewenste voldoening bij medewerkers. Hierin wordt aangegeven dat waardering hoog scoort maar nog wel eens ontbreekt. Binnen S3 is de behoefte aan beloning niet financieel van aard maar is er behoefte aan inhoudelijke verdieping of vernieuwing van zorg.

4.2.8. Mogelijkheden en bevoegdheden

Door een team voldoende regelmogelijkheden te geven, kan binnen de groep slagvaardig op onvoorspelbare situaties worden ingespeeld. In dat kader is onder andere de volgende vraag gesteld:

- Heeft je team voldoende mogelijkheden en bevoegdheden om de taken zelfstandig uit te voeren?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
- o Veel inspanning nodig voor overleg om overleggen in te plannen - o Collega's en patiënten zijn niet goed met elkaar bekend - o EPD-mogelijkheden worden onvoldoende gebruikt door ontbreken eigenaar en specifieke tijd. <i>"Een diabetesteam in S1 voldoet niet aan de eisen die gesteld worden aan diabeteszorg in Nederland door ontbreken MDO" (citaat internist)</i>	- o Duidelijke afspraken in het team; onduidelijk wat de mogelijkheden zijn - o Vaste criteria van zorg ontbreken waardoor er veel gepraat moet worden <i>"Door taken te delegeren naar doktersassistent en diabetesverpleegkundige worden bevoegdheden in toenemende mate gebruikt" (citaat verpleegkundige)</i>	- o Meer inzicht in de kosten; waardoor mogelijkheden meer zichtbaar worden - o Door kleinschaligheid meer betrokken ondersteunende afdelingen hierdoor beter gebruik EPD <i>"Binnen het ADC is alles ingericht op het behandelen van diabetes hierdoor meer gelijke belangen" (citaat internist)</i>

De zelfstandigheid bij uitvoering van een groepstaak wordt bepaald door de mate van regelmogelijkheden en bevoegdheden binnen het team. Onder regelmogelijkheden wordt verstaan: het plannen en bijsturen van een proces, het oplossen van verstoringen en het bewaken, handhaven en verbeteren van de teamprestatie. Denk hierbij aan kwaliteit, personeel, opleiding, onderhoud en financiën. Hackman & Oldman (1976) spreken niet van regelmogelijkheden maar autonomie. Autonomie is de mate waarin het werk substantiële vrijheid biedt, de mate waarin er onafhankelijkheid is, de mate waarop een individu invloed kan uitgeoefend op de beslissingen om procedures wel of niet te laten doorgaan. Het gaat om twee aspecten; autonomie in het werk en autonomie van medewerkers zelf.

In S1 worden geen mogelijkheden ervaren en is onduidelijk wat de bevoegdheden zijn. Bij S2 is duidelijker wat de mogelijkheden zijn alleen maakt de organisatie het onduidelijk waar de bevoegdheden liggen. S3 is op dit vlak nog onduidelijk. Wel verwacht men meer inzicht waardoor medewerkers beter op de hoogte zijn wat er speelt.

4.2.9. Kwaliteit van organisatie

Het vermogen van de organisatie om op een productieve wijze te voldoen aan de markteisen. De gestelde vragen waren onder andere:

- Hoe bent u in staat de klanttevredenheid, productiviteit, procesbeheersing, flexibiliteit innovatie en efficiency te beïnvloeden?

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
○ Door ontbreken eigen patiënten is hier weinig grip op ○ Team moeilijk te bereiken door eilandjes <i>“Met veel energie kun je afspraken voor patiënten op maat plannen; en in je eigen systeem bijhouden wie waar komt zodat je vooraf kun afstemmen.” (citaat verpleegkundige)</i> <i>“Ieder voor zich.” (citaat internist)</i>	○ Weinig tijd om hieraan te besteden; afhankelijk van andere mensen ○ Gebrek aan kennis om hieraan te werken ○ Onvoldoende uitdaging ○ Met waardering groeit de energie om zaken op te pakken ○ Het ontbreekt aan focus ○ Inrichting past niet bij efficiënte bedrijfsvoering <i>“Toegangstijd kan beter maar wordt ook niet langer; dus luxeprobleem.” (citaat internist)</i> <i>“Er is weinig regie op verschillen, de een ziet patiënten buiten spreekuren om de ander niet i.v.m. andere taken.” (citaat verpleegkundige)</i>	○ Als team invloed op eindproduct ○ Grote betrokkenheid om onderwerpen echt anders te doen ○ Behoefte aan meer invloed ○ Kortere lijntjes en makkelijk inspelen op de behoefte van patient <i>“Ondersteuning/staf/management is zichtbaar en voelt de problemen ook; hierdoor sneller oplossingen.” (citaat internist)</i>

Eigenaarschap ontbreekt bij S1 en S2 en wordt ook niet door team opgepakt. Hier worden verschillende redenen voor aangegeven variërend van niet volledig door diabetes gegrepen zijn tot de diverse groep met heel veel andere werkzaamheden die ook gedaan moeten worden. De behoefte om hierin bijdrage te leveren en of invloed te hebben is groot in S3. Als groot voordeel wordt gezien dat het team zelf direct voelt wat er gedaan moet worden om te verbeteren.

4.2.10. Kwaliteit van arbeid

De betrokkenheid van medewerkers als gevolg van een zinvolle taak met invloed op de organisatie van het werk (regelcapaciteit), overlegmogelijkheden en leer- en ontplooiingsmogelijkheden en creativiteit. De gestelde vragen waren onder andere:

- Ervaart u voldoende betrokkenheid?
- Ervaart u voldoende betrokkenheid van medewerkers als gevolg van een zinvolle taak met invloed op de organisatie van het werk (regelcapaciteit, overlegmogelijkheden, leer- en ontplooiingsmogelijkheden en creativiteit).

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
○ Contacten onderling zijn oppervlakkiger ○ Minder invloed op geheel ○ Je doet ook veel werk van andere collega's dit geeft onderlinge verschillen <i>“Wanneer collega's minder bekend zijn; ga je minder snel experimenteren, verdiepen” (citaat verpleegkundige)</i>	○ Ondersteuning als team is onvoldoende uitgewerkt. ○ Taken meer integraal plannen; het is verdeeld per medewerker wie wat doet ○ Er is ruimte voor creativiteit ○ Met andere afdelingen moeilijk om de prioriteit te krijgen <i>“Zou graag zelf wel eens sneller een afspraak voor patient willen inplannen i.p.v. naar andere collega te lopen” (citaat verpleegkundige)</i>	○ Werken vanuit verschillende ziekenhuizen kan onderwerpen ook veel ingewikkelder maken ○ Veel voldoening uit werken in 1 multidisciplinair team <i>“Creativiteit moet aanwezig blijven, waken voor eenheidsworst” (citaat internist)</i>

De betrokkenheid wordt in de huidige situatie wordt als wisselend ervaren. Opvallend is dat in S3 het risico wordt benoemd dat het te veel eenheidsworst gaat worden en dat de creativiteit verdwijnt.

4.2.11. Kwaliteit van arbeidsverhoudingen

De manier waarop interne partijen met elkaar samenwerken (nadruk op coöperatie in plaats van conflict, effectieve samenwerking). Het onderling vertrouwen en resultaatgericht met openheid en wederzijds respect. De gestelde vragen waren onder andere:

- Wordt er onderling voldoende samengewerkt binnen de ziekenhuisorganisatie.
- Is er onderlinge vertrouwen en resultaatgerichtheid met openheid en wederzijds respect.

Scenario 1 (S1): <i>niet specifiek ondergebracht</i>	Scenario 2 (S2): <i>diabetescentrum in ziekenhuis</i>	Scenario 3 (S3): <i>zelfstandige focus kliniek</i>
- o Geen overzicht en afstemming wie wat doet; hierdoor moeilijk respect op te brengen - o Onkundige collega's zorgen voor frustratie - o Beslissingen worden door dokters genomen hierdoor andere verhoudingen in het team <i>"Iedereen werkt hard en is toegewijd; niet altijd voor mij zichtbaar hierdoor wel eens moeilijk elkaar te begrijpen en respect op te brengen." (citaat verpleegkundige)</i> <i>"Je ziet veel elkaar in patiëntenzorg omdat niemand eigen patiënten heeft maar het is te laat om te corrigeren." (citaat internist)</i>	- o Onderling vertrouwen en respect is goed - o Ieder heeft eigen agenda - o Door vaste overleggen meer feedback <i>"We hebben voldoende manier gevonden om het werk te organiseren." (citaat internist)</i>	- o Onvoldoende beeld hoe het eruit gaat zien - o Basis is behandeldoelen; al zijn er veel uitkomstmaten die een rol gaat spelen <i>"In de voorbereiding is alles nog leuk; het spannende deel moet nog komen; straks moet iedereen zich houden aan de afspraken." (citaat internist)</i>

S2 wordt ervaren als een model waarin goed wordt samengewerkt. Wanneer nog scherper geformuleerd wordt wat bereikt moet worden kan het wel eens ongemakkelijk en 'spannend' worden. Hier moet aandacht voor zijn door successievelijk meer onderwerpen met elkaar te delen.

4.3 Best practice: Diabeter

In Nederland is een best practice beschikbaar in de vorm van Diabeter.

Diabeter is een zorgorganisatie waar ruim 2200 kinderen met type 1 diabetes worden behandeld op vijf locaties in Nederland.

Diabeter wil niet alleen zorg verlenen maar vooral ook deze specifieke zorg. Want een betere diabetesregeling betekent een kleinere kans op complicaties door diabetes op latere leeftijd en minder ziekenhuisopnamen.

In 2006 hebben twee kinderartsen besloten een zelfstandig centrum op te richten waarin deze specifieke zorg wordt ondergebracht. Belangrijkste reden hiervoor was dat de ziekenhuisorganisatie het bieden van deze beste zorgverlening niet meer kon ondersteunen. Ze stellen dat focus het mogelijk om de beste zorg te leveren voor hun patiënten. Hierdoor kan ook een actieve bijdrage gegeven worden aan het vernieuwen van deze zorg. In Nederland geldt Diabeter als het voorbeeld van het vertalen van de VBHC-principes. Hiervoor zijn ze ook beloond met verschillende awards op het gebied van VBHC. Diabeter geldt als een inspiratiebron voor het ADC omdat ze gekozen hebben voor het bij elkaar brengen van de verschillende partijen onder een dak.

Diabeter in Rotterdam

Diabeter heeft een zorgmodel met een focus op kinderen met diabetes type 1, waarbij de VBHC, eHealth oplossingen, een unieke omgeving en ervaring belangrijke rol spelen. Deze organisatie is ingericht volgens de principes van Value Based Healthcare.

Een aantal specifieke kenmerken hiervan zijn:

1. Integrated practice units

Het gehele zorgteam is georganiseerd rondom de aandoening van de patiënt. Er is een multidisciplinair team van medisch en ondersteunend personeel met een volledige focus op diabeteszorg voor kinderen en jongvolwassenen dat de verantwoordelijkheid voor de hele zorgcyclus heeft. Er wordt gewerkt aan een gemeenschappelijk doel; het op een zo efficiënt mogelijk manier van meten en maximaliseren van de zorguitkomsten van elke patiënt.

BESCHRIJVING VAN IPU DOOR PORTER	IMPLEMENTATIE IPU BIJ DIABETER
Een IPU is georganiseerd rond de patiënt en de aandoening	Volledige focus op (type 1) diabetes bij kinderen en jong volwassenen (0-25 jaar)
Betreft een toegewijd en gespecialiseerd team dat een significant deel van haar tijd besteed aan deze aandoening	Medisch en niet medisch personeel committeert zich voor 100% van de hun toegewezen tijd aan diabeteszorg en diabetesonderzoek
Alle zorgverleners zijn onderdeel van een gezamenlijke organisatorische eenheid	Alle Diabeter units vallen onder één organisatorische unit, volgende dezelfde protocollen en zorgpaden en gebruiken dezelfde administratieve en IT infrastructuur
Het team neemt de verantwoordelijkheid voor de gehele zorgcyclus	De zorg van Diabeter omvat alle aspecten van preventieve en therapeutische diabeteszorg behalve de zorg op de Spoedeisende hulp
Patiënt-educatie, -participatie en follow-up zijn geïntegreerd in de zorg	Patiënt en familie ontvangen educatie over en zijn getraind in de aandoening, de behandeling, de preventie van ontregeling en problemen en in het gebruik van de noodzakelijke hulpmiddelen.
Er wordt gebruik gemaakt van één administratie - en planningsstructuur	Diabeter gebruikt één planningsstelsel voor alle zorg die geleverd wordt
De zorg is samengebracht in hiervoor speciaal uitgeruste en ingerichte faciliteiten	Diabeter heeft in elke locatie een opzet die alle onderdelen (zorgverleners, research, administratie en hulpmiddelenlevering) op één locatie heeft
De medisch specialist of klinische zorgmanager overziet en coördineert het zorgproces van elke patiënt	Patiënten hebben een vast team van specialist en diabetesverpleegkundige die de alle zorg coördineren gedurende de gehele zorgcyclus
Het team meet uitkomsten van zorg, kosten en procesparameters voor elke patiënt met een specifieke en gestandaardiseerde meetmethode	Een specifiek ontwikkeld digitaal systeem (VCare) maakt transparantie van de klinische indicatoren en uitkomsten mogelijk, kostenbepaling en -ontwikkeling per activiteit is daarbij beschikbaar
Het team overlegt regelmatig via formele en informele wegen	Er zijn wekelijkse formele teambesprekingen alsmede andere teamactiviteiten rond patiëntenzorg, uitkomsten en research/ontwikkelingen
Het team accepteert gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de uitkomsten en de kosten	Alle leden van de Diabeter teams leveren persoonlijke zorg en houden continue contact met patiënten om zo hun doelen (zoals een laag A1c en geen complicaties) te bewaken en te verbeteren

Figuur 4.1 – Overzicht van uitwerking IPU volgens Porter bij Diabeter

2. Meten van uitkomsten

De uitkomsten en kosten om verbetering worden continue gemeten om met die resultaten verder te ontwikkelen. Het gaat hier om een brede set van uitkomsten. Kwaliteit van leven, complicaties, bereikte of behouden gezondheidsstatus. Ook worden de kosten gemeten van de behandelcyclus. Als de kosten toenemen dient de kwaliteit en uitkomst door de zorgverleners op een adequate manier verantwoord te worden.

3. Vergoeding gebundeld

Het gaat binnen Diabeter niet om een specifieke handeling die wordt vergoed. Binnen Diabeter wordt gewerkt aan afspraken om een gebundeld bedrag voor alle onderdelen van de zorgcyclus. Volgens hen is de koppeling van betaling voor een totale zorgcyclus aan de te behalen uitkomst stimuleert de nadruk op kwaliteit. Het jaarlijks bedrag bij Diabeter is opgesplitst in drie betalingen:

- Personeelskosten (65-70% uit van de totale kosten per patiënt),
- Laboratoriumkosten en
- Facilitaire uitgaven zoals IT, boekhouding, HR, marketing en huur.

De kosten voor voorgeschreven medicatie worden apart vergoed. Deze verschillen ook per zorgpad en staan dus los van het jaarlijkse bedrag. De voorgeschreven producten worden besteld door de patiënten en geleverd vanuit distributeur naar keuze van patiënt. Gesprekken zijn nu gaande verder te gaan verfijnen in de richting van uitkomst gerelateerde en gebundelde vergoedingsmodellen. Dit maakt de weg vrij om uitkomstencomponent te integreren en ook op die manier patiënten en zorgverleners te waarderen voor betere klinische uitkomsten. Dit gebeurt ook op andere plekken in Nederland; Longzorg Nijkerk waar COPD en astmapatiënten in de eerste lijn worden behandeld. En bij ParkinsonNet vanuit Beide instellingen hebben kostenbesparingen gerealiseerd bij toenemende kwaliteit na de introductie van de nieuwe vergoedingsmodellen. Ook is er een trend om vergoedingsmodellen uit te breiden naar meerjarige contracten. Hier horen afspraken bij waarmee instellingen zich committeren aan het aanleveren van data zoals patiënten karakteristieken en frequentie van de geleverde zorg om de efficiëntie te garanderen.

4. Geïntegreerde zorgverlening

Er is vastgelegd welke onderdelen bij de zorgcyclus horen en er is sprake van concentratie van zorg op minder plaatsen. De keuze van de juiste zorg op de juiste plek en integratie van alle zorgonderdelen en medewerkers op een plek zijn belangrijke sturingsmiddelen.

Diabeter is specifiek opgericht voor jongvolwassenen met type 1 diabetes. Hiermee zijn ze gescheiden van andere zorgfaciliteiten zoals in bijvoorbeeld een ziekenhuis wel aanwezig zijn. Met het interieur is rekening gehouden om het gastvrij en modern te houden. Patiënten kunnen eenvoudig overstappen naar andere locaties. Diabeter werkt vanuit 5 locaties hiermee bediend het een grote groep patiënten waardoor een efficiënte organisatie mogelijk is tegen stabiele en redelijke kosten. Mede door de efficiëntie en verregaande automatisering kunnen artsen en verpleegkundigen bij Diabeter een significant hoger aantal patiënten behandelen met zeer goede uitkomsten als gevolg.

5. Uitbreiding van de IPU naar andere regio's

Diabeter werkt aan het openen van satellietfaciliteiten en zoekt samenwerking met bestaande faciliteiten. Uitbreiding heeft plaatsgevonden in de afgelopen jaren op 5 locaties verspreid over Nederland. Dit is gebeurd door ze in te richten als satelliet

vestigingen waarbij dezelfde zorgprotocollen worden toegepast. Ook wordt gebruik gemaakt van dezelfde digitale tools en dezelfde administratieve organisatie delen. Ook is een aantal zorgverleners actief op meerdere locaties. Er is op dit sprake om het concept internationaal verder te ontwikkelen.

6. ICT-platform dat gericht is op het verzamelen en analyseren van gegevens ter ondersteuning van besluitvorming.

Om dit te realiseren met het ICT-platform voldoen aan de volgende criteria. Het moet patiëntgericht zijn, gebruik maken van gevalideerde data definities, aansluiting hebben met alle patiënt gerelateerde datasets, gebaseerd zijn op de richtlijnen, adequate toegang en gebruik van medische gegevens voor geautoriseerde gebruikers en adequate extractie en gebruik van data en datasets.

Deze best practice laat zien dat met focus de zorg beter verleend kan worden en kan bijdragen aan verbetering. Verbetering in kwaliteit voor de patiënt als ook in kosteneffectiviteit.

De keuze voor waarde gedreven zorg heeft ertoe geleid dat binnen het team duidelijk wat de taak is. Vanuit de taak kunnen de uitkomsten van zorg goed met elkaar worden gedeeld. Ook maakt deze casus heel duidelijk dat een ICT-systeem wat volledig het primaire proces ondersteund enorm bijdraagt aan het doel van het werk. Denk hierbij aan eHealth, uitbreiden van locaties en vernieuwen van zorg.

4.4 Uitwerking organisatie ontwerp ADC

Het organisatieontwerp van het ADC kan worden uitgewerkt door de vanuit de strategische doelstellingen te verfijnen naar eisen en resultaten voor de patiënt en het team. Hieronder worden deze beschreven.

De **strategische doelstellingen** voor patiënt en team zijn als volgt gedefinieerd:

<u>Patiënt</u>	<u>Team</u>
- Een ongecompliceerd leven met diabetes - o Geen complicaties - o Weinig zorgen (hoge kwaliteit van leven) - o Patiënt weet wat hij/zij moet doen om complicaties te voorkomen	- Zichtbaar hoogwaardige zorg verlenen met ruimte voor eigen ontwikkeling - Innovatie slim inzetten

De **eisen** die vanuit de strategische doelstelling aan en vanuit patiënt en team worden gesteld zijn de volgende:

<u>Patiënt</u>	<u>Team</u>
- Patiënt heeft de regie - Zorg op maat	- Sturen op uitkomsten die voor de patiënt belangrijk zijn - Innovatief en vernieuwend - Sterk team

De eisen die voor patiënt en team worden gesteld komen bij elkaar in VBHC.

De **resultaten** die van belang zijn, zijn de volgende:

<u>Patiënt</u>	<u>Team</u>
- PROMS; klinische uitkomsten - PREMS; patiënt tevredenheid	- Korte en betrouwbare doorlooptijden - Effectieve kwaliteitsbeheersing - Korte innovatietijd - Grote medewerkersbetrokkenheid - Beheersbare stresscondities - Mogelijkheden om te leren - Gedeelde verantwoordelijkheid - Participatie in werkoverleg

4.5 Kloofanalyse

In de huidige situatie is er sprake van een diabetescentrum binnen de ziekenhuisorganisatie terwijl de gewenste situatie er één is waarbij er sprake is van een ADC waarmee de zorg onder 1 dak is geïntegreerd. Om die 2 situaties met elkaar te vergelijken is een kloofanalyse gemaakt. In onderstaande tabel is aangegeven hoe de huidige situatie zich verhoudt tot de gewenste situatie.

	Huidige situatie	Gewenste situatie
Plek diabetescentrum	Een diabetescentrum binnen de ziekenhuisorganisatie.	1 ADC, geïntegreerde zorg onder 1 dak
Samenstelling	- vaste diabetes internisten die diabetespatiënten behandelen en onderdeel zijn van het diabetesteam - Internisten kunnen ook andere diagnoses doen - Zowel diabetesverpleegkundigen als internisten hebben eigen patiënten.	- Internisten werken tenminste voor 3 dagen in het ADC - Verpleegkundigen kunnen zich specialiseren op onderdelen van de diabeteszorg. - Zowel diabetesverpleegkundigen als internisten hebben eigen patiënten.
Overlegstructuur	Er zijn vaste overleggen (Multi Disciplinaire Overleggen; MDO's) waarin patiënten besproken worden.	- Iedere patiënt wordt jaarlijks besproken aan de hand van individuele en populatie uitkomsten.
Zorgconcept	Er wordt gewerkt volgens zorgpaden waarin afspraken zijn gemaakt hoe de behandeling er uit ziet	VHBC, zorg op maat.
Team	Aparte disciplines die in een keten samenwerken	Zelfsturend integraal team

5. Conclusies en aanbevelingen

Om tot aanbevelingen over het organisatieontwerp te komen is het van belang om een helder antwoord te hebben op de gestelde onderzoeksvragen. Vervolgens kunnen conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan.

In onderstaande paragrafen worden achtereenvolgens de conclusies getrokken en vervolgens aanbevelingen gedaan voor het organisatieontwerp. Als laatste wordt middels zelfreflectie teruggekeken op het onderzoek en persoonlijke ervaringen

5.1 Conclusies

In deze paragraaf wordt ingegaan op de in 2.3 gestelde onderzoeksvragen. De antwoorden op deze vragen vormen tezamen de conclusies die uit het onderzoek worden getrokken.

5.1.1. Theoretische onderzoeksvragen:

- Welke elementen van Value Based Healthcare zijn relevant voor het onderzoek?
 - o De IPU is een bepalend element in het organisatieontwerp. De focus op 1 patiëntenstroom (diabetes) vraagt om een team die in staat is om de zorg te analyseren, uit te voeren en vernieuwen.
 - o Delen van de uitkomsten (PROMs patiënttevredenheid, patiëntgebonden uitkomsten) en PREMs (procesuitkomst maten)) binnen het zorgteam, met patiënten en benchmarking met de omgeving. Dit vraagt binnen het team een veilige omgeving waarin respectvol en open met elkaar gewerkt wordt.
- Welke theorieën ten aanzien van organisatieontwerp zijn relevant?
 - o Mintzberg ziet de ziekenhuisorganisatie als een professionele bureaucratie; in zijn ogen kan de organisatie niet kantelen van een functionele naar een marktgerichte structuur. Hiermee krijg je niet de patiëntgerichte en proces gestuurde organisatie die nodig is om te werken volgens de principes van VBHC.
 - o Sociotechniek; een integrale ontwerptheorie die gebaseerd is op de systeemtheorie. Sociotechniek geeft structuur aan de lerende organisatie. Deze structuur is essentieel bij het delen van uitkomsten volgens VBHC, het werk is een continu onderzoeks-, verbeter -en vernieuwingsproces. Sociotechniek is geschikt voor het organisatieontwerp.
- Wat kan op basis van de theorie worden gezegd over de relatie tussen inrichting van het organisatieontwerp en Value Based Healthcare
 - o Binnen VBHC zijn de zorgteams belangrijk in het vertalen van de patiëntwaarde per uitgegeven euro. Deze teams moeten dan ook de positie hebben om betrokkenheid en invloed te hebben op deze uitkomsten.

5.1.2. Empirische onderzoeksvragen

Op basis van het onderzoek blijkt dat het organisatieontwerp aan de volgende eisen moet voldoen om volgens het principe van VBHC te kunnen werken:

1. Teamtaak moet duidelijk zijn en vertrekpunt voor alle handelen
2. De afhankelijkheden moeten klein zijn, eigen initiatief groot
3. Hoge kwaliteit van organisatie
4. Hoge kwaliteit van arbeid
5. Hoge kwaliteit van arbeidsverhoudingen

5.1.3. Analytische onderzoeksvraag

Wat zijn de overeenkomsten en verschillen binnen organisatieontwerp en VBHC tussen de gewenste en feitelijke situatie?

Ten aanzien van de criteria die gelden voor het werken volgens VBHC zijn de volgende verschillen tussen de gewenste en feitelijke situatie benoemd:

1. Teamtaak; nu wordt deze ervaren als individueel te bepalen; onvoldoende vastgelegd en komt in jaargesprekken onvoldoende aan de orde. In de gewenste situatie komt uit de interviews naar voren dat de focus/ resultaatgericht werken helpt om voor het team duidelijk te maken wat bijdrage is van het team. Wel wordt het risico uitgesproken dat het vraagt om de keuze te maken om alleen diabetes te behandelen.
2. Afhankelijkheid; de vaste structuren geven verdieping en routine in de behandeling van diabetes. Door de intensieve samenwerking in de huidige situatie worden veel mogelijkheden geformuleerd om meer taken bij de diabetesverpleegkundige neer te leggen waardoor afhankelijkheid af zal nemen. In de huidige situatie ontbreekt de routine om alle patiënten te zien; in de toekomstige situatie worden hier mogelijkheden gezien om de organisatie hierop in te richten.
3. Kwaliteit van organisatie er wordt aangegeven dat er te weinig tijd en stimulans is om hieraan te werken. Opvallend is dat gebrek aan waardering in aantal interviews wordt genoemd. De behoefte om hier invloed uit te oefenen wordt hier uitdrukkelijk besproken. Ook wordt aangegeven dat de korte lijnen vooral helpen bij doorvoeren van verbeteringen.
4. Kwaliteit van arbeid; ondersteuning wordt als onvoldoende ervaren. Er is nu ruimte voor creativiteit. Het werken in 1 disciplinair team draagt bij aan het betrokkenheid en ondersteunende afdelingen zullen zichtbaar aanwezig zijn en onderhandelen met afdelingen is niet meer nodig.
5. Kwaliteit van arbeidsverhoudingen; onderling vertrouwen en respect wordt als voldoende ervaren. Feedback in vaste overleggen is toegevoegde waarde. Wel wordt in de huidige situatie ervaren dat ieder zijn eigen agenda heeft. Hierdoor is wel eens onduidelijk wat er moet gebeuren. In de gewenste situatie is vastgelegd wat er van het team wordt verwacht in PROMs en PREMs. Dit maakt bespreken makkelijker.

Nadere toelichting

Uit de interviews is naar voren gekomen dat het teamconcept in beperkte mate wordt ervaren in de verschillende organisaties. Voor teamconcept is als definitie gehanteerd:

“een relatief vaste groep medewerkers die gezamenlijk verantwoordelijk is voor het totale proces waarin producten of diensten tot stand komen, die aan een interne of externe klant geleverd worden. Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijkse problemen op en verbetert processen en werkmethoden, zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leiding of ondersteunende diensten (Van Amelsvoort, 2007)”.

Drie belangrijke kenmerken zijn:

- Gezamenlijke verantwoordelijkheid; het team staat centraal niet de individuen
- Zelfsturing; het team bezit regelvermogen om het desbetreffende proces te sturen. Het team kan gezien worden als proceseigenaar. Leidinggevende en stafdiensten zijn er om het team te ondersteunen door voorwaarde te scheppen.

- Resultaatgerichtheid; de verantwoordelijkheid van het team wordt niet uitgedrukt in termen van een taak, maar in het resultaat, te weten een product of een dienst met daaraan gekoppeld door de klant gestelde eisen.

Bij de ziekenhuisorganisaties (OLVG, AMC en VUmc) worden deze kenmerken in beperkte mate ervaren. Er is een dedicated diabetesteam met een kernteam van diabetesinternisten. Hierdoor is de afhankelijkheid groter en bestaat er onduidelijkheid in de richting

Binnen het Jan van Goyen is er sprake van een kleinschalige situatie waar een internist, diabetesverpleegkundige en diëtist met elkaar de behandeling uitvoeren. Ondersteuning is binnen handbereik. Hierdoor zijn de lijnen kort en wordt er meer regelruimte ervaren. De verwachtingen van alle geïnterviewden van het op te richten centrum zijn in grote lijnen gelijk. Eén centrum waar alle zorg onder 1 dak plaatsvindt.

Binnen de ziekenhuisorganisaties worden de aspecten kwaliteit van organisatie, kwaliteit van arbeid en kwaliteit van arbeidsverhoudingen minimaal ervaren. Er wordt weinig invloed op de uitkomsten van zorg ervaren. Er zijn veel mensen betrokken bij de uitvoering van zorg waardoor een grote afhankelijk en minder gevoel van gezamenlijkheid wordt ervaren. Het Jan van Goyen onderscheid zich van de andere organisatie hier wordt meer betrokkenheid ervaren op kwaliteit van organisatie en arbeid. Opvallend is het gemis aan collega's, het team moet groeien om op inhoud te leren van elkaar en er dus ook meer uitgewisseld kan worden.

5.2 Aanbevelingen organisatieontwerp

Het ADC verkeert in de bijzondere omstandigheid dat het nog aan het begin staat van de oprichting. De organisatie komt los te staan van de moederorganisaties. Dit heeft als voordeel dat nu nagedacht kan worden over de inrichting van de organisatie.

Klassieke organisatiestructuren zijn moeilijk in staat om de gewenste efficiency, productkwaliteit en flexibiliteit te bieden. Belangrijk is het dus om na te denken hoe voldoende regelvermogen (het omgaan met veranderingen, de Sitter 1994) ingebouwd kan worden.

Het advies voor het organisatieontwerp luidt als volgt:

Op basis van het onderzoek wordt geadviseerd om de ADC-organisatie vorm te geven als een zelfsturend team volgens de sociotechniek waarbij in eerste instantie vooral de focus moet liggen op het inrichten en rand voorwaardelijk mogelijk maken van de zelfsturende teams.

De randvoorwaarden hiervoor zijn:

1. Dominantie van waarde toevoegende patiëntprocessen in een eenvoudige en transparante organisatie. Het primaire proces, de patiënt, staat. Het werk wordt uitgevoerd in één team; er wordt niet opgeknipt in kleine teams.
2. Zelfsturing en integraal management. Medewerkers hebben voldoende regelvermogen om taken zelfstandig en in direct overleg uit te kunnen voeren. Lijnmanagement en stafdiensten zijn geïntegreerd in het team. Leiderschap is niet exclusief voor lijnfuncties

maar geldt voor iedere medewerker afhankelijk van persoonlijke kwaliteiten het is een combinatie van de rollen managen, leiden en coachen.

3. Teamwerk; teams vormen de bouwstenen van de organisatie. Er is een gezamenlijke doelstelling en verantwoordelijkheid, gezamenlijk overeengekomen taak- en rolverdeling, door iedereen geaccepteerde teamregels ten aanzien van samenwerking. De teams zijn zelfsturend in het toegewezen werkgebied. Teams hebben coaches die gericht zijn op de ontwikkeling van individuen en teams.
4. Horizontale coördinatie. Coördinatie vindt plaats op horizontale dwarsverbanden die georganiseerd zijn als onderlinge klant- leverancier relaties. De coördinatie wordt horizontaal vormgegeven in plaats van verticaal. Daarbij staat direct afstemming en besluitvorming centraal. De leiding heeft een belangrijke rol bij het faciliteren van de horizontale samenwerkingsverbanden en wordt waar nodig betrokken bij conflicthantering.
5. Besluitvorming. Besluitvorming vindt plaats op basis van partnership. Op grond van optimalisatie van de toegevoegde waarde voor de klant, medewerkers en aandeelhouders (moederorganisaties). Partnership verhoogt het emotioneel eigenaarschap en de betrokkenheid en gaat gepaard met openheid, gelijkwaardigheid en respect voor de verschillende belangen. Besluitvorming vindt plaats op grond van dialoog, waarin gezocht wordt naar overeenkomsten in plaats van verschillen van opvattingen meningen en ervaringen.
6. Resultaat sturing. De sturing van de organisatorische eenheden vindt plaats door gezamenlijk overeengekomen resultaten. Deze worden openlijk gedeeld. De resultaten zijn een belangrijke basis voor feedback en bewaking van de prestatie. De gezamenlijk vastgestelde doelen vormen een belangrijke basis voor de richting van de verbeteracties. Alleen kritische proces activiteiten worden vastgelegd en bewaakt.
7. Systemen ondersteunen en stimuleren. De technische systemen, regels en procedures faciliteren de gewenste samenwerking tussen mensen, afdelingen en klanten en worden in overleg met de gebruikers vastgesteld en zijn gebaseerd op minimaal kritische specificatie. Technische systemen versterken de samenwerking. De informatiesystemen sluiten aan bij zelfsturing en zorgen voor de benodigde informatie om beslissingen op organisatieniveau te nemen.

5.2.1 Aanbevelingen VBHC

Zoals in het advies verwoord is VBHC een pijler voor het organisatieontwerp van het nieuwe ADC. Omdat de huidige organisatie nog kan worden typeert als scenario 1 en 2 is ook voor de introductie van VBHC een veranderstrategie noodzakelijk.

Zo lang de organisatie nog niet samengebracht is in een ADC (scenario 3) maar verkeert in scenario 1 of 2 kunnen al vast de volgende stappen worden gezet:

1. Teamtaak: stel een multidisciplinair team samen van maximaal 12 deelnemers en 2 patiënten met een duidelijke focus op patiëntgroep(en) waarin de opdracht wordt gegeven een zorgconcept op te stellen op basis van de ICHOM en uitgangspunten van VBHC. Stel hierbij de zorg, organisatie en medewerkerstevredenheid uitkomsten vast en evalueer op vaste momenten de resultaten en maak afspraken hoe deze kunnen worden verbeterd.
2. Het streven moet zijn om de afhankelijkheid zo klein mogelijk te houden; hier ondersteund een klein team door korte lijnen. Maak afspraken wie het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en wat deze rol precies inhoudt.

3. Invloed van medewerkers op de uitkomsten is essentieel bij het doen slagen van het werken. Wanneer invloed ervaren wordt door medewerkers, ontstaat betrokkenheid en verhoogt dit de medewerkerstevredenheid.
4. In de teams moet aandacht komen voor het delen van de uitkomsten. Er zal veel geïnvesteerd moeten worden om dit in een veilige omgeving te doen om aandacht te geven aan de uitkomsten van het team en individu zodat er optimaal geleerd kan worden en er een deugdzame leercyclus ontstaat.

5.3 Aanbevelingen veranderstrategie

Met het alleen hebben van een strategie, de harde kant, over de inrichting van het ADC ben je er niet. Er moet ook aandacht komen voor de cultuur, de zachte kant. Er is een veranderstrategie vereist om daar te komen.

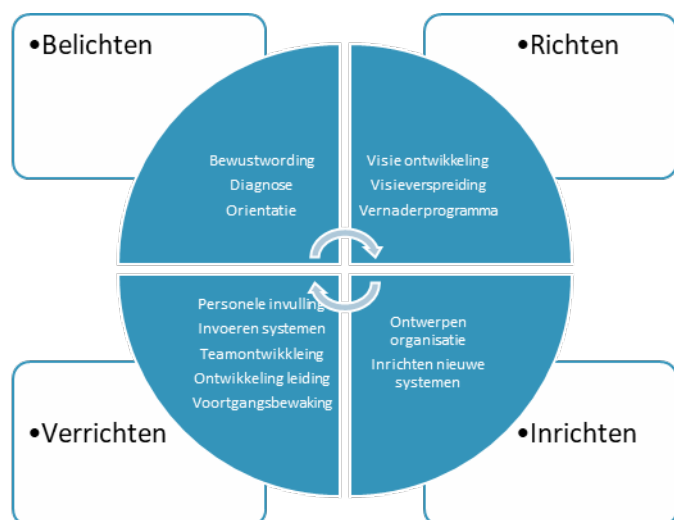
In zijn inaugurele rede stelt Boonstra (Boonstra, 2000) dat zeventig procent van de veranderingsprocessen in Nederland vroegtijdig vastloopt of niet het gewenste resultaat heeft. Boonstra zoekt de oorzaak in de veranderaanpak. Geplande verandering, zowel de ontwerp als de ontwikkelbenadering, zijn volgens hem te veel gericht op het ordenen en beheersen van de dynamiek in de organisatie. Hij pleit voor een veranderaanpak waarin betekenisgeving centraal staat en mensen met elkaar, langs de weg van lerend vernieuwen, de organisatie veranderen.

In de huidige tijd waarin technologie, krapte van zorgpersoneel en verschuivingen in de gezondheidszorg naar huisarts een belangrijke rol spelen is het begeleiden van deze verandering van groot belang om het te doen laten slagen. In de aanbeveling is daarom ook aandacht voor de veranderstrategie. Met als doel een helder beeld creëren voor de medewerkers en organisatie om te ondersteunen in het bereiken van de ambitie.

Het implementeren van de nieuwe organisatie is een enorme verandering. Hierom is het nodig om naast de inhoudelijke kennis te nemen van de strategieën die er zijn ten aanzien van verandering. Het is te vergelijken met een grote verbouwing waarbij de indeling en de opbouw van een gebouw drastisch moet worden herzien en waarbij de verschillende bewoners inspraak willen hebben op het uiteindelijke bouwplan.

Van Amelsvoort (2003) beschrijft vier fasen in een zogenaamd denkmodel voor het invoeren van werken met zelfsturende teams. In de praktijk doorloopt men meerdere keren een fase.

- Fase 1 Belichten
(het stellen van de eerste diagnose)
- Fase 2 Richten
(toekomstrichting van de organisatie kiezen en uitdragen)
- Fase 3 Inrichten
(invullen van de gewenste organisatie)
- Fase 4 Verrichten
(invoeren)



Figuur 5.1 – fasenmodel voor invoering van zelfsturende teams

Op dit moment bevindt de ontwikkeling van het ADC zich tussen fase 1 en 2.
De transitie naar zelfsturende teams vraagt voortdurende regie en bijstelling.

Fase 1: Belichten

Het gaat er in deze fase om dat de organisatie zich bewust wordt dat de huidige wijze van werken onvoldoende aansluit bij de ontwikkeling in de omgeving en dat die werkwijze daarmee een bedreiging vormt voor het voortbestaan op korte of lange termijn.

In deze fase is het belangrijk dat beslissers in de organisatie een bewustwording van het probleem voelen. Hiervoor is het topmanagement belangrijk. In deze fase past kritische reflectie op het huidige functioneren management is zelf cultuurdrager.

Op meerdere manieren kan dit gedaan worden; klanttevredenheidonderzoek, benchmarking, gesprekken met medewerkers etc.

In deze fase vindt ook beeldvorming plaats van de toekomstige organisatie. Dit kan het beste met een groepje koplopers door boeken best practices en verkennen van nieuwe theorieën over management en organisatie.

Belangrijk om na te denken wie er echt nodig zijn om deze verandering in te zetten. Denk hierbij aan management, medewerkers en beleidsmedewerkers.

Ook kan een conferentie georganiseerd in de vorm van een ronde tafel bijeenkomst.

Fase 2: Richten

Hier wordt op basis van de resultaten uit de vorige fase vastgesteld wat de richting van toekomstige organisatie moet zijn.

Dit is een globaal overzicht van de eisen waaraan de organisatie moet voldoen naar de omgeving toe en de hoofdlijnen van hoe de interne organisatie er uit zal zien. Ook wordt hier het veranderingsprogramma uitgewerkt.

Draagvlak creëren door het verspreiden van de visie naar de gehele organisatie.

Een belangrijke fase omdat de richting van de nieuwe organisatie en urgentiebesef belangrijke energiebronnen vormen voor het in beweging zetten van een ingrijpend vernieuwingsproces.

Visie wordt ontwikkeld gaan worden op basis van missie, visie, doelstellingen en ambities en strategie. In het veranderingsprogramma wordt een kloofanalyse gemaakt waarin de huidige organisatie wordt afgezet tegen de gewenste organisatie.

Fase 3: Inrichten

In deze fase wordt de organisatie vormgegeven. De in de vorige fase uitgezette leidende principes worden nu concreet ingevuld door nieuwe structuren en systemen te ontwerpen.

Tijdens het uitwerken wordt de visie continu aangescherpt. De wijze waarop het ontwerpen gestalte krijgt door middel van dialoog en betrokkenheid van de medewerkers van de organisatie legt de basis voor de wijze van samenwerking in de toekomstige situatie.

In deze ontwerpfase is het belangrijk dat iedereen actief betrokken is.

Tijdens het inrichten wordt gewerkt aan:

- Transformatieprocessen (primaire processen).
- Inrichting van uitvoeringsstructuur van het transformatieproces; van grof naar fijn structuur
- Inrichting van de besturing; verdelen van taken bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- Overlegstructuur tussen de verschillende bouwstenen van de organisatie

- Teamontwerp/ functie structuur; hoe zien de nieuwe groepen en taken eruit
- Systemen; patiëntendossier, financieel systeem, HR systemen

Fase 4: *Verrichten*

In deze fase worden de plannen gerealiseerd. Functies worden geïnstalleerd en de nieuw samen te stellen teams ingericht. Voor de teamontwikkeling worden medewerkers geselecteerd, kandidaten geworven, benoemd en geïnstalleerd. Ook vindt competentieontwikkeling plaats door training en begeleiding. Parallel aan de teamontwikkeling vindt ook de versterking en ontwikkeling van de leidinggevenden plaats.

5.4 Zelfreflectie

Vanuit mijn interesse van de diabeteszorg en organisatie daarvan en betrokkenheid bij het opzetten van het Amsterdam Diabetes Centrum heb ik met veel plezier dit onderzoek uitgewerkt en deze thesis uitgewerkt.

De kans om aanbevelingen te doen voor het organisatie ontwerp voor een nieuwe op te zetten centrum hebben mij enorm uitgedaagd de kennis uit de opleiding integraal te gebruiken om tot passende aanbevelingen te komen.

Het schrijven van de thesis was een enorme worsteling en dit heeft gedurende de schrijfperiode een flink deel van mijn leven bepaald. Ik heb ervaren hoe belangrijk het is om structuur en discipline te hebben om de gang erin te houden. Dit maakte dat af en toe de moed in mijn schoenen zakte om het vervolgens weer op te pakken. Toch maakt het uiteindelijke resultaat mij trots. Zowel qua inhoud en relevantie voor het ADC als ook waar het gaat om mijn ontwikkeling als persoon. Dus ook al was het af en toe een worsteling ik had het niet willen missen.

De wetenschap met betrekking tot organisatieontwerp heeft mij laten zien dat onderzoek een reis is om te komen tot een bruikbaar advies. De focus die nodig is heeft mij geleerd hoe belangrijk het is een doel voor ogen te hebben en houden. De wetenschap is zo rijk dat het makkelijk hiervan af te drijven.

Hoe meer het einde in zicht kwam hoe meer ik een beeld kreeg van mijn bijdrage. Naast aanbevelingen voor een nieuwe organisatie geeft het ook aanbevelingen hoe de huidige werkwijze aangepast kan worden naar de kennis die beschikbaar is.

Het ADC zal er gaan komen en ik weet zeker dat dit met een team zal gebeuren dat staat voor hoogwaardige diabeteszorg.

Ik hoop dat mijn aanbevelingen een goede bijdrage leveren aan de ontwikkeling en organisatorische opzet van dit, voor patiënten met diabetes, belangrijke centrum.

Bijlagen

Bijlage 1: Literatuurlijst

- Achterbergh, J. en Vriens, D. (2013) *Een structuurperspectief op uitdagingen in de zorg*. Boom Lemma uitgevers Den Haag.
- Bomers, G.B.J. (1990) *De lerende organisatie: de enige zekerheid voor organisaties is permanente verandering*. Harvard Holland review, no.22 p21-31.
- Boonstra J.J. (2000) *Lopen over water; over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*.
- Boselie, P. (2010). *Strategic Human Resource Management: a balanced approach*. McGrawHill, Londen.
- Boyne, G. (2002). *Concepts and indicators of local authority performance: An evaluation of the statutory frameworks in England and Wales*. Public Money & Management, 22(2): 17-24.
- Christensen C.M., Grossman J.H.(2009) *The innovator's prescription, a disruption solution for healthcare*. Mcgraw-Hill Education, Londen
- Christis J.H.P. (2011) *Het ziekenhuis als ontwerpvragestuk*, Tijdschrift voor management en organisatie volume 65 nummer 6
- De Koeijer R. en Hazelzet J. (2017) *wat is nodig voor duurzame implementatie van Value Based Healthcare*. Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken jaargang 33 nummer 2.
- Does R.J.M.M., De Koning, H. & De Mast, J. (2008). *Lean Six Sigma Stap voor Stap*. Beaumont Quality Publications Alphen aan den Rijn
- Glouberman S., Mintzberg H. (2001) *Managing the care of health and the cure of disease*. Healthcare management review volume 26.
- Hackman, J.R., Oldman, G.R. (1976) *Motivation through the design of work: test of a theory. Organizational behavior and Human Performance*. Organisational and human performance 16, 250-279.
- Jägers H.P.M. en Jansen, W. (1991) *Het ontwerpen van effectieve organisaties*. Stenfert Kroese, Leiden.
- Kuipers H., Kramer E. (2002) *Het mensbeeld in de sociotechniek*. Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken volume 18 nummer 1
- Kuipers H., Van Amelsvoort P.(2010). *Het nieuwe organiseren; alternatieven voor de bureaucratie*. Acco uitgeverij Leuven.
- Geurts M. (2016), *ADC-concept plan* (intern document), VUmc
- Verschuren P.J.M. en Doorewaard H. (2007), *Het ontwerpen van een onderzoek*, Lemma Amsterdam
- Porter, M.E. (2010) *What is value in health care?* The New England Journal of Medicine December.
- Porter M.E., Teisberg E.O. (2006); *Redefining healthcare: creating value based competition on results*. Harvard Business School Press, Boston.
- Rainey, H. (2009). *Understanding and managing public organizations*. 4th edition. Jossey-Bass San Francisco.

- Senge, P.M. (1990) *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. Double Day, New York.
- Sitter, L.U. de (1994) *Synergetisch produceren, human resources mobilisation in de productie; een inleiding in de structuurbouw*. Van Gorcum, Assen.
- Stoker, J. (1998) *Leidinggeven aan zelfstandige taakgroepen*. Proefschrift Universiteit Twente, Enschede
- Tjemkes, B. (2016) *Sheets colleges bij module; methoden en organisatieonderzoek*.
- Tjepkema, S. (2003) *verscheidenheid in zelfsturende teams*. Schoolorganisaties en Management. Samsom Alphen aan den Rijn.
- Thompson J.D. (2003) *Organizations in action; Social science Bases of Administrative Theory*; Taylor & Francis Inc. Abingdon.
- Van Amelsvoort, P. Seinen, B. Kommers, H. en Scholtes, G. (2003) *Zelfsturende teams, ontwerpen, invoeren en begeleiden. ST-groep, Vlijmen*.

Internet:

- www.nadenkenoverkwaliteit.nl
- www.diabetesfonds.nl
- www.igz.nl
- www.vumc.nl
- www.diabetescentrum.nl
- www.ndf.nl
- www.Diabeter.nl

```

graph TD
    RT[Raad van Toezicht] --- RB[Raad van Bestuur]
    RB --- CR[cliëntenraad]
    RB --- SR[studenteraad]
    RB --- COC[centrale opleidingscommissie]
    RB --- OR[ondernemingsraad]
    OR --- S[statuut]
    OR --- OADR[oproep/koninklijk adviesraad]
  
```



prof.dr. Mark Kramer, lid

administratie Winc (BZA)
mw. drs. I.J. Hissink R.C. directeur BZA

dienst communicatie (DICO)
drs. J. Hol, directeur communicatie

dienst personeel en organisatie (P&O)
drs. F. ten Over, directeur P&O

dienst strategie en innovatie (S&I)
drs. M. Koster, directeur strategie en innovatie

drs. D. van Riet, directeur facilitair bedrijf
Informatie en communicatie technologie (ICT)
 mw. drs. T. Keur, directeur ICT (a.i.)
projectbureau huisvesting VUmc (PBH)
 drs. F.R. Rakers, directeur projectbureau huisvesting

innovatie exchange Amsterdam (IXA)
drs. B. Klijssen, directeur IXA VU-VUmc
bestuurlijke en juridische zaken
mr. O.G.A. van der Beek, hoofd bestuurlijke en juridische zaken
dienst pastoraal en geestelijke verzorging
mw. drs. B. Spornik, hoofd pastoraal en geestelijke verzorging
EVA servicecentrum
drs. M. Ros, directeur EVA servicecentrum

divisie I	divisie II	divisie III
divisiebestuur: voorzitter: prof. dr. H.M.W. Verhulst	divisiebestuur: voorzitter: prof. dr. C.R. Lemmens	voorzitter: prof. dr. J.B. van Coudede
vicevoorzitter: prof. dr. A. Vonk Nooredijk	vicevoorzitter: prof. dr. B.M.J. Uithoeg	vicevoorzitter: mr. prof. dr. J. Hürne
manager bedrijfsvoering: M. F. Gollwag	manager bedrijfsvoering: mr. ds. A.M.C. Zijlstraop (a.l.)	manager bedrijfsvoering: mr. M. Bakker MSc (a.l.)
zorgmanager: mr. G. Toop	zorgmanager: L. de Haan	zorgmanager: mr. G.M.J. de Kroon, MA
divisie IV	divisie V	divisie VI
divisiebestuur: voorzitter: prof. dr. S.A. Loor	divisiebestuur: voorzitter: prof. dr. C. van Kulk	divisiebestuur: voorzitter: mr. prof. dr. H. van de Heide
vicevoorzitter: prof. dr. J. van Rossum	vicevoorzitter: prof. dr. J. van Kerkhof	vicevoorzitter: prof. dr. J. van Nieuwenhuizen
manager bedrijfsvoering: dr. K.H. Ail, MBA	manager bedrijfsvoering: mr. ds. Y. Kopsman	manager bedrijfsvoering: dts. E. Janssen
zorgmanager: A.P.M. Pompe		

divisie II	divisie III
divisiebestuur:	divisiebestuur:
voorzitter	voorzitter
prof.dr. C.R. Leemans	prof.dr. J.B. van Goudoever
vicevoorzitter	vicevoorzitter
prof.dr. B.M.J. Uijthoef	mr. prof.dr. J. Huurre
manager bedrijfsvoering	manager bedrijfsvoering
mr. drs. A.M.C. Jijncgrop (a.i.)	mr. R. Bakker MSc (a.i.)
zorgman	zorgman
de heer	mr. G.M.J. Berkhout, MA

divisie V

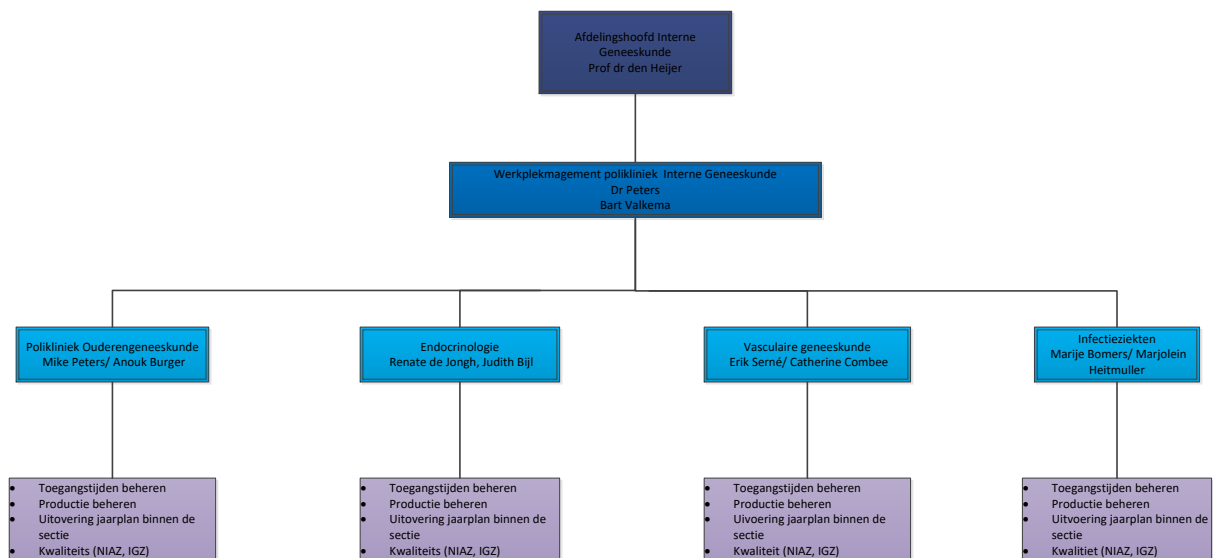
divisie VI

manager bedrijfsvoering
mw. drs. Y. Koppelman

manager bedrijfsvoering
drs. E. Janssen

zorgmanager
E.A.P.M. Pompe

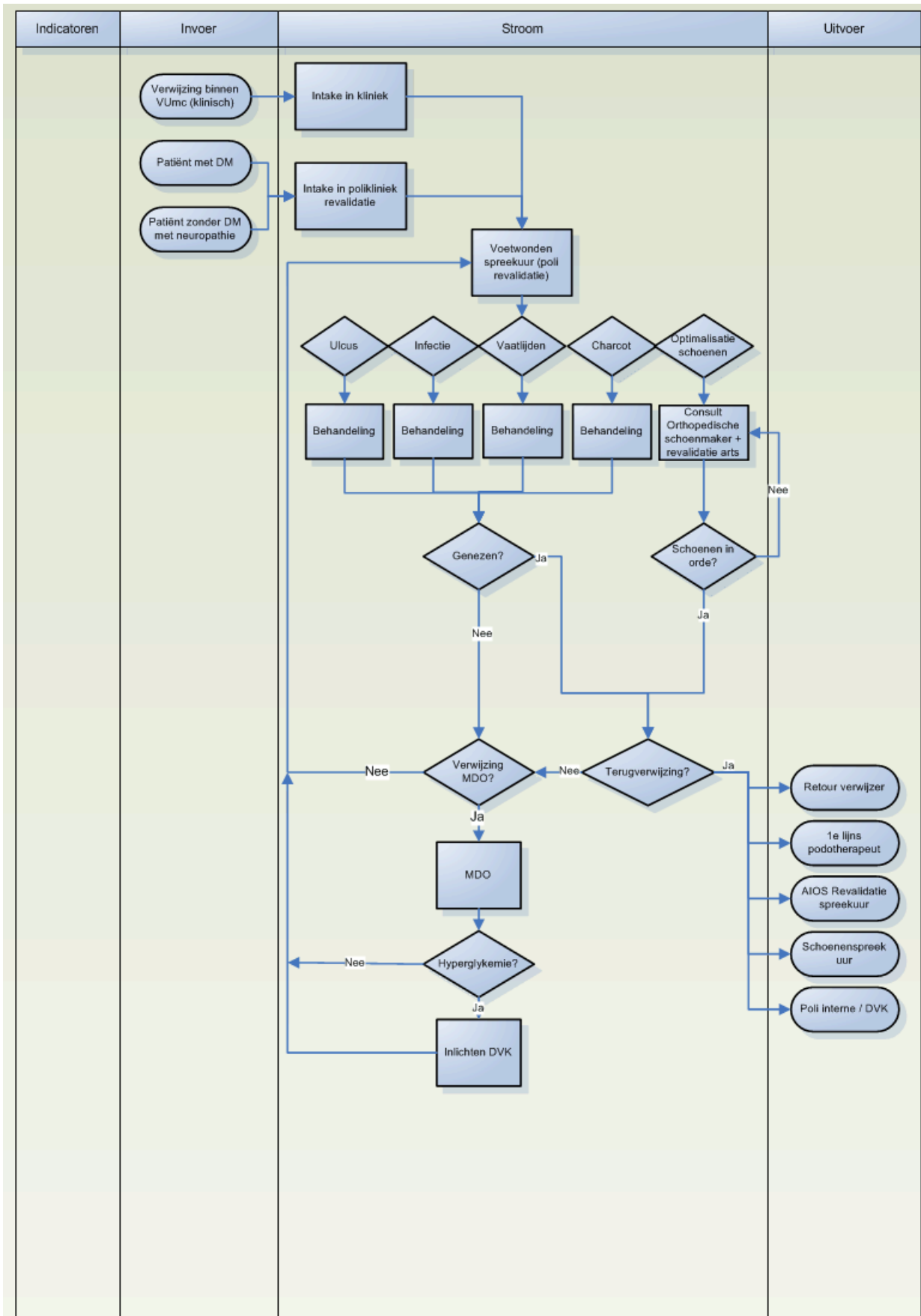
Bijlage 3: Organogram Interne Geneeskunde VUmc



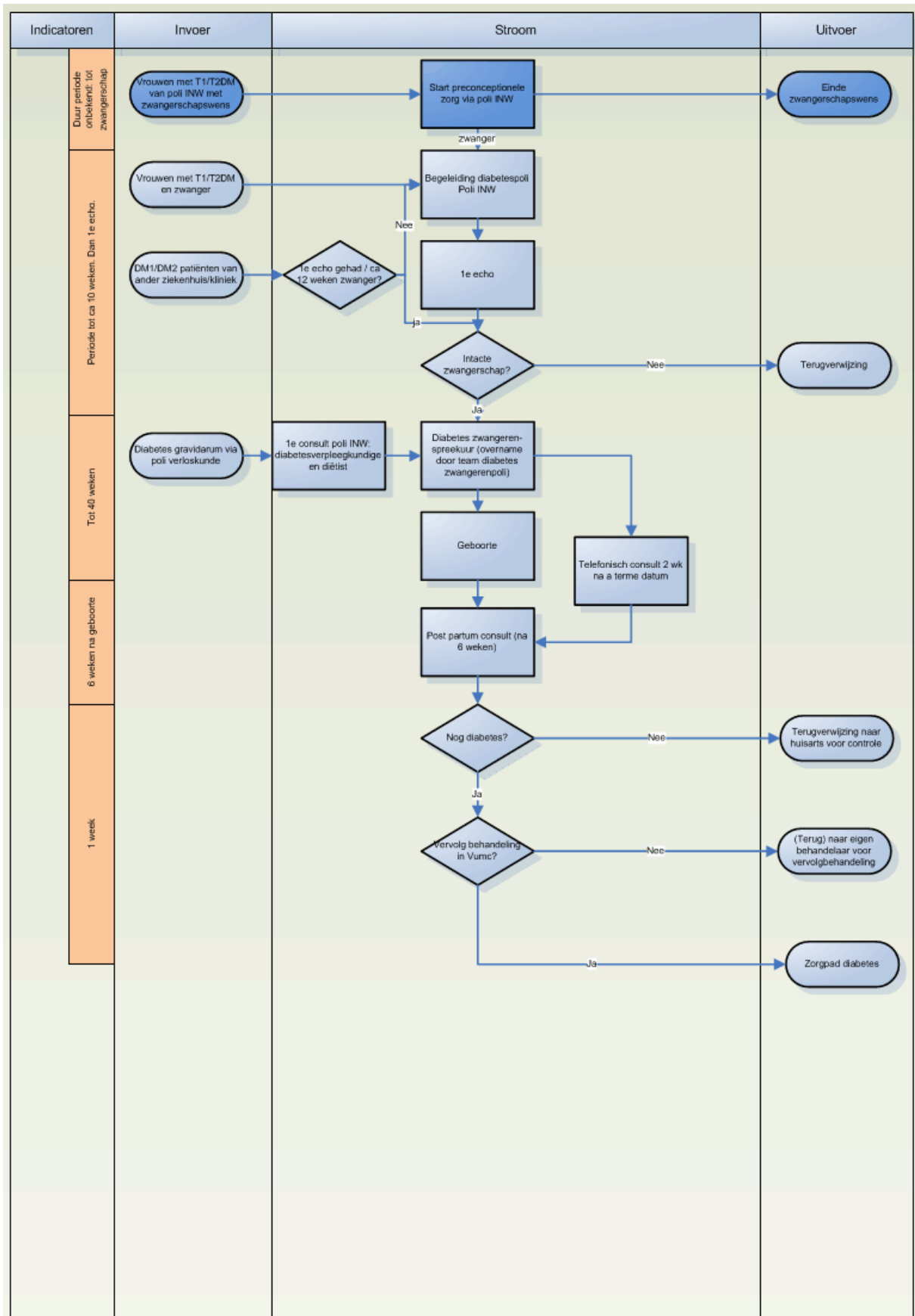
Organogram Interne Geneeskunde VUmc 2017

Medisch werkplekmanager is verantwoordelijk voor het medisch inhoudelijke deel van de polikliniek interne geneeskunde. De verpleegkundig werkplekmanager is verantwoordelijk voor de ondersteuning van de spreekuren op verpleegkundig, administratief en doktersassistenten deelgebieden. Andere disciplines werken vanuit de eigen afdelingen mee in het multidisciplinair team. Dit zijn voornamelijk diëtisten, psychologen, podotherapeut, dermatoloog, revalidatiearts, gynaecoloog en oogarts. Er is geen aansturing van het diabetescentrum. Er ontbreekt een sectie diabetes. Dit zorgt voor afstemmingsproblemen en is het onduidelijk wat de prioriteiten zijn. Het ontbreekt aan focus.

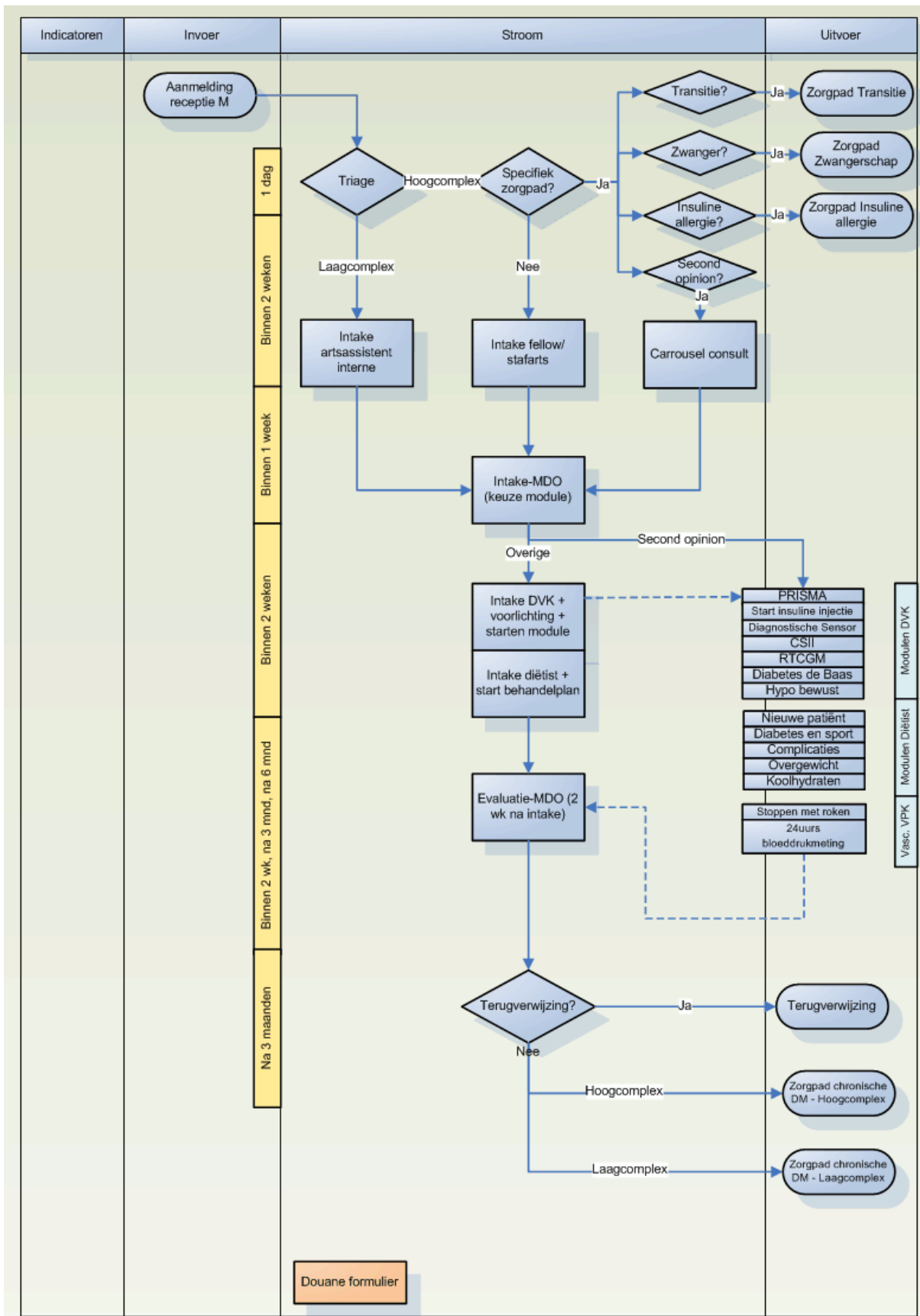
Bijlage 4: Zorgpad Diabetes - Voetenteam



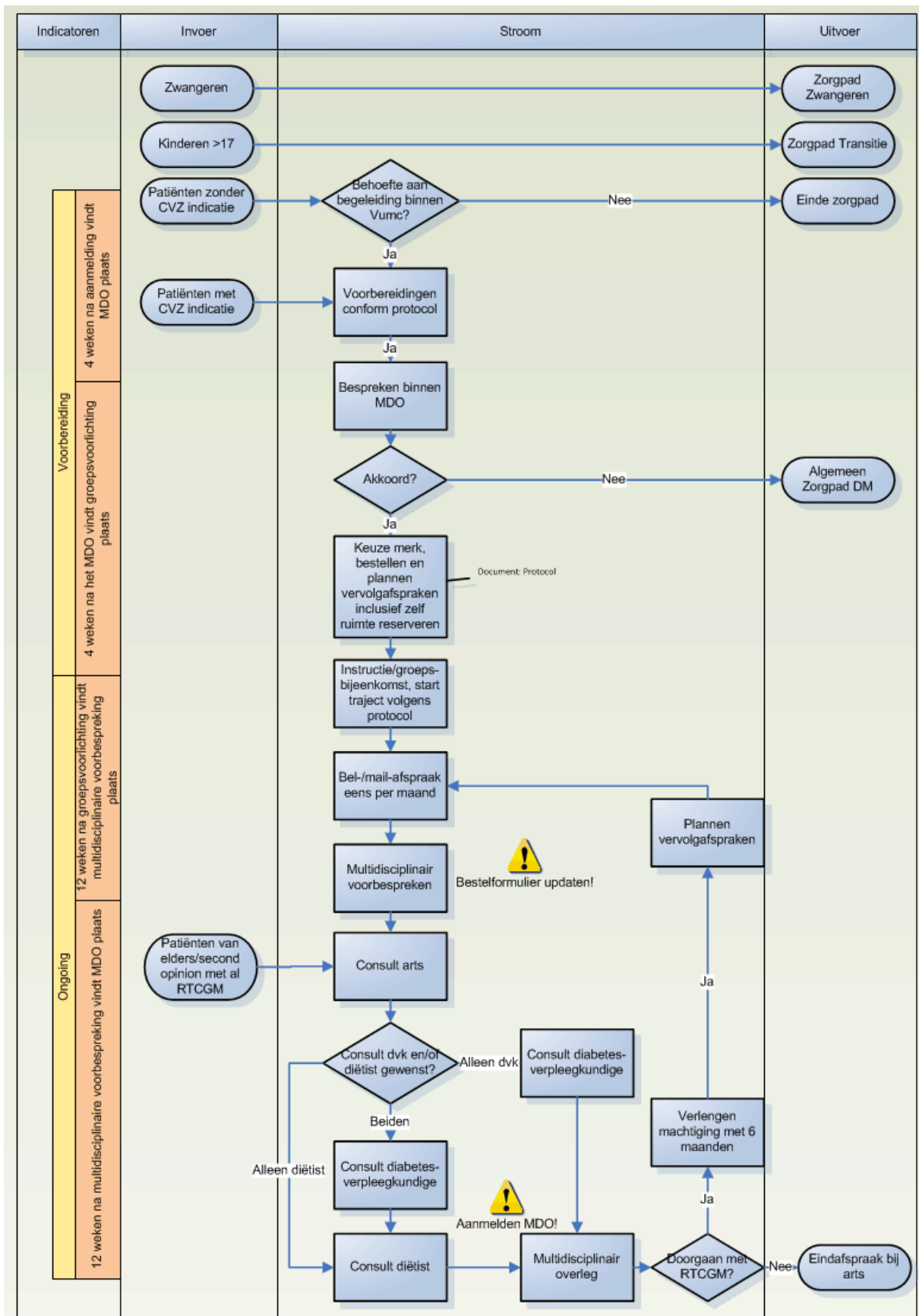
Bijlage 5: Zorgpad Diabetes - Zwangeren



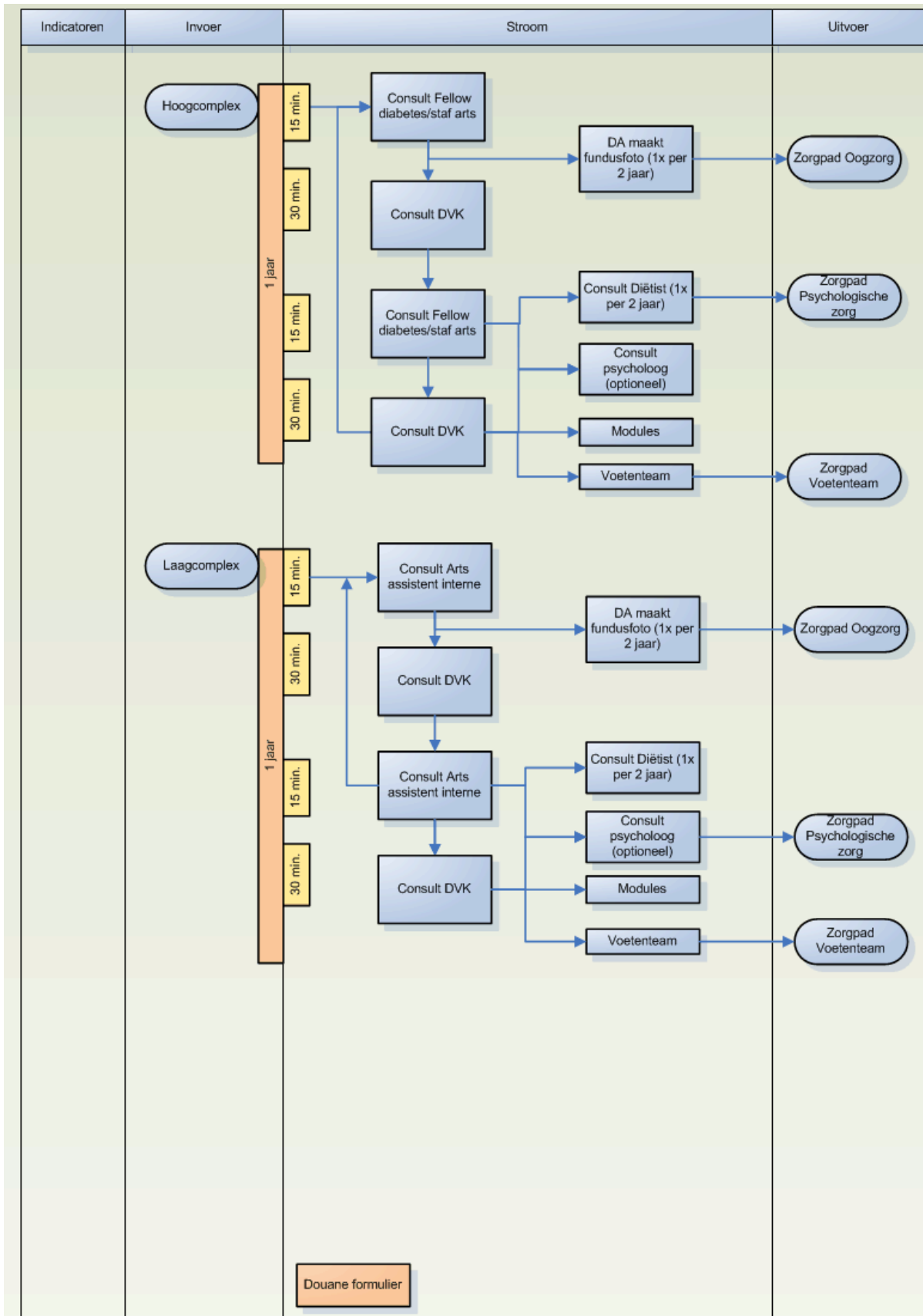
Bijlage 6: Zorgpad Diabetes – Algemeen



Bijlage 7: Zorgpad Diabetes- RTCGM



Bijlage 8: Zorgpad Diabetes- Chronisch



Bijlage 9: Topiclijst interviews

Teamconcept:

- Is voor jou duidelijk wat het doel van je teamtaak is en welk resultaat wordt verwacht?
- Worden onderlinge taken worden gezien als onderling afhankelijk en hoe vullen deze taken elkaar aan?
- Is de omvang van je team zodanig dat teamleden een herkenbare bijdrage leveren aan het teamresultaat; worden er voldoende snel beslissingen genomen en is het niet te kwetsbaar?
- Heeft je team voldoende mogelijkheden en bevoegdheden om de taken zelfstandig uit te voeren?
- Wie is verantwoordelijk voor de afstemming met de omgeving?
- Is er voldoende flexibiliteit in de werkverdeling om de flexibiliteit niet in de weg te staan? Zijn teamleden voor meerdere taken in te zetten?
- Beschikt het team over eigen middelen die kunnen worden ingezet en is het team herkenbaar in de organisatie?
- Zijn de besturingssystemen zo ingericht dat zelfstandigheid en resultaatsverantwoordelijkheid ook gestimuleerd worden?
- Welke stimulansen om te groeien en te verbeteren zijn er en zou je nodig hebben? je uit zodat het de teamleden uitdaagt een bijdrage te leveren aan het groepsproces, maar ook mensen individueel prikkelt om zich verder te ontwikkelen?

Sociotechniek:

Kwaliteit van organisatie:

- Hoe bent u in staat de klanttevredenheid, productiviteit, procesbeheersing, flexibiliteit, innovatie en efficiency te beïnvloeden

Kwaliteit van de arbeid:

- Ervaart u voldoende betrokkenheid van medewerkers als gevolg van een zinvolle taak met invloed op de organisatie van het werk (regelcapaciteit, overlegmogelijkheden, leer- en ontplooiingsmogelijkheden en creativiteit)

Kwaliteit van arbeidsverhoudingen en onderling relaties:

- Wordt er onderling voldoende samengewerkt binnen de ziekenhuisorganisatie, het onderlinge vertrouwen en resultaatgerichtheid met openheid en wederzijds respect.

Bijlage 10: Verslagen interviews

Interview 1

Is teamtaak duidelijk?

S1; geen ideale situatie; onduidelijk wat van je verwacht wordt; levert zorg aan degene die tegenover je zit

Niet bezig met het grote geheel.

S2 werkt als een team met een bepaald doel. Dokter heeft nog wel veel andere taken/patiënten. Vaste overlegmomenten. Het is onduidelijk welk resultaat verwacht wordt als team ook niet. Dit zou wel mogelijk zijn.

S3 meer focus

Afhankelijkheid

S2 Taken vullen elkaar goed aan als het gaat om afhankelijkheid. Geen duidelijke scheidslijn in taken en respect t.a.v. elkaar kennis.

S3 nog meer samenwerking en verbondenheid.

Teamresultaat zichtbaar en snel beslissingen genomen

S2 ja een grote bijdrage aan het resultaat; korte lijnen; het is erg kwetsbaar 1 verpleegkundige 1 internist. Bij ziekte van verpleegkundige is opgevangen door internist. Het voelt niet kwetsbaar maar is het wel. Goede back-up in organisatie t.a.v. advies, hulp, overleg

S1 individueel lever je je bijdrage maar daar blijft het bij; heel kwetsbaar; weinig steun vanuit een team; geen structurele overleggen hierdoor zijn lijntjes langer en besluiten langer duren.

S3 beter georganiseerd; hoe meer protocollen en regels; hiermee worden de korte lijntjes ingewikkelder; dit zal wel even wennen zijn.

Mogelijkheden en bevoegdheden.

S2 nu voldoende mogelijkheden en bevoegdheden om de verantwoordelijkheden uit te voeren.

S1 lastiger langer moet wachten; je moet overleggen plannen

Afstemming met de omgeving

S2 gezamenlijke verantwoordelijkheid; niet vastgesteld wie welke rol heeft. HA <-> Internist

S1 ieder voor zich

S3 afspraken maken wie welke rol heeft. Goed nadenken hoe en wat je gaat communiceren. Meer bijscholing op maat

Flexibiliteit in werkverdeling

S2 ja die is er

S1 niet; ieder zijn taak en hoopt dat iedereen dit goed uitvoert

S3 uitwisselbaar; niet te strakke scheiding tussen de taken. Verwacht van niet ivm ervaren mensen. Bepaalde beslissingen moet door dokter genomen worden

Eigen middelen om herkenbaar neer te zetten

S2; is wel eens lastig; we doen het goed maar weinig mensen weten het. HA bezoeken worden gedaan; type 1 diabetes komen niet bij HA. Iedereen heeft webpagina; de vraag is wat het middel kan zijn. Goede zorg leveren is de beste PR

S1 moeilijker om zichtbaar te zijn; hier moet je voor vechten; blijft onderbelicht. Meer werken naar S2

S3 iets nieuws neerzetten; hier kan goede PR aan gekoppeld worden.

Stimulansen om te verbeteren en te groeien

S2 deze is sowieso aanwezig; patient tevredenheid is een hele belangrijke uitkomst hier zou ze graag meer mee naar buiten treden.

S1 weinig stimulans überhaupt nadrukkelijker prikkel nodig.

S3 door de nieuwe omgeving is er een enorme stimulans; het met elkaar gaan doen

Kwaliteit van organisatie

S2 toch wel veel invloed. Klein team dus veel invloed. Initiatief wordt gewaardeerd

S1 lastiger door het eilandjes idee; je moet meer mensen meenemen.

S3 je bent deel van groter team; wordt wat ingewikkelder.

Kwaliteit van arbeid

S2 ja die is er zeker in alle omvang

S1 het wordt wat eenzijdiger omdat je minder invloed hebt op hele proces.

S3 heel veel voldoening eruit kan halen; juist het werken in een team. Sommige zaken zijn ook wel ingewikkeld en dit vraagt wel wat flexibiliteit. Geen invloed op betrokkenheid; wel lastig, bedreigend

Kwaliteit van arbeidsverhoudingen

S2 ja er wordt voldoende samengewerkt; voldoende openheid respect

S1 minder samenwerking; beslissingen worden door dokters gedaan

Interview 2

Teamtaak

S1 aantal artsen zijn onvoldoende op de hoogte. Artsen nemen niet deel aan MDO en daarmee ook niet betrokken in behandeling. Mensen moeten geïnteresseerd zijn in diabetes om ze goed te behandelen hierdoor is de kwaliteit van zorg matig. Zijn moeilijk bereikbaar. Dokters zijn nog echt behandelaren; hierdoor DVK meer afwachtende houding; hierdoor ben je veel tijd kwijt aan afstemming. Als je mensen beter kent loopt het overleg makkelijker, wordt er beter geluisterd en je komt tot gezamenlijk beleid. Sommige artsen maar een paar keer gezien. Nu veel tijd kwijt aan afstemming administratie.

S2 je bent meer op de hoogte in de brede zin, artsen zijn meer betrokken is vaak een verbetering van de zorg ook meer op de hoogte van laatste ontwikkelingen. Ook fellows leveren een goede bijdrage en zorgen voor dynamiek.

S3 focus kleiner en krachtiger team. Meer gestructureerd werken met elkaar. Een kleine club van internisten (5/6), kleine club AIOS multidisciplinair. Dit geeft meer verdieping.

Bijvoorbeeld medicatie voorschrijven scheelt veel tijd.

Hoe onderling afhankelijk

S1 hele duidelijke taakverdeling; ieder doet zijn ding. Dit wordt bij technologie lastiger als afstemming echt nodig is. De kennis die uit de multidisciplinaire samenwerking komt is echt verrijkend.

S2 met vaste overleggen vul je elkaar veel meer aan in de behandeling. Als er wat speelt worden patiënten besproken.

S3 alle patiënten bespreken kan nog echt wat toevoegen. Meer routine zou prettig zijn

Omvang team

S2 goede bijdrage goed vindbaar vanuit de kliniek; diabeteszorg staat beter op de kaart.

S1 weet niet

S3 weg uit het grote geheel van ziekenhuisorganisatie. Geen idee welke plaats. ADC is een goede kans om in Amsterdam goede diabeteszorg neer te zetten.

Beslissingen

S2 nu heel traag

S3 kleiner centrum met duidelijker doel draagt bij aan snelheid besluiten

Team kwetsbaar

S2 nu kwetsbaar; volle spreekuren; lange wachttijden. Jaarcontroles lukt al moeilijk. Ook in de regio moeilijk zichtbaar. Management ontbreekt het aan visie. We willen alles uiteindelijk gebeurd er niets.

Voldoende bevoegdheden mogelijkheden

S3 afspraken makkelijker te maken. Zou het graag anders willen; dit kan ook. Duidelijker teamtaak, meer sturing. Regelmatig laten zien wat de voortgang is.

S2 afspraken maken is heel moeilijk door de grote club van betrokkenen. Veel overleg nodig agenda hiervoor zijn vol. Bevoegdheden worden niet gepakt; team is afwachtend; kan veel doortastender. Mogelijkheid genoeg. Een hele brede visie iedereen gaat zijn eigen kant op. Er kan veel maar er moet wel wat gedaan worden. Er zijn veel mensen die ergens verantwoordelijk voor zijn en het gevoel dat er niets gebeurd.

Afstemming

S2 teamleider verantwoordelijk voor de afstemming. Mensen voelen zich zelf niet verantwoordelijk voelt.

S1 meer individueel

S3 er is een manager nodig om vast te stellen hoe het loopt. Bijvoorbeeld tav protocollen

Stimulansen

S2 meer inzicht in de zorg en procedures. Loopt met EPIC vast door beperkingen in rechten van plannen patiënten. Minder afhankelijk zijn. Zelf de lijnen uitzetten en de regie voeren. Inhoudelijke uitdagingen stimuleren enorm. Meer kennis hebben van andere disciplines en niet alleen je eigen. Dit geldt ook voor artsen om van elkaar te weten hoe een diabetesverpleegkundige werkt. Refereeravonden prikkelen.

Kwaliteit van organisatie

S2 ervaart (gevoelig) nu weinig invloed. Er is variatie in hoe collega-verpleegkundigen het doen. De een kiest om patiënten buiten spreekuren om te zien de ander doet dan juist projecten. Wordt niet uitgedaagd; EPIC-problemen worden niet opgelost.

S3 meer verantwoordelijkheid en handvatten om zaken op te lossen. De lijntjes zijn lang naar ondersteuning. Dit kan in focuskliniek enorme oplossing als de ondersteuning zichtbaar aanwezig is. Je bent hierdoor zelf effectiever.

Kwaliteit van arbeid

S2 veel verschil met aantal maanden geleden door te kort aan verpleegkundigen. Alleen de hoogste prioriteiten werden gedaan. Hoe meer mensen hoe meer meningen; moeite om tot 1 beleid te komen. Hier heel voorzichtig; het is nu allemaal erg aan de veilige kant.

Kwaliteit van arbeidsverhoudingen

S1,2 veel medewerkers waarvan je niet weet wat ze doen; hierdoor wel eens moeilijk om respect voor hen te hebben. Iedereen werkt hard en is toegewijd. Hierdoor een ver van je bed show. Binnen team wel oké.

S3 meer vanuit 1 visie werken. Als je elkaar goed kent is er voldoende respect.

Interview 3

Teamtaak

S1 niet echt een team => zorg gaat beter als je patiënten kent

S2 iedereen weet goed wat zijn taak is. Makkelijk om op 1 lijn te zitten. Logistiek en ondersteuning wordt al beter maar kost tijd.

S3 ondersteuning en ICT is specifiek diabetes. Dit is de winst. Ook ga je uitkomsten bespreken; hier is tot op heden niet echt over nagedacht. Wat de patient belangrijk vindt is pas sinds kort belangrijk. Wat patient wilde was wel bekend; dit blijkt toch echt niet zo te zijn. Dit is niet afhankelijk van setting 2 of 3. Wel is in s2 moeilijker om dit voor alle patiënten te implementeren.

Afhankelijkheid

S1 Vraagt zich af of dit wel kan met de kennis die nodig is om diabeteszorg te leveren.

S2 Heel erg afhankelijk van diabetesverpleegkundige omdat ze meer tijd hebben. Ook goed op de hoogte van technologie en psychosociaal. Niet alle internisten zijn van alles goed op de hoogte en moeten het in korte tijd doen. De diëtist kan dingen doen die meerwaarde heeft voor patient.

S3 uitkomsten delen gaat wel inzichten geven in hoe je verder kunt met een patient.

Gewicht is nu hoog; er zijn wel programma's maar komt nog niet verder.

Omvang team herkenbare bijdrage

S2 Het lukt niet om alle diabetes dokters aan 1 tafel te krijgen bij MDO er zijn nu 5-6 internisten. Beslissingen in behandeling heel snel; bij meerdere besluiten moet het met anderen kortgesloten worden. Het kost nu heel veel moeite om iets voor elkaar te krijgen.

Bijvoorbeeld ICT

S3 in dedicated organisatie gaat dit beter. Omdat management ook meer betrokken zijn.

Deze moeten ook andere taken doen en andere zorgen

Taken en bevoegdheden

S2 onderling afgesproken wie wat doet. Dit werkt goed. Als er nu dingen anders moeten is het in je kleine team snel te regelen. Uitbreiding formatie is lastig. Er zijn geen criteria voor diabetesverpleegkundige en deze zitten niet in de kostprijs. Je moet met een goed verhaal komen ivm bezuinigingen. Onduidelijk wat de mogelijkheden zijn en wat de getallen zijn. Is nu pleitbezorger en management beslist.

S3 verwacht dat dit niet anders; hoop dat je meer van de kosten weet. Verwacht dat dit gevoel wel in dit scenario er is.

Afstemming omgeving

S1 nu duidelijke lijnen omdat binnen de organisatie. Er moet een probleem eigenaar zijn, in dit scenario zijn dit te veel model. Dit model is OLVG west nog van toepassing. Collega's moeten op de hoogte zijn in dienst etc. Dit werkt heel moeilijk

S2 collega's in dienst en moeten op de hoogte zijn. De kans bestaat dat er nieuwe insulines zijn en dat dit niet bij iedereen bekend. Echte diabetesteam is niet heel groot.

S3 dedicated dokters hier kan veel van elkaar geleerd worden. Overleg is winstpunt. Er zijn hier mogelijkheden om AIOS anders in te zetten.

Flexibiliteit

S1 je kunt sneller ergens anders terecht.

S2 is nog wel eens lastig spreken zijn nu helemaal vol. Diabetesverpleegkundige kan wel veel taken overnemen. Hierdoor kan er geschoven worden; en dit kost veel energie.

S3 Zorg vernieuwen geeft tijd om spreekuur 80% vol te hebben en niet helemaal vol. En daarmee patienten naar de DVK ipv de internist. Niet voor iedere patient. Gezien de behandeling/ techniek kan afweging gemaakt worden. Ook wat de patient zelf wil.

Eigen middelen tbv herkenbaar

S1 nauwelijks

S2 hier moet je je best voor doen; nu gaat dit ook goed door de manier waarop. Dit verschilt wel binnen de club internisten er wordt goede zorg geleverd maar of dit buiten OLVG bekend is is onduidelijk.

S3 duidelijk dat mensen met diabetes ernaartoe moeten. Investeren in relaties en herkenbaarheid. Gespecialiseerde zorg wordt ingewikkeld en is daarmee ook risico.

Stimuleren

S2 een goede organisatie voor mezelf; patiënten en anderen. Logistiek is gedoe. Houd van vernieuwing, verandering en moet reuring zijn. Als hier de gelegenheid voor is. Verbetering logistiek, research, technologie. Dit kan allemaal net beter. Het model is nu dat internist bepaald of patient komt dit moet anders kunnen. Probeert zich voor te stellen hoe het zal zijn als patient en zoals het nu is, is het verschrikkelijk.

Nieuwe technologie uitproberen en toe te passen en erin trainen. Er moet weinig routine op ruggermerg. Je moet nu ver van voren aangeven dat je er niet bent, dit beperkt nu erg en is niet leuk.

Kwaliteit van organisatie

S2 afspraken maken hoe dingen moeten gebeuren. Met elkaar bepalen wat er beter moet; dit lukt vaak wel. Toegangstijden is vervelend maar misschien ook een luxeprobleem het wordt niet groter. Innovatie wordt gedragen met elkaar. Als team kijkt men wie wat gaat doen en iedereen levert zijn aandeel.

Kwaliteit van arbeid

Voor het diabetes team best wel wat doen. Voor collega internisten is dit wel eens lastig ook met EPD zaken wel eens lastig om voldoende prioriteit te krijgen. Wel invloed op.

Kwaliteit van arbeidsverhoudingen

Ieder zijn eigen agenda. Het is nu allemaal nog leuk. Je moet straks je houden aan dingen die afgesproken zijn. Openheid en vertrouwen is nog niet op de proef gesteld is.

Interview 4

Eigen organisatie bevindt zich tussen 1 en 2

2 internisten diabetes daaromheen groep internisten die diabetes behandelen plus AIOS

Teamtaak

S2 Duidelijk wat er van hem verwacht wordt t.a.v. zorg en opleiding. Betrokken bij het management; vanuit de internisten ook een unitvoorzitter. Zelf regelmatig overleg met poli leiding. Moeilijk om taken te combineren als dokter en management. Management weet in huidige vorm niet altijd wat er gedaan wordt op de poli.

S3 heeft nog geen beeld hoe ADC ingericht moet worden. Heeft nog onvoldoende beeld hoe AIOS daar moeten werken. Ook onduidelijk wie welke taken gaat overnemen van de mensen die naar het ADC gaan. EPD heeft een belangrijke rol en hier zal tijd voor gemaakt moeten worden.

Afhankelijkheid;

S2 Diabetesverpleegkundige heeft een belangrijke rol; degene met de meeste contact met de patiënten en de dagelijkse dingen op gaat lossen. Neemt een grote rol tav de keuzes tav medicatie/ technologie. De rol van internisten is meer op afstand. Wel een duidelijke scheiding tussen welke patiënten bij wie internist. Dit is in protocollen vastgelegd.

Verpleegkundigen hebben meer tijd om te focussen (niet zozeer verschuiving maar uitbreiding taken). DA wordt in toenemende mate betrokken om te ondersteunen met telefoon. Diëtist heeft een eigen rol. AIOS zien de mensen weer vaker voor eigen leerproces.

S3 meer afspreken wie welke patient gaat zien. Teleconsulten, chatfuncties gaan komen. Vraagt zich af wat de toegevoegde waarde is van een spreekuur van een internist. Je bent beschikbaar maar geen vol spreekuur. Voordeel van een nieuw centrum is dat je met een schone lei. En in huidige organisatie nog wel last van paarse krokodillen. Logistiek voordeel te halen als een EPD goed is ingericht hier minder afhankelijk van planning/ administratie.

Voldoende mogelijkheden en bevoegdheden?

S2 Denkt het wel; goed afgesproken met elkaar. Diabetesverpleegkundigen kunnen zelf recepten schrijven. Verschil in verpleegkundige functies wel zelfde bevoegdheden. Hierdoor problemen in EPIC met toegang. Bevoegdheden in EPIC kan beter; meer overleg, nu wordt centraal bedacht met grote consequenties op de werkplek. Dit geeft ergernis. Voldoende middelen beschikbaar. Andere locatie heeft wel problemen met medewerkers.

S3 minder overhead (goedkoper), meer zicht op financiële middelen en zelf hier wat van overhouden. Hier kun je leuke mee doen voor patiënten zoals nascholingen, IT.

Afstemming omgeving.

S2 goede samenwerking met de huisartsen. Transmuraal consultatie mogelijkheid. Hiermee kunnen veel patiënten in 1^e lijn blijven. Voetenpoli was veel vraag naar; door onderlinge afstemming gedoe.

S3 nadeel van groot centrum is dat niet alle disciplines aanwezig zijn voor de multidisciplinaire zorg. Zoals voetenpoli, kliniek. Wat nu goed loopt ook kunnen bewaren. Samenwerking met de academie is wel groot voordeel; protocollen research, vernieuwing.

Eigen middelen en is het team zichtbaar?

S2 nu geen eigen middelen. Als onderdeel van interne geneeskunde voldoende zichtbaar.

S3 mensen die niet betrokken zijn wordt wat meer ver van hun bed show. En daarmee bijvoorbeeld patiënten op SEH komen wel inzicht moet zijn binnen OLVG.

EPD-inrichting speelt hierbij een belangrijke rol.

Besturingssysteem

S2 nu weinig gevoel mee. Gemiddelde uitkomsten van kwaliteit van zorg zegt weinig. Nu weinig aan patiënttevredenheid. Ook kosten is lastig. Meer feedback krijgen hoe je het doet.

S3 dit zou in centrum juist een voordeel kunnen zijn.

Stimulansen

S2 meer communicatie over beheer programma's etc. De logistieke ondersteuning in breedste zin van het woord. Eigen EPD portal zou heel erg helpen om met patiënten te ondersteunen

S3 door zelfde belang en kortere lijnen wellicht makkelijker. Nieuwe patiëntengroep of technologie.

Kwaliteit van organisatie

S2 tekort aan tijd; afhankelijk van allerlei andere mensen. Gebrek aan kennis.

Wordt er voldoende onderling samengewerkt?

S2 ja het loopt wel, kan altijd beter; er glippen wel eens patiënten door heen. Deze groep patiënten is een andere doelgroep en andere motivatie.

Het vangnet beter organiseren zodat mensen niet tussen wal en schip vallen. Onderling vertrouwen en wederzijds respect verloopt prima.

S3 ziet geen veranderingen als er naar ander centrum wordt gewerkt. Wel mogelijk bij de achterblijvers want die moeten andere taken gaan doen.

Interview 5

Teamtaak

de patient centraal staat hier bouw je de rest om heen.

Scenario 1 komt veel ruis bij kijken; geen vaste structuren; je moet mensen opzoeken.

Internisten zetten zich algemeen in en je bent daarom langer met de patient bezig. Paar artsen die dedicated diabetes doen. Ze staan klaar als het nodig is.

Scenario 3 kort schakelen en de patient voelt zich gehoord omdat deze het middelpunt is. De club is kleiner en je kent elkaar goed.

Onderlinge taken

Scenario 3 goed werkend EPD staat; gelijkwaardig en gezamenlijk naar bijscholing en waar je vanuit eigen expertise gekeken kan worden

Scenario 1 medicatie starten recept eruit halen. Nu moet de arts gezocht worden en het recept overhandigd worden. De arts is afhankelijk van de kennis van de diabetesverpleegkundige.

Omvang van het team.

Scenario 1 mensen weten dat de diabetesverpleegkundige er is maar de verpleegafdeling weet niet wat er op de poli gebeurt. Welke zorgvraag kan ik neerleggen. Komt omdat ze met 2 petten in het ziekenhuis lopen er is onderscheid in diabetesverpleegkundige kliniek en polikliniek. Het zou helpen als het team groter is.

Scenario 2,3 lijnen naar de artsen zijn korter. Er wordt sneller aan elkaar gedacht.

Beslissingen

Scenario 1 organisatorische beslissingen worden niet snel genoeg genomen. De poli structuur is ingewikkeld. Aangestuurd door internist. Hierdoor moeilijk te bepalen bij wie je moet zijn. Inhoudelijk is het goed geregeld; iedereen is goed te vinden.

Bevoegdheden en mogelijkheden

Scenario 1 voldoende bevoegdheden onvoldoende mogelijkheden. EPD-mogelijkheden worden niet optimaal gebruikt.

Scenario 2 mogelijkheden worden beter alleen niet heel veel in uren.

Afstemming omgeving.

Scenario 1 iedereen is verantwoordelijk; geen senior o.i.d. Zelf doet ze nu vaak haar dingen.

Als team besluiten ze waar ze wat mee moeten. Er is een wekelijks overleg tussen DVK.

Scenario 2,3 zal niet direct anders zijn; er is altijd een trekker die taken naar zich toetrekt.

Flexibiliteit

Scenario 1 er is nu voldoende flexibiliteit; er is nu een collega uitgevallen voor 32 uren.

Iedereen is bereid om te kijken wat de mogelijkheden zijn. Naar artsen ook flexibel genoeg; er is voldoende ruimte om nieuwe zaken op te zetten zoals carrousel. Dit zijn ingewikkelde uitdagingen. Dit is de cultuur.

Scenario 3 als je uit je vertrouwde omgeving gaat kan het veel positieve zaken opleveren.

Middelen tbv herkenbaarheid

S1 op dit moment niet; de uitgevallen collega kan niet vervangen worden. Ondersteuning vanuit DA is minimaal en is zo gegroeid. Scholingen en bijblijven hebben ze ook moet inleveren; hier is minder tijd en geld voor.

Resultaat verantwoordelijk?

S1 de systemen ondersteunen niet om zelf actie te ondernemen tav administratie. Nu 1x per jaar DBC dag voor de rest geen idee.

S2,3 het zal moeten veranderen; omdat je gezamenlijk verantwoordelijk bent voor wat er in en uit gaat.

Stimulansen;

S2,3 meer bijscholingen niet alleen punten halen maar gezamenlijk. Tijd vrij plannen om echt ergens voor te gaan zitten. Andere best practices gebruiken in je eigen praktijken. Zelf onderzoek opstarten; wat zien we bij deze groepen patiënten (bijvoorbeeld op technologie). Het jaargesprek echt goed vormgeven gaat ook een eis worden. Individueel; gezien worden door de leiding en de waardering hiervoor krijgen.

Kwaliteit

S1 zoveel mogelijk in contact blijven met de behandelaar; door afspraken te plannen wanneer patient bij arts komt. Contacten voorbereiden. Patiënten zijn heel blij als de verpleegkundige en arts op 1 lijn zitten. Dit was voor het EPD nog wel eens het geval. Zelfde informatie; poli goed voorbereid. Veel wisselende artsen. Weinig mogelijkheden t.a.v. innovatie; dit zijn kleine dingetjes.

S2,3 kun je elkaar makkelijker vinden en mogelijk gezamenlijk spreekuur doen. Al moet er altijd ruimte zijn om onderwerpen apart te bespreken. Zelfde betrokkenheid vanuit inhoud. Met een kleiner team ben je meer betrokken omdat je invloed kunt hebben op eindproduct. Mensen met dezelfde drive om zaken op poten te zetten. Bijvoorbeeld op onderzoek.

Kwaliteit van arbeid

S1 voldoende betrokkenheid tgv zinvolle taak. Er kan meer zijn; als de betrokkenheid nodig is dan kan deze gecreëerd worden.

Kwaliteit van arbeidsverhoudingen

S1 voldoende respect en vertrouwen in elkaar. Resultaatgerichtheid financieel goed draaiende poli is onvoldoende inhoudelijk is ruim voldoende. Bereidheid om zaken met elkaar te delen. Het zal nog wel lastig zijn om te bepalen wat het zegt.

Interview 6

Teamtaak

S2 voor iedereen wel duidelijk wat de verwachtingen zijn. En ook de resultaten wel duidelijk. Proberen continu te verbeteren. In het behandelteam is er van elke discipline 1 (DVK, DIE, INT)

S1 geen eigen patiënten geen probleem eigenaar door wisselingen. Productie gedreven en zo efficiënt mogelijk werken. Geen mogelijkheden om patiënten extra service te bieden.

S3 focus is voordeel voor patient. Mogelijk wel meer protocollen hierdoor als zorgverlener minder ruimte voor eigen inbreng.

Resultaat is heel helder. Hier verwacht ze veel van het waardeteam

Afhankelijk

S2 door afwezigheid verpleegkundige moest internist bij springen. Dit was heel praktisch en leerzaam door dat ze nu goed weet welke taken een ander doet. Gezamenlijke consulten dit kan in S3 lastiger worden

S1 heterogene zorg; mensen weten van elkaar niet wat ze doen/ eilandjes

S3 inwisselbaar MDO en taken => het is groter dus ingewikkelder afstemmen.

Teamtaak

S2 nu onvoldoende naar buiten toe. Binnen eigen organisatie is het oké. Niet letterlijk zichtbaar. Aantal diabetes type 1 patiënten enorm toegenomen. Hiervan is onvoldoende bekend bij huisartsen. Patiënten weten via internist JvG goed te vinden en zo groeit de populatie.

S1 als je geen geheel bent kun je ook niet als geheel naar buiten treden.

S3 helder duidelijk product/ team met 1 doel. Door de focus makkelijker naar buiten te brengen.

Beslissingen

S2 Nu heel snel; sportconsult/ videoconsult snel uitgewerkt. Al ontbreekt hierdoor nog wel eens in bijvoorbeeld communicatie.

S1 gezamenlijke plannen zullen weinig naar voren komen.

Kwetsbaarheid

S2 kwetsbaar door beperkte volume (voldoet straks niet aan de eisen). 24/7 bereikbaarheid is lastig.

S1 communicatieprobleem, continuïteit is lastig te beiden.

S3 focus is de kracht en de pitfall.

Bevoegdheden en mogelijkheden

S2 mist nu een collega om mee te overleggen, inspireren dit is nu te mager.

S1 voldoet niet aan eisen door ontbreken MDO

S3 heel sterk

Omgeving afstemming

S2 zelf verantwoordelijk voor afstemming; communicatie aanspreekpunt.

S1 geen aanspreekpunt

S3 er is een team taken moeten verdeeld worden

Flexibiliteit

S2 Ja is nu voldoende.

S1 veel druk op de ketel. Iedereen doet zijn ding. Je bent zelf wel heel flexibel.

S3 zelf wat minder flexibel door het team; je wordt eerder gemist

Middelen

S2 communicatie nieuwsbrief naar huisartsen.

S1 gezamenlijk is lastig; individuen geven het door.

S3 Makkelijk naar buiten

Stimulansen

Nascholing, onderling overleg, onderzoek => inhoudelijke uitdaging.

S3 de stimulansen zijn essentieel om het uitdagend te houden.

Kwaliteit van organisatie

S2 efficiëntie kan goed. Maandag avondpoli goed de mogelijkheid om met patiënt intensiteit af te stemmen. Voldoende gevoel dat je invloed uitoefent

S3 meer afstemmen

S1 ieder voor zich

Kwaliteit van arbeid

Veel ruimte voor creativiteit, ontplooiing kan beter omdat het te klein is; voldoende bijstelmogelijkheden.

S3 minder regelcapaciteit veel mogelijkheden. Creativiteit waken voor eenheidsworst.

Kwaliteit arbeidsverhoudingen

S2 oprecht en open. Resultaten delen ruimte voor feedback.

S1 weinig feedback; je ziet wel veel van elkaar; echter is dit vaak te laat om er iets mee te kunnen doen

S3 Wederzijds respect is goed; formuleren wat je belangrijk vind. Het gaat om meerdere uitkomst maten. Basis is behandeldoelen.

Interview 7

Teamtaak, flexibiliteit

Niet echt een beeld bij heeft hier zelf wel globaal idee over.

S1 Diensten worden ingevuld door alle secties. Algemeen interne geneeskunde is er wel. Aandacht verdelen over veel dingen. Een goede dokter wordt door tijdgebrek slechte dokter. Hiermee grootgebracht en opgeleid. Wordt door veel collega's ervaren als een ideaalmodel. In alliantie is dit ingewikkeld ding door de secties aan de andere kant. Functie ziekenhuis is aangepast; opleiden en alle zorg hier doen.

S2 opleider voor de sectie vasculaire geneeskunde. Je weet zelf wat je moet doen en bepaal je zelf wat er moet gebeuren. Afdelingshoofd bemoeit zich er niet heel erg mee.

Bijvoorbeeld geen gesprek over zwaartepunten. Voorbeeld PI status; komt ineens voorbij geen duidelijke afspraken over gemaakt wat de verwachtingen zijn. Jaargesprekken worden wel gevoerd; lukt onvoldoende om deze verwachtingen uit te spreken. Keuzes worden nu gemaakt uit eigen invulling. Krijgt en neemt de ruimte mist de sturing.

S3 Doelgericht werken vergroot de lol in werk. Moeite om keuze te maken voor diabetes ivm vele andere petten. Afspraken om meer resultaat gericht te werken voelt wel goed.

Grootte van het team

S1 grote inspanning om goed draaiende te houden. Veel taken moeten met elkaar in de lucht gehouden worden.

S2 ook binnen de secties

S3 zelfstandige afbakening van het geen waar je je mee bezig moeten houden. Hoe meer op 1 taak toeleggen hoe zichtbaarder je wordt. Meer taakgericht werken en minder afgeleid.

Besluiten nemen

Diabetes behandeling is vliegreuen maken, diabetes is complexer dan algemeen wordt gezien. Bepaalde patronen ga je herkennen hoe langer je het doet. Dit ondersteund focus.

Organisatie is ingewikkeld veel eilandjes zoals bijv doktersassistenten. Gevaar met de focus in de zorg is dat het teveel wordt opgeknapt. Zoals bijvoorbeeld eerste hulp, diabetescentrum, ouderengeneeskunde, gender etc

Stimulansen

S1,2 mis nu de aansturing om mensen verantwoordelijk te maken. Dit helpt ook naar de buitenwacht om zaken voor elkaar te krijgen. Hierdoor kan onduidelijkheid ontstaan en soms niet zien van de tijd die besteed moet worden. Focus in de functie kan heel erg helpen. Mist de focus in de alliantie om keuzes te maken. Het is dan bijzonder dat diabetes vanuit interne geneeskunde gekozen kan worden maar dat een oogheelkunde kan zeggen doen we niet aan mee, kindergeneeskunde de deur uit gaat. Het zou helpen als het duidelijker gemaakt kan worden wat de keuzes en dat dit organisatie breed gevoerd kan worden.

S3 alle zorg onder 1 dak, een sterke band met het ziekenhuis kan een grote toegevoegde waarde. Dit vanwege klinische taken en innovatie kunnen blijven invoeren.

Kwaliteit van organisatie

S2 Ingewikkeld; er is geen stuurinformatie (financieel, patiënten, kwaliteit). Frustrerend dat dit niet boven tafel te krijgen is. Nu vaak hap snap. Niet een onderdeel van de werkcyclus. Logistiek is het nu ingewikkeld dit komt ook terug van patiënten. Nu weinig tijd aan te besteden; hierdoor vaak adhoc. Ook de impact van EPIC is groter dan van te voren bedacht; (er zijn meer mensen nodig dan je denkt). Inrichting EPIC is ook te ingewikkeld naar AMC model; hierdoor moeilijk te vinden.

S3 behoefte om meer invloed te hebben. Groot voordeel als de grotere betrokkenheid van de staf mensen. Zoals financiën, ICT hierdoor doen dokters taken waarvoor ze niet opgeleid zijn.

Kwaliteit arbeidsverhoudingen

Niet gelukkig met hoe het nu gaat. Voldoende manier gevonden dat we gezamenlijk voor de uitdaging staan. Meer frequente besprekingen, beleidsdag. Dit lijkt nog onvoldoende door de aanstaande verandering en sommigen ervaren dit als bedreigender. Er zijn nog veel onzekerheden en dit maakt het een echte uitdaging. Opgeleid in S1. Hoort graag wat specifiekere rol van hem verwacht wordt.

Interview 8

Teamtaak

S1 zeer ongelukkig; hecht veel waarde aan vaste patiëntencontacten (eigen patiënten) Elkaars zorgen over kunnen nemen vraagt veel werkafspraken, bevoegdheden en dit vraagt weer veel afstemming. Iedere keer opnieuw patiëntencontact opstarten.

S2 Er zijn nu goede afspraken in patiëntenraden. Er zijn vaste overleggen MDO, werkoverleggen. Geeft naast afstemming ook verdieping.

S3 Voordeel is dat dokters echt alleen met diabetes bezig zijn en laten dit nu vaak over aan DVK.

Afstemming

S1 veel inspanning om goed af te stemmen met de omgeving

S2 duidelijk aanspreekpunt voor iedere (eigen zorgverlener)

S3 het moet hetzelfde aanbod hebben als dat hier ook is geregeld.

Herkenbare bijdrage

S2 Kunnen goede bijdrage leveren; diabetespoli heeft een eigen smoel. Onderling afstemming is goed. Bijvoorbeeld website maken is nu veel gedoe of software installeren dan zijn andere afdelingen nodig en dan is er veel gedoe nodig om het voor elkaar te krijgen.

S3 snelste beslissingen genomen kunnen worden iedereen denkt hetzelfde. Met ondersteunende afdelingen is het makkelijk voor elkaar te krijgen. Kortere lijntjes. Ook qua scholingen makkelijker informatie op te halen.

Mogelijkheden en bevoegdheden.

S1 ingewikkeld om behandeling aan te passen omdat je patiënten niet goed kent.

S2 sneller over op andere mogelijkheden omdat je behandelaar en patient kent.

S3 supergespecialiseerd artsen; die goed op de hoogte zijn. Ondersteuning is meer ingericht op diabetes.

Flexibiliteit

S1 de mensen zijn betrokken en mensen kunnen taken van elkaar overnemen.

S2 lukt voldoende; er is mogelijkheid om wat te differentiëren (groepen technologie, zwangere).

S3 niet echt andere zaken/ verwachtingen. Het zal een inspanning vragen om werkwijzen op elkaar af te stemmen. Mogelijkheid om van elkaar te leren.

Zijn er eigen middelen om in te zetten t.b.v. herkenbaarheid

S2 middelen zijn beschikbaar, klinische lessen, stukjes op intranet zetten, landelijk goed op de kaart zetten. OLVG levert goede zorg; maar dit wordt niet actief naar buiten gebracht.

S3 media kan uitgenodigd worden om zichtbaarheid te vergroten voor huisartsen/ landelijk.

Stimulansen

S1 ontbreekt feedback patiënten.

S2 feedback van patiënten. Goed lopende poli; mogelijkheden om consult op maat te bieden voor patiënten. Goed bereikbaar. Prettige atmosfeer; gastvrouw. Uitje met elkaar eten.

Kwaliteit van organisatie

S1 geen grip op; je steeds andere patiënten.

S2 eigen patiënten; hier moet flexibiliteit in zijn. Stem van patient mag groter. Dit is nu niet altijd mogelijk. Mogelijkheid om spreekuren ook buiten kantoortijden aan te bieden 's avonds of weekend.

Kwaliteit van arbeid

S1 motivatie is minder omdat de contacten oppervlakkiger zijn en je daarmee ook niet kunt experimenteren. Wordt onzeker kent het niet goed; moet zich inlezen; hierdoor betrokkenheid minder.

S2 mogelijkheid om te overboeken is lastig zou dit graag zelf doen. DVK wordt niet ondersteund in spreekuurdraaien. Betrokkenheid is groter, komt nu op voor patiënten omdat je de patient goed kent. Kwetsbaarheid was groot en daarmee was het niet te doen. Dit was lastig maar kon niet anders. Er moeten maatjes zijn om te sparren/ overleggen

Kwaliteit van arbeidsverhoudingen

S1 minder vertrouwen respect; komt vanuit het idee dat je patiënten niet kent en daarom wat meer onzeker. Kan zich erg aan onkunde storen van collega's

S3 klikt misschien helemaal niet dit is wel een spannend ding. Gezamenlijk gevoel zal moeten groeien.

Interview 9

Teamtaak

S1 Dit is duidelijk en voor dokters aantrekkelijk omdat deze graag op meerdere vlakken werken en inhoudelijk willen differentiëren itt verpleegkundigen

S2 Veel minder duidelijk omdat er per sectie gedacht wordt het gaat heel erg om hokjes denken per sectie. Ook worden hiermee taken verdeeld zodat iedereen alles eens doet

S3 Ja die is duidelijk in dit model kan de verpleegkundige veel taken overnemen gevaar is kookboekgeneeskunde en de toevoeging van academische graad (overzien van diagnoses)

Kwaliteit van organisatie

S1 Meer hokjes en minder het gevoel hier iets mee te kunnen.

S2 Minder betrokkenheid omdat inspanning niet altijd leidt tot een verbetering en de benefits zijn voor hele organisatie

S3 Hier is de dokter in staat om invloed uit te oefenen

Flexibiliteit om werkverdeling niet in de weg te staan

S1 Die is hier groot dokters kunnen makkelijk taken uitwisselen

S2 Wordt hier heel lastig omdat iedereen bezig is in zijn eigen subspecialisatie. Tijdens diensten o.i.d. worden taken overgenomen en dit geeft veel gedoe.

S3 Taken zijn goed uitgewerkt en daarmee wel uitwisselbaar

Welke stimulansen zijn ervoor groei en verbetering

S1 Die zijn er weinig wat er verdiend wordt gaat in de grote pot, managers model bezig met eigen doelen behalen

S2 In dit model is iedereen meer gericht op zijn eigen gewin

S3 Infrastructuur moet beschikbaar zijn om onderzoek te doen doelen zijn meer breed gedeeld

Kwaliteit van arbeidsrelaties

S1 Nee hier is veel argwaan en gewenst gedrag

S3 In dit geval zeker uitkomsten delen en is er geen mogelijkheid besluiten te nemen die niet voor het team bekend zijn