

Lean Thinking en Menslievende zorg:
naar een efficiënter en moreler
ziekenhuis?

Joris Hoogbergen

Lean Thinking en Menslievende zorg: naar een efficiënter en moreler ziekenhuis?

Studie naar goed werk bij de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth ziekenhuis in Tilburg.

Masterscriptie

Master Maatschappelijk Besturen

J.T.H. Hoogbergen

Anr 326317

J.T.H.Hoogbergen@uvt.nl

Scriptiebegeleider: Drs. M. Jansen

2^e lezer: Dr. T.A.P. Metze

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Opbouw van het stuk	7
2. Het Good Work Project	8
2.1 Wat is goed werk?	8
2.2 De professional	11
2.3 De intrinsieke motivatie van de professional	12
2.4 Voorwaarden voor goed werk	13
2.5 Organisatie- versus beroepscode	15
2.6 De lerende gemeenschap in relatie tot goed werk	17
2.7 Management versus Beroepstrots	20
2.8 De dynamiek van institutioneel goed werk	23
2.9 Conclusie en toepassing theoretisch kader.....	26
3. Onderzoekscontext	28
3.1 Historische ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland	28
3.2 Ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	30
3.3 Maatschappelijke relevantie	32
3.4 Wetenschappelijke relevantie	33

4. Probleemstelling, methoden en technieken	34
4.1 Afbakening en keuze casus	34
4.2 Zijn Lean en Menslievende zorg verenigbaar?	39
4.3 Probleemstelling	43
4.4 Uitwerking methoden	45
5. Verenigbaarheid van de concepten Lean Thinking en Menslievende zorg	49
5.1 Lean Thinking.....	49
5.2 De gevolgen van Lean Thinking	54
5.3 Menslievende zorg	55
5.4 Lean Thinking en Menslievende zorg in relatie tot goed werk.....	59
5.5 De verenigbaarheid van de programma's Lean en Menslievende zorg.....	61
6. De implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg in het	
 Sint Elisabeth Ziekenhuis	64
6.1 Organisatiestructuur.....	64
6.2 De rol van de Raad van Bestuur bij de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg	66
6.3 De rol van de professionals bij de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg	70
6.4 De reactie van de patiënten bij op Lean Thinking en Menslievende zorg	73
6.5 Conclusie.....	75

7. Samenvatting en Conclusie	76
7.1 Suggesties voor vervolgonderzoek	76
7.2 Reflectie op het Good Work Project als onderzoekstheorie.....	77
7.3 Samenvatting en conclusie.....	77
Bronnen	81

1 Inleiding

1.1. Aanleiding

In de zorgsector speelt marktwerking een steeds belangrijkere rol (WRR, 2004). Marktwerking treft ook ziekenhuizen. Zij hebben immers te maken met concurrentie en afhankelijkheid van zorgverzekeraars. Deze factoren leiden tot een andere inrichting van de ziekenhuiszorg. In de jaren 90 was er sprake van een trend naar commercialisering (Maarse, 2004: 98). Het debat over het marktdenken in ziekenhuizen - vooral op ideologische gronden gevoerd – krijgt steeds meer aandacht (Buitenhuis, 2010).

Voormalig Minister Ab Klink gaf in maart 2010 in Het Parool aan dat een taboe op marktwerking in de zorg 50 miljoen euro kost (Het Parool, 2 maart 2010). Ook in diverse interviews op de televisie toonde Klink zich een voorstander van marktwerking in de zorg (Buitenhof, 25 november 2007). Hij vindt het immers van belang dat de patiënt zelf een goede keuze maakt naar welk ziekenhuis hij voor een bepaalde behandeling wil gaan. Het Parool van 2 maart 2010 berichtte dat de Partij van de Arbeid geen voorstander is van marktwerking in de zorg.

In het huidige regeerakkoord van het kabinet Rutte staat vermeld dat de kwaliteit van de zorg nog beter kan en dat de kosten van gezondheidszorg moeten worden beheerst (Rijksoverheid, 2010: 17). Hier liggen uitdagingen die ook op de ziekenhuiszorg van toepassing zijn. Daarnaast wil het kabinet winstuitkeringen in de zorg mogelijk gaan maken (Rijksoverheid, 2010: 18).

Op grond van de 'Lean Healthcare filosofie' probeert het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg de beschikbare capaciteit optimaal te benutten. Deze filosofie is afkomstig uit de auto-industrie, dus ontstaan in een organisatie die zich richt op het behalen van winst. Lean betekent dat werkprocessen binnen een organisatie zo efficiënt mogelijk dienen te verlopen en dat verspilling geëlimineerd wordt uit de werkprocessen (Lohman & Van Os, 2009).

Parallel aan het marktdenken in de zorg is er tegelijkertijd sprake van een ontwikkeling van steeds mondiger patiënten die vragen om goede zorg. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis probeert hier invulling aan te geven door de opzet van de zogenaamde 'lief-campagne'. In deze campagne stelt het ziekenhuis zich tot doel het 'liefste' ziekenhuis van Nederland te worden. Op de website van de lief-campagne staan verhalen van patiënten die in de persoonlijke omgang niet goed behandeld zijn. Zo vermeldt een vrouwelijke patiënt dat het personeel haar avondeten vergat en zij geacht werd zelf wc-papier te gaan halen, terwijl ze amper kon lopen (Elisabeth Foundation, 2010).

Concurrentie in het ziekenhuiswezen moet leiden tot een betere kwaliteit van de zorg. De vraag is in hoeverre een zieke zich in deze nieuwe structuur nog als patiënt behandeld voelt, en niet als een klant. Patiënten, lijkt het wel, dienen zich steeds meer als klanten te zien: "marktwerking en concurrentie in de zorg zijn hiervoor noodzakelijk" (Raad Volksgezondheid en Zorg, 2003: 5). De klant moet koning worden,

ook in de zorg (Raad Volksgezondheid en Zorg, 2003: 9). De patiënt-als-klant roept de basale vraag op hoe deze er nu in de praktijk uitziet. Het maakt natuurlijk nogal een verschil of je lichamelijk iets mankeert (in welke vorm dan ook) of dat je bijvoorbeeld een artikel bij een winkel koopt.

Hierboven heb ik geschetst dat een ziekenhuis zowel efficiënter als moreler dient te werken. Van belang is na te gaan volgens welke theoretische uitgangspunten een ziekenhuis dat probeert te bereiken en op welke manier, waarnaar ik explorerend onderzoek heb gedaan. Het onderzoek richt zich op de manier waarop het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg tracht efficiënter en moreler werken in de organisatie te implementeren. Het Good Work Project van Gardner et. al. maakt deel uit van het theoretische kader. Hier is voor gekozen, omdat het in de zorg van belang is dat men goed werk levert. De onderzoekers van het Good Work Project hebben onderzoek gedaan naar de vraag wat goed werk nu daadwerkelijk is.

1.2 Opbouw van de scriptie

De scriptie bestaat globaal uit drie delen. In het eerste deel wordt in hoofdstuk 2 het Theoretisch kader beschreven. In hoofdstuk 3 de context van het onderzoeksobject met een schets van de historische ontwikkeling van de ziekenhuiszorg aangevuld met de relevantie van het onderzoek. Via een beschrijving van de centrale casus richt mijn onderzoek zich op de hoofdvraag en de deelvragen van het onderzoek, uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Het centrale gedeelte van het onderzoek bestaat uit een beschrijving van de concepten Lean en Menslievende zorg, waarbij de vraag of deze programma's te verenigen zijn centraal staat (hoofdstuk 5). Dit hoofdstuk wordt gevolgd door een hoofdstuk waarin de casus – de implementatie van de programma's in het Sint Elisabeth Ziekenhuis - verder aan de orde komt (hoofdstuk 6). Ten slotte volgen aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de conclusie van het onderzoek (hoofdstuk 7).

2 Het theoretisch kader

In de aanleiding is al even aangehaald dat het kabinet Rutte de kwaliteit van de zorg wil verhogen en de kosten wil verlagen. Verbeteren van de kwaliteit van het werk draagt bij aan hogere kwaliteit van de zorg. Hiervoor dient eerst vastgesteld te worden wat er onder kwaliteit van werk, dus het verrichten van goed werk verstaan wordt. Gardner, Csikszentmihalyi en Damon beschrijven wat goed werk is aan de hand van het Good Work Project dat zij uitgevoerd hebben.

Binnen het theoretisch kader is het Good Work Project de rode draad. In de eerste paragraaf zet ik uiteen wat goed werk is. Vervolgens is er aandacht voor de professional. Wat is een professional en waar haalt hij zijn motivatie uit? De motivatie werk ik uit in de paragraaf over de intrinsieke motivatie. In paragraaf 2.4 komen de voorwaarden van goed werk aan de orde. Daarbij spelen de beroeps- en organisatiecode een belangrijke rol, dit is uitgewerkt in paragraaf 2.5. De lerende gemeenschap is een manier van werken die het Sint Elisabeth Ziekenhuis toepast bij het programma Menslievende zorg. In paragraaf 2.6 schets ik de theoretische achtergrond van de lerende gemeenschap en koppel ik deze aan goed werk.

De relatie tussen het management en de professional is een belangrijk aspect binnen een organisatie. Deze relatie kan goed werk ondersteunen of juist tegenwerken. In paragraaf 2.7 is aandacht voor de verhouding tussen management en professional. In paragraaf 2.8 concretiseer ik de theorie van het Good Work Project naar de situatie binnen één organisatie. In de laatste paragraaf is aandacht voor de belangrijkste aspecten van het theoretisch kader en leg ik uit hoe het theoretisch kader wordt toegepast in de rest van de scriptie.

2.1 Wat is goed werk?

Op de website van het Good Work Project staat: “society needs professionals who care about good work”. Dit geldt zeker voor de zorg, het kan in deze sector van levensbelang zijn dat de professional goed werk levert en hier waarde aan hecht. Gardner et. al. hebben door middel van langdurig onderzoek gekeken naar aspecten die goed werk mogelijk maken. Zij hebben vanaf 1995 onderzoek gedaan naar Good Work, oftewel goed werk. Om een goed beeld te krijgen van wat goed werk nu precies is, hebben zij grootschalig onderzoek gedaan. Tussen 1996 en 2006 hebben zij meer dan 1200 interviews gehouden met professionals uit verschillende organisaties (Website Good Work Project).

In het Project hebben Gardner et. al. gemerkt dat “de meeste werkenden graag ‘ goed werk’ doen: ze zijn er trots op iets te doen wat belangrijk is, dat een maatschappelijk nut dient, dat de levens van anderen verbetert en dat op een ethische manier uitgevoerd wordt” (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 51).

Het DNA van goed werk

Uit de analyse van goed werk die Gardner et. al. maken, blijkt dat drie criteria een rol spelen:

“1) het is technisch excellent

2) voor degene die het uitvoert is het betekenisvol, men kan er zijn/haar betrokkenheid in kwijt (engagement)

3) het wordt op een ethisch verantwoorde manier uitgevoerd”
(Gardner et. al. in Jansen et. al. 2009b: 51).

Goed werk is dus excellent, ethisch en geëngageerd. In het Engels is dat Excellence, Ethical en Engagement. Deze drie E's vormen het DNA van goed werk.

Excellent werk wil zeggen werk dat technisch goed is. Gardner (2010) omschrijft dit als “the worker knows his stuff, is highly skilled, and keeps up with the latest knowledge and techniques” (Gardner, 2010: 5). Dit betekent dat de professional een goede opleiding nodig heeft, gekwalificeerd is en moeite doet om zijn kennis actueel te houden.

Engagement in goed werk komt naar voren in werk dat goed voelt, boeiend is voor de werknemer en een bepaalde flow creëert bij de professional (Gardner, 2010: 5). Csikszentmihalyi (1990) beschrijft de karakteristieke dimensies van flow. Hieronder vallen onder andere duidelijke doelen, directe feedback, evenwicht in taakeisen en een gevoel van controle. Bij flow lijkt de tijd sneller te verlopen en medewerkers hebben het gevoel te groeien. Flow laat zich omschrijven als een goed gevoel van de medewerker bij het werk dat hij of zij uitvoert.

Het ethische aspect van goed werk uit zich in werk dat verantwoordelijk is en een groter goed dient, zelfs als dit tegen het belang van de individuele werker ingaat (Gardner, 2010: 5). Het gaat bij het ethische aspect ook om de persoonlijke voldoening of de betekenis van het werk (Nakamura in Gardner, 2010: 110).

“Werkenden zouden ernaar moeten streven om aan alle drie de E's te voldoen” (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 51). Als de professional aan alle drie de E's voldoet, levert hij goed werk. Gardner noemt dit ook wel het ENA (Gardner, 2010: 5). Bij goed werk zijn alle drie de E's aanwezig. De drie E's staan niet los van elkaar. Bij technisch excellent werk komt ook ethiek en betrokkenheid kijken. Als een arts weigert om een operatietechniek uit te voeren die ervoor zorgt dat de patiënt eerder richting huis kan gaan, is dit niet alleen een gebrek aan technisch excellent werk. De arts mist ook de betrokkenheid om voor deze patiënt de beste behandeling te kiezen en zo kan er sprake zijn van ethisch onverantwoord

handelen. Immers, het gebruiken van een verkeerde of verouderde operatietechniek kan leiden tot een langer herstel en een slechter eindresultaat van de behandeling. Het technische en het morele aspect van goed werk zijn dus niet van elkaar te scheiden. In het morele aspect om de patiënt zo snel en zo goed mogelijk te helpen, zit efficiëntie. Het streven naar efficiëntie maakt zo bezien ook deel uit van technisch excellente werkzaamheden. Om dit te bewerkstelligen is betrokkenheid van de professionals noodzakelijk.

Nakamura beschrijft het DNA van goed werk iets uitgebreider. Zij wijst daarbij op het belang dat goed werk goed voelt en dat de werker geniet van zijn werk. Dit betekent dat ook subjectieve aannames van professionals van belang zijn bij goed werk (Nakamura in Gardner, 2010: 109).

Gardner et. al. geven aan dat goed werk helaas niet vanzelfsprekend is. Verschillende factoren kunnen de oorzaak zijn dat professionals het minder nauw nemen met de uitvoering van hun werk. Een simpele reden daarvan is het feit dat iemand niet alleen zijn werk doet, maar ook daar buiten – in zijn privéleven – een bepaalde rol vervult. Dit kan ten koste gaan van de zorgvuldigheid van de werkzaamheden. Ook maatschappelijke factoren kunnen van invloed zijn, zoals het streven de kosten laag te houden. Deze zaken kunnen ervoor zorgen dat er geen goed werk geleverd wordt (Gardner et. al. in Jansen et. al. 2009b: 52-53). Het streven om de kosten laag te houden, kan ervoor zorgen dat een arts of een verpleegkundige minder tijd kan besteden aan een patiënt. In het onderzoek dat Solomon et. al. in het kader van het Good Work Project hebben verricht, komt naar voren dat artsen (in de Verenigde Staten) klagen over de korte tijd voor bezoeken aan patiënten. Hierdoor krijgen zij niet de mogelijkheid de patiënt te leren kennen en op deze manier ontbreekt persoonlijke kennis en persoonlijke connectie. Dit is een vitaal onderdeel als het gaat om de kwaliteit van de zorg (Solomon et. al., 2000: 10). Goed werk is dus altijd een uitdaging “die ethische betrokkenheid en vakbekwaamheid vraagt van elke individuele werkende” (Gardner et. al., in Jansen, 2009b: 52).

“Goed werk afleveren is moeilijker dan adequaat of gecompromitteerd werk doen” (Gardner et. al., in Jansen et. al., 2009b: 59). Het is makkelijker het hoognodige te doen dan om uit te blinken in het vak dat je uitoefent.

Gardner et. al. hebben zich de vraag gesteld wat goed werk bevordert. Hier beperk ik me tot de professional, in de volgende paragrafen worden andere actoren die van invloed zijn op goed werk besproken. De professional zelf levert goed werk op basis van de volgende factoren:

- “1) Wat hij zelf meebrengt: genetische kenmerken, jeugdervaringen, waarden die hij geleerd heeft.
- 2) Eisen van de baan zelf: de arts moet voor zijn patiënt zorgen.
- 3) Institutionele en interpersoonlijke relaties die een individu aan zijn/haar baan binden.

4) De beloning, het respect en de kansen die hij van de maatschappij in het algemeen krijgt”

(Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 60).

Denk bij de eerste factor aan de opleiding van de professional. Bij de institutionele relaties gaat het om de verhouding tussen de professional en zijn leidinggevend. Deze aspecten worden in de volgende paragrafen verder uitgewerkt.

2.2 De professional

Het is de professional die het werk levert en daarom is het noodzakelijk te schetsen wat er verstaan wordt onder een professional in het ziekenhuiswezen. De professional dient goed werk dient te leveren binnen een organisatie.

Professionals in de zorg hebben direct contact met de patiënten. Voor het begrip professional hanteer ik de wat ruimere definitie van Jansen, Van den Brink en Kole (2009). Zij merken op dat het woord ‘professional’ is uitgebreid naar nieuwe beroepsgroepen en niet meer alleen een gereserveerd begrip van hoogopgeleide beoefenaars is. “Tegenwoordig noemen ook verpleegsters, politieagenten en andere werkenden in de (semi)publieke sector zich professional” (Jansen et. al., 2009b: 17).

Tonkens beschrijft de professional aan de hand van de eisen die aan hem gesteld worden. De professional is immers verantwoordelijk voor het aanbieden van verantwoorde zorg, dat wil zeggen het bieden van bescherming aan burgers met een zwakkere positie (Tonkens, 2002: 96). Hij dient tevens te beschikken over voldoende medisch-technische kennis en hij moet zich kunnen verantwoorden tegenover niet-medici (Tonkens, 2002: 96).

In het Good Work Project is onderzoek gedaan naar artsen en artsen in opleiding. In dit onderzoek worden ook verpleegkundigen betrokken bij het Good Work Project. Als een ziekenhuis moreel en efficiënter dient te werken, is niet enkel de professionaliteit van de artsen van belang. Ook verpleegkundigen spelen hier een belangrijke rol. Zij hebben immers veel direct contact met patiënten. Gardner et. al. geven zelf aan dat zij uiteindelijk ook “onderzoek willen doen naar minder prestigieuze beroepen” (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 49). Gelet op de definities van Jansen et. al. en Tonkens worden in dit onderzoek zowel artsen als verpleegkundigen als professional beschouwd.

Wanrooy (2003) stelt dat de professionals van huis uit onzeker zijn. De verklaring hiervan zoekt hij in het volgende: “Ze hebben al vroeg geleerd dat ze alleen meetellen als ze een prestatie leveren” (Wanrooy, 2003: 2). Hier komt de motivatie uit voort dat de professional wil blijven presteren in het werk dat hij doet.

Wat Wanrooy hier aansnijdt sluit aan bij de intrinsieke motivatie van de professional die streeft naar het zichzelf blijven verbeteren.

2.3 De intrinsieke motivatie van de professional

De intrinsieke motivatie van de professional is een belangrijk aspect in de werkzaamheden die de professional uitvoert. Het is de drijfveer van de professional. In deze paragraaf zet ik het begrip intrinsieke motivatie uiteen. De intrinsieke motivatie is van belang bij het DNA van goed werk. De motivatie die vanuit de professional zelf komt zorgt er immers voor dat hij betrokken, excellent en ethisch verantwoord werk kan verrichten. Aan de hand van onderzoek van Deci, doctor in de psychologie aan de Universiteit van Rochester die 40 jaar lang onderzoek heeft gedaan naar menselijke motivatie, en Vinke die een proefschrift over intrinsieke motivatie heeft geschreven, definieer ik het begrip intrinsieke motivatie.

Deci (1975) maakt een onderscheid tussen intrinsieke motivatie, die vanuit de mens zelf komt en extrinsieke motivatie, die ontstaat door factoren buiten de persoon in kwestie om. Denk hierbij aan zaken als een beloning of een compliment van iemand anders. Vinke stelt dat het bij de intrinsieke motivatie gaat om een persoon die zichzelf beloont, zonder tussenkomst van anderen (Vinke, 1996: 26). Hier komt de motivatie voort uit het wezen van de persoon. Als er sprake is van een beloning die slechts tot stand komt door inbreng van buitenaf, en de activiteit een middel vormt voor een ander doel, spreken we van extrinsieke motivatie (Vinke, 1996: 26).

Deci beschrijft activiteiten die voortkomen uit intrinsieke motivatie als volgt: "Intrinsically motivated activities are ones for which there is no apparent reward except the activity itself. People seem to engage in the activities for their own sake and not because they lead to an extrinsic reward" (Deci, 1975: 23). De professional vindt zijn intrinsieke motivatie dus in zichzelf. Het werk dat hij uitvoert is wat hem drijft. Bij de intrinsieke motivatie gaat het niet om externe factoren. Intrinsieke motivatie is altijd aanwezig, het is een primaire motivatie van gedrag (Deci, 1975: 100). Deci beschrijft de 'beloning' die bij intrinsieke motivatie een rol speelt als "the internal state which is brought about by the behavior" (Deci, 1975: 101). Iemand zoekt altijd naar manieren om zichzelf competent te voelen en zelfbeslissend te zijn. Het werk goed willen doen geldt als motivatie. De motivatie van de professional komt voort uit het werk zelf. Zichzelf blijven verbeteren past hier ook in. Deci stelt dat intrinsieke motivatie altijd aanwezig is, tenzij het wordt onderbroken door een emotie of primaire drijfveer, als honger of dorst.

Deci beschrijft ook de relatie tussen extrinsieke en intrinsieke motivatie. Hij komt tot de conclusie dat deze twee elkaar niet aanvullen (Deci, 1975: 158). Extrinsieke beloningen verlagen intrinsieke motivatie in veel gevallen. Wel is het zo dat positieve feedback bij mannen intrinsieke motivatie stimuleert (Deci, 1975: 158).

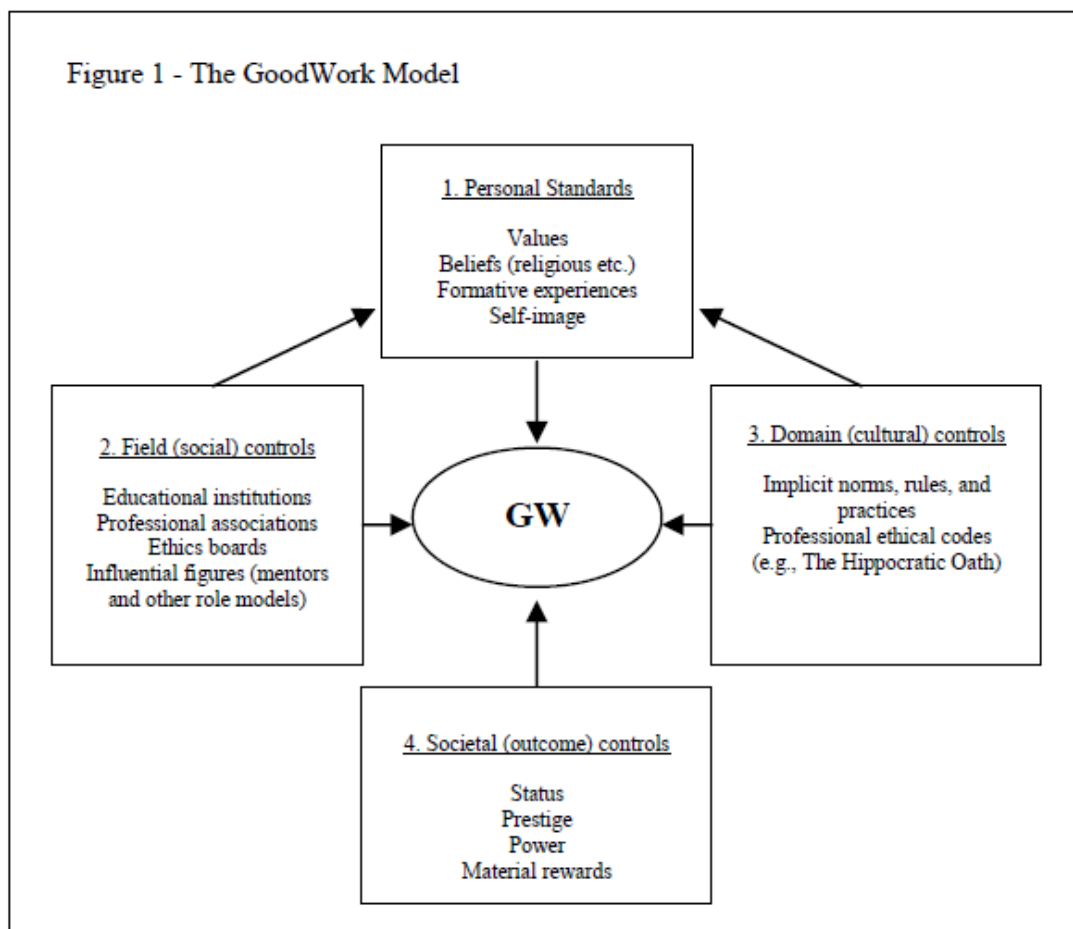
Vinke stelt dat de bewering van Deci dat intrinsieke en extrinsieke motivatie elkaar niet versterken leidt tot onwrikbare opvattingen en standpunten (Vinke, 1996: 216). In mijn onderzoek is de relatie tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie niet van wezenlijk belang. Beide auteurs onderschrijven namelijk wel dat er een verschil bestaat tussen de intrinsieke en extrinsieke motivatie, dat is hier wel van belang omdat het duiding geeft aan het begrip intrinsieke motivatie. Vinke beschrijft verder dat flow (als door Csikszentmihalyi beschreven) voortkomt uit de interne motivatie. Flow speelt een rol bij de betrokkenheid (Engagement) van de professional. De betrokkenheid van de professional hangt dus samen met zijn intrinsieke motivatie.

Een professional laat zich leiden door beroepstros en beroepseer. Beroepstrots wil zeggen dat de professional in het openbaar uitkomt, of trots is op de eigen prestatie of de prestatie van diegenen waarmee hij zich verbonden voelt (Jansen et. al., 2009b: 15). Beroepseer is “meer van toepassing als de professional hoge eisen aan zijn eigen doen en laten stelt, om in de ogen van zichzelf en anderen iets voor te stellen. Eer is in tegenstelling tot trots een ingespannen streven.” (Jansen et. al. 2009b: 15). Dit hangt sterk samen met de intrinsieke motivatie van professionals. “Je wilt er zelf voor zorgen dat je de moeite waard bent en blijft in de ogen van jezelf en van anderen” (Jansen et. al., 2009b: 16).

2.4 Voorwaarden goed werk

Terug naar het Good Work Project. Goed werk is mogelijk als de volgende voorwaarden gelden voor het werk: “duidelijke criteria over wat goed gedrag is, bekrachtigd door de beroepsgroep, verinnerlijkt in het zelfbeeld van de leden en niet tegengewerkt door externe krachten als marktwerking, politiek of sociale krachten” (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 48). Als aan deze vier voorwaarden voldaan is, is goed werk mogelijk. Indien dit niet het geval is wordt het lastig voor de professional om goed werk te leveren. In dat geval slaat het om naar wat Gardner et. al. beschrijven als ‘gecompromitteerd werk.’

Deze voorwaarden hangen samen met de belangrijkste elementen van goed werk. Dat zijn: culturele controle in een domein (de beroepscultuur), de sociale controle (beroepsverenigingen), persoonlijke maatstaven (waarden, zelfbeeld, geloof) en opbrengstcontrole (dit houdt in het effect van externe krachten op iemands werk door middel van controle in een opgesteld plan of maatschappelijke controle) (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 61-62). Goed werk zal pas plaatsvinden als deze vier ‘krachten’ goed op elkaar zijn afgestemd. Daarbij is van belang dat bijvoorbeeld beroepsriteria en het gedrag van collega’s met elkaar sporen. Als dat niet het geval is, ontstaat het gevaar van verwarring over de werkzaamheden. Schematisch ziet dat er als volgt uit:



Figuur 1. Uit: Gardner, 2010: 169

Bovenaan in het schema staan de persoonlijke standaarden van de professional genoemd (1). Hieronder vallen naast waarden en geloof, ook zaken als betrokkenheid en intrinsieke motivatie. Onder de Field Controls (2) (of sociale controle) vallen instituties en figuren die bijdragen aan het opleiden, trainen, bij elkaar brengen, werk bieden en het ondersteunen van professionals (James in Gardner 2010: 170). Bij de sociale controle gaat het om de instituties die invloed uitoefenen op goed werk. De Domain (cultural) controls (3) (of culturele controle) zijn de beroeps cultuur en de impliciete regels, normen en toepassingen die bij een vak horen. In dit schema vallen ook de professionele ethische codes onder de culturele controle. Dit zijn de normen die artsen en verpleegkundigen uit hun opleiding meekrijgen. Het verschil tussen de sociale en culturele controle zit in het feit dat het bij de sociale controle gaat om de instituties die invloed uitoefenen op goed werk, bij de culturele controle gaat het om culturele normen en waarden die uit de professional zelf voortkomen. De Societal of outcome controls (4) (of opbrengstcontrole) zijn factoren als aanzien, status, macht maar ook de beoordeling door middel van een vooropgesteld plan of maatschappelijke controle. Maatschappelijke controle vertaalt zich in de publieke opinie over de ziekenhuiszorg, de manier waarop de buitenwereld tegen het werk van professionals in het

ziekenhuiswezen aankijkt.

Alle vier de controles beïnvloeden goed werk. De sociale controle en culturele controle beïnvloeden naast goed werk ook de persoonlijke standaarden van de professional. De culturele normen en regels van de organisatie- en de beroepsethiek van artsen en verpleegkundigen hebben dus invloed op de houding van de professional. Dit is de verhouding tussen organisatie ethiek en de professionele ethiek, hetgeen uitgewerkt wordt in de volgende paragraaf. De opbrengstcontrole heeft in dit schema geen directe invloed op de persoonlijke maatstaven van de professional, wel op goed werk.

Gardner et. al. geloven dat “in de meeste gevallen werkenden waarschijnlijk geen ‘goed werk’ doen, tenzij ze de tijd en de mogelijkheid hebben om na te denken over hun doelstelling en vast te stellen of ze dichterbij hun doel komen” (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 73).

2.5 Organisatie- versus beroepscode

Hieronder beschrijf ik de beroepscode van artsen en verpleegkundigen. De beroepscode van artsen en verpleegkundigen zijn onderdeel van de culturele controle op goed werk (zie figuur 1). Van belang hierbij is, om daarbij rekening te houden met het feit dat niet alle verpleegkundigen lid zijn van de beroepsorganisatie. Arts is een vrij beroep, dat betekent dat artsen verplicht lid zijn van de beroepsorganisatie (MKB Servicedesk, 2010). De beroepsverenigingen stellen de beroepscode op, de leden hebben hierop inspraak. In de praktijk is het vaak zo dat mensen zich helemaal niet zo sterk met de beroepscode verbonden voelen (Interview Jos Kole, 29-11-2010). Vaak weten veel beroepsuitoefenaars helemaal niet wat er in hun beroepscode staat. Beroepscode is niet gelijk te stellen met de beroepsethiek. “De code is een abstracte versie van beroepsethiek” (Interview Jos Kole, 29-11-2010).

Dit wil niet zeggen dat de beroepscode geen enkel belang dient. Het is immers een code die de beroepsgroep zelf opgesteld heeft. Als er door het management van een organisatie dingen bedacht worden, die strijdig zijn met de code, zou het zo moeten zijn dat de professional hier wat van zegt. Als het goed is, wil een professional die lid is van zijn beroepsvereniging werken volgens de richtlijnen van de beroepscode (Interview Jos Kole, 29-11-2010). Hij is dan loyaal aan zijn beroepsgroep en de beroepsmoraal ervan. Gezamenlijk met andere vaklieden heeft de professional de code opgesteld, hij is er zelf mede-eigenaar van (Interview Jos Kole, 29-11-2010).

De culturele controle op goed werk uit zich in duidelijke criteria die zijn opgesteld door de medische beroepsvereniging. Op deze manier geeft een beroepscode duiding aan goed werk: hetgeen in de beroepscode vermeld staat is namelijk een afspiegeling van wat de leden onder goed werk verstaan.

Waar het om gaat, als we het hebben over de beroepscode in relatie tot door het management opgelegde programma's, zijn verschillende loyaliteiten. Enerzijds is er middels de beroepscode de ethische loyaliteit aan vakgenoten, anderzijds bestaat er door middel van (opgelegde) organisatiecodes een loyaliteit aan de werkgever (Interview Jos Kole, 29-11-2010).

Menslievende zorg is organisatie-ethiek. De organisatie-ethiek valt te plaatsen onder de sociale controle op goed werk. Het spanningsveld tussen beroeps- en organisatiecode, is het veld tussen de sociale en culturele controle op goed werk. Het gaat hier immers om de manier waarop het Sint Elisabeth Ziekenhuis wil dat medewerkers met patiënten omgaan. De professionals in het Sint Elisabeth Ziekenhuis hebben de mogelijkheid hier middels deelname aan lerende gemeenschappen zelf over mee te denken. Op deze manier worden zij mede-eigenaar gemaakt van de organisatie-ethiek.

Artsen

Ten Have en Van Leeuwen beschrijven beroepsethiek als "de bezinning op het door beoefenaars van een bepaald beroep gemeenschappelijk aanvaard complex van waarden en normen" (Ten Have, Ter Meulen & Van Leeuwen, 2006: 28). De ideale arts dient een deugdzaam mens te zijn. Daarmee bedoelen zij persoonlijke eigenschappen als "eerlijkheid, trouw, moed, en beleid, die respect afdwingen" (Ten Have, Ter Meulen & Van Leeuwen, 2006: 28). Deze eigenschappen zijn van belang. Daarom worden artsen tijdens hun opleiding niet alleen getoetst op kennis maar ook op hun omgang en bejegening van patiënten en collega's (Ten Have, Ter Meulen & Van Leeuwen, 2006: 29).

De beroepsorganisatie heeft een aantal voorwaarden geformuleerd waar een arts aan dient te voldoen. Een arts moet ernaar streven een goed mens te zijn en zo een goede arts te worden. Verder stelt de beroepsorganisatie een aantal ethische eisen: Kennis is de eerste ethische eis, als tweede dient een arts zich tegenover patiënten en publiek waardig te gedragen en als derde eis geldt dat een arts zijn zieken altijd volledige toewijding moet geven (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1959; 32-34, 39). Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen schetsen een historisch overzicht van de medische ethiek. Zij beschrijven een verschuiving van hun beroepsethiek door artsen zelf ontwikkeld naar een ethiek waarbij de patiënt belangrijker is geworden.

Verpleegkundigen

In de beroepscode voor verpleegkundigen staan een aantal richtlijnen over de wijze waarop een verpleegkundige zijn of haar werkzaamheden zou moeten uitvoeren. Een aantal interessante punten daaruit zijn:

- De verpleegkundige behandelt de zorgvrager met respect en verleent zorg ongeacht de waarden, normen, levensbeschouwing en gewoontes van de zorgvrager.

- De verpleegkundige neemt initiatieven en ondersteunt activiteiten ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep.
- De verpleegkundige gaat geen intieme of persoonlijke relatie met de zorgvrager aan. (CNV & ABVAKABO FNV, 2007: 5-7).

Deze punten heb ik om de volgende reden willen vermelden: de aansluiting bij het programma Menslievende zorg. In hoofdstuk 5 kom ik hier in het kader van Menslievende zorg op terug.

2.6 De lerende gemeenschap in relatie tot goed werk

De lerende gemeenschap is een manier van werken die het Sint Elisabeth Ziekenhuis toepast als het gaat om werken met Menslievende zorg. De idee van de lerende gemeenschap is gebaseerd op de community of practice, die hier aan de orde komt.

Community of practice

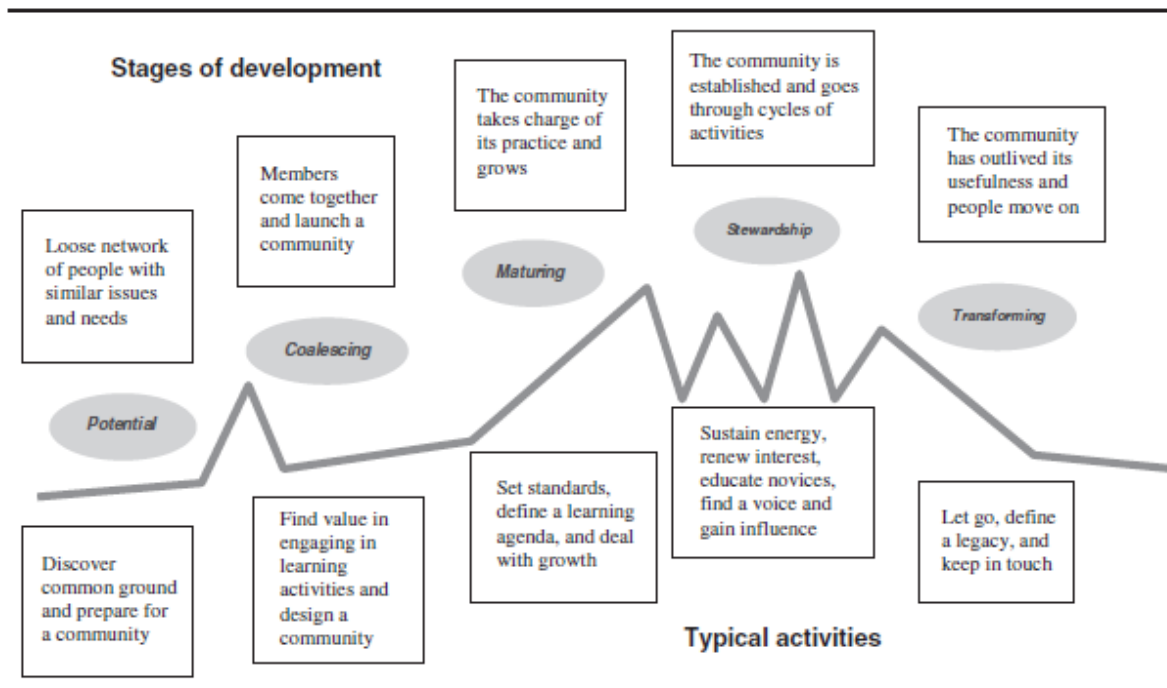
Büthker beschrijft het uitwisselen van kennis als de kernactiviteit van een lerende gemeenschap (Büthker in van Wageningen et. al., 2005: 12). Furlong en Johnson beschrijven de community of practice als “a social practice paradigm of work-based learning that facilitates organizational competitiveness” (Furlong & Johnson, 2003: 102). Volgens hen draagt een lerende gemeenschap bij aan kennismanagement binnen een organisatie. Daar gaat het dus om het vergroten en verspreiden van de kennis binnen een organisatie. Hoewel het doel in het Sint Elisabeth Ziekenhuis niet is om competitiviteit te stimuleren, is het verspreiden en vergroten van kennis onder medewerkers wel degelijk het belangrijkste doel van de lerende gemeenschappen. Wenger en Eckert (2005) geven aan dat de idee van de lerende gemeenschap voortkomt uit een theorie van leren. In deze theorie van leren is het uitgangspunt van belang dat de mens een sociaal wezen is, dat leert uit interactie met anderen. Community of practice is een verschijnsel dat overal terug te vinden is. In familieverbanden, in hobby's, in het werk dat mensen uitvoeren (Wenger, 1998: 6). Hier richt ik me op de communities of practice zoals deze voorkomen in organisaties. Steeds meer organisaties maken gebruik van communities of practice omdat dit nieuwe mogelijkheden biedt om mensen met elkaar te verbinden, kennis te verspreiden binnen een organisatie en nieuwe mogelijkheden te creëren (Wenger et. al., 2002: 4).

Walmoes (2002) geeft aan dat er sprake is van een community of practice “wanneer de mensen een gemeenschappelijke praktijk beoefenen, en wanneer er een coördinator is die de uitwisselingen stimuleert en dus het netwerk managet” (Walmoes, 2002: 40). Dit is exact wat er in de lerende gemeenschappen van het Sint Elisabeth Ziekenhuis gebeurt. De gemeenschappelijke praktijk zit in het feit dat alle deelnemers aan de lerende gemeenschappen van Menslievende zorg een zorgtaak uitvoeren

binnen het ziekenhuis, onderzoekers van de Universiteit van Tilburg begeleiden of managen de lerende gemeenschappen.

Wenger en Eckert (2005) geven aan dat de community of practice bijdraagt aan het vergroten van tacit knowledge in een organisatie. Het bezitten van tacit knowledge is “een wezenskenmerk van de professional dat zich lastig laat ontleden” (De Bruijn, 2008: 11). Tacit knowledge is lastig te expliciteren kennis en kunde van een professional. Daartegenover staat het gevaar tot zelfgenoegzaamheid binnen een community of practice, waardoor er een duidelijk verschil ontstaat tussen de medewerkers die wel deel uitmaken van de lerende gemeenschap en degenen die daar geen deel van uitmaken (Wenger & Eckert, 2005: 111).

In onderstaand schema zijn de stappen in de ontwikkeling van een lerende gemeenschap in een organisatie weergegeven.



Figuur 2 Uit Janson & Howard, 2004: 169.

Het schema visualiseert de stappen die een community of practice of een lerende gemeenschap doormaakt. De eerste stap is het potentieel. Hier ontstaat een netwerk met mensen binnen een organisatie die dezelfde problemen en behoeften ervaren. In het Sint Elisabeth zijn dit de medewerkers die vrijwillig deelnemen aan de lerende gemeenschappen. Vervolgens komen deze mensen bij elkaar en starten een gemeenschap, stap twee. Zij stellen standaarden en leerdoelen op en de lerende gemeenschap groeit (stap drie). De gemeenschap groeit en gaat door de cyclus van activiteiten die de deelnemers willen behandelen (stap vier). Uiteindelijk is het nut van de gemeenschap voorbij en gaan

mensen verder (stap vijf). Voor het programma Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis is het van belang dat voordat de financiering van het programma in 2014 stopt, de resultaten uit de lerende gemeenschappen voldoende invloed hebben op de manier van werken. Dus dat de resultaten uit de lerende gemeenschappen nuttig zijn voor de organisatie en een plek vinden in de manier waarop men binnen het ziekenhuis werkt.

De lerende gemeenschap bezien vanuit goed werk

Het voordeel daarbij is dat de professionals vrijwillig deelnemen aan de lerende gemeenschappen. Hier worden geen dwangmechanismen toegepast. Engagement zit in de lerende gemeenschappen, geldt dit ook voor de andere twee E's van het DNA van het goed werk?

Het werk moet ethisch verantwoord zijn, dus aan de normen en waarden van de professional voldoen. Bij de lerende gemeenschappen is het doel te onderzoeken op welke manier Menslievende zorg ingepast kan worden in de dagelijkse werkzaamheden. Door middel van dialoog zoeken de artsen en verpleegkundigen naar een oplossing.

Technisch excellent werk houdt in dat een professional weet wat hij doet en dat hij zich blijft verbeteren. In de lerende gemeenschap heeft de professional de mogelijkheid zich te blijven verbeteren en zijn kennis te delen met anderen.

Gardner et. al. stellen dat professionals alleen goed werk leveren als zij hun doelen kunnen formuleren en de mogelijkheid hebben na te denken over het bereiken van die doelstelling (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 73). Hierbij is het van belang dat professionals in het Sint Elisabeth Ziekenhuis overtuigd raken van het nut van Menslievende zorg en dit ook tot nastrevenswaardig vinden. Als zij daarvan niet overtuigd raken, bemoeilijkt die houding het verlenen van zorg die binnen de kaders van Menslievende zorg past.

De lerende gemeenschap is een setting waarin over de doelen van het werk nagedacht kan worden. Het is een subtiel bestuursproces. Daarmee bedoel ik dat door lerende gemeenschappen op te zetten, professionals zelf aan de slag gaan. Op deze manier is betrokkenheid gewaarborgd en het mogelijk veranderingen in de organisatie door te voeren. Bij de focusgroepen van Lean Thinking die het Sint Elisabeth Ziekenhuis toepast wordt op eenzelfde manier gewerkt als binnen de lerende gemeenschappen Menslievende zorg.

2.7 Management versus beroepstrots

De relatie tussen het management en de professional is van belang. De professional hecht vanuit zijn intrinsieke motivatie namelijk aan autonomie op de werkvloer. Daartegenover staat dat managers meerdere belangen dienen dan een specialist of een verpleegkundige in een ziekenhuis (Interview Jos Kole, 29-11-2010). Zij hebben namelijk niet de verantwoordelijkheid voor een hele organisatie en kijken vaak niet verder dan hun eigen afdeling. De relatie tussen management en professional wordt extra relevant vanwege het feit dat het kabinet Rutte voornemens is de positie van de Raad van Bestuur ten opzichte van de professional te versterken. Naar verwachting zal de invloed van het management op de werkzaamheden toenemen.

Een marktgerichte organisatie is gericht op efficiëntie. Het gaat erom zoveel mogelijk binnen een bepaalde tijd 'te produceren'. Een ziekenhuis is een maatschappelijke onderneming (zie hoofdstuk 3). Dit kan voor problemen zorgen tussen medisch specialisten enerzijds en managers anderzijds die wat meer geneigd zijn naar cijfers te kijken. Uit een artikel uit De Volkskrant over beroepstrots blijkt dat professionals in de zorg steeds meer verwachten van hun leidinggevendenden bijvoorbeeld dat zij verstand hebben van de praktijk waarmee de professionals op de werkvloer aan de slag gaan. Professionals willen niet langer aangestuurd worden door managers of bestuursleden die van elders komen en die vooral kijken naar protocollen, formats, richtlijnen en regels (Jansen et. al., 2009a). Dit ervaren zij als een miskennis van de beroepseer van de professional. Verpleeghuisarts Norbert Kemp geeft aan dat we vast zitten in een regelcultuur: "Het stelsel zou dienend moeten zijn aan de mensheid, maar zo langzamerhand zijn de mensen dienend aan het stelsel" (Jansen et. al., 2009b: 107). Artsen vinden hun motivering door het respect en de kansen die zij krijgen. Als managers te veel inbreuk plegen op hun autonomie, "kunnen artsen gedemotiveerd raken en minder zorgzaam worden" (Jansen et. al. 2009b: 60). Op deze manier is het moeilijker goed werk te bewerkstelligen. Daarom is het van belang een goede methode te vinden om de relatie tussen enerzijds het management en het bestuur en anderzijds de professional in te richten.

De Bruijn

De Bruijn (2008) beschrijft in zijn boek *Managers en professionals* de relatie tussen manager en professionals in een organisatie. Een verklaring van de moeizame relatie tussen manager en professional vindt De Bruijn in het feit dat managers de kennis van hun professionals vaak willen expliciteren (De Bruijn, 2008: 19). Het probleem hierbij is dat een groot aantal professionals de kennis en expertise die zij bezitten moeilijk uit kunnen leggen aan een manager, die vaak niet uit dezelfde beroepsgroep afkomstig is. Een arts moet voldoende handelingen per jaar verrichten om zijn kennis en kunde te onderhouden. Op deze manier ontwikkelt en onderhoudt een arts zijn kennis, terwijl hij of zij zich hier nauwelijks van bewust is (De Bruijn, 2008: 10). De kennis die de professional vergaart, is zo vanzelfsprekend "dat hij vaak niet

eens weet wat hij allemaal weet” (De Bruijn, 2008: 10). Deze kennis en kunde beschrijft De Bruijn als ‘tacit knowledge. In het geval van een chirurg zou dit bijvoorbeeld een bepaalde operatietechniek kunnen zijn, die hij lastig uit kan leggen aan zijn manager. De kennis is impliciet, ingesleten door voortdurend professioneel te handelen, het is daarom moeilijk deze kennis te expliciteren (De Bruijn, 2008: 10). Voor de professional levert het expliciteren van zijn kennis niets op, hij gaat er niet beter door functioneren. Het expliciteren van tacit knowledge is daarom vaak niet noodzakelijk.

De veranderde verhouding tussen professional en management in de gezondheidszorg kenmerkt zich door een alsmaar groeiend management. Dit management drukt een zwaarder stempel op het werk in de gezondheidszorg (Jansen, Van den Brink & Pessers, 2005: 111). Dit heeft gevolgen voor de autonomie van de professional. Hieronder worden de zorgen daarover door MacIntyre uiteengezet, gevolgd door een beschouwing van het klassieke politieke systeemmodel van Easton en van de neorepublikeinse politieke filosofie, die rekening houdt met de beroepstrots van de professional.

MacIntyre

In *After Virtue* schetst filosoof MacIntyre de vervorming van de drijvende kracht achter vakwerk door het kapitalisme, namelijk het bestrijden van het praktijkbegrip door het concept van een institutie (Prij, 2010: 6). Met het praktijkbegrip bedoelt MacIntyre moed, eerlijkheid en rechtvaardigheid (Prij, 2009: 49). “Bij ‘rechtvaardigheid’ gaat het om het vermogen gezonde verhoudingen binnen de betrokken gemeenschap te bewaren; bij ‘moed’ om het vermogen jezelf te geven en steeds weer op het spel te zetten en om het vermogen je te verbinden aan de standaarden en deze waar nodig te verdedigen en te vitaliseren; bij eerlijkheid gaat het om de deugd eigen fouten te kunnen toegeven” (Prij, 2009: 49). Instituties zijn voornamelijk bezig met ‘externe goederen’. Hiermee bedoelt MacIntyre goederen buiten de intrinsieke motivatie van de professional. Zij denken in termen van macht, status en geld. Praktijken hebben instituties nodig om te kunnen voortbestaan, maar ze ondermijnen het functioneren van dezelfde praktijk. Hiermee ondersteunen zij het vakmanschap niet. MacIntyre stelt daarnaast dat omdat de professional over ‘tacit knowledge’ beschikt, alleen hij kan beoordelen of het werk daadwerkelijk goed is (MacIntyre, 1984: 188-189). Als we kijken naar figuur 1 dan blijkt dat meerdere mechanismen invloed hebben op goed werk. Dus de stelling dat alleen professionals bepalen wat goed werk is, is onjuist. Zeker in de zorg is het van belang hoe bijvoorbeeld de patiënt over het werk van de arts denkt. Het betreft hier geen eenrichtingsverkeer. Wel is het zo dat doordat tacit knowledge zelfs voor de professional moeilijk te ontleden is, een one-size-fits-all management benadering niet werkt (Prij, 2010: 10).

Het praktijkbegrip van MacIntyre is te zien als aanvulling op het concept van excellent werk uit het DNA van goed werk. Door aan de voorwaarden van het praktijkbegrip te voldoen is excellent werk mogelijk.

De stelling dat instituties slechts bezig zijn met macht, status en geld is erg kort door de bocht. In het

ziekenhuiswezen en andere semipublieke instellingen is er sprake van een institutionele context zoals deze in figuur 3 in dit hoofdstuk is weergegeven. Alle betrokken actoren hebben invloed op de totstandkoming van de missie. Alleen op deze manier is goed werk mogelijk. Het werk van de manager dient dus niet alleen te bestaan uit het genereren van voldoende macht, geld en status. De neorepublikeinse politieke filosofie die hieronder beschreven wordt, biedt hier handvaten voor.

Het politieke systeemmodel in de relatie tussen manager en professional.

Het politieke systeemmodel gaat uit van input (eisen en steun) die via een omzetting tot output (het beleid) en outcome (beleidseffecten) leidt (Hoogerwerf & Herwijer, 2003: 24). Output kan men binnen een ziekenhuis opvatten als de meetbare uitkomsten. Bij outcome gaat het meer om het ongrijpbare karakter van sommige veranderingen. Output kan bijvoorbeeld een toename betekenen van het aantal patiënten dat een ziekenhuis binnen een bepaalde tijdseenheid helpt. Outcome kan in dit geval zijn dat ondanks een snellere behandeling van patiënten, de patiënttevredenheid niet toeneemt. Als we de verhouding tussen management en professionals in de context van het politieke systeemmodel van Easton plaatsen, zien we de volgende ontwikkeling: de manager lijkt meer geneigd naar de output te kijken in plaats van naar de outcome (Maesschalk in Jansen, Van den Brink & Pessers, 2005: 273). De professional handelt (zoals blijkt uit Jansen et. al.) vanuit beroepstrots.

De neorepublikeinse politieke filosofie

Jansen, van den Brink en Kole beschrijven in het boek *Beroepstrots* de neorepublikeinse politieke filosofie. De reden dat ik deze filosofie hier beschrijf, is dat deze manier van besturen past binnen de idee van het Good Work Project. Verder is het zo dat deze bestuursfilosofie er niet per definitie vanuit gaat dat managers enkel uit zijn op macht, geld en status zoals MacIntyre doet.

Lackner et. al. (in Jansen et. al., 2009b) bepleiten de wenselijkheid om de ruimte van de professional uit economisch perspectief in te perken, maar dit blijkt niet altijd een juiste ontwikkeling. Daarentegen bepleiten Jansen et. al. de aansturing van professionals "te baseren op het voeren van strijd, debat of dialoog" (Jansen et. al., 2009b: 405). Dit beschrijven Jansen et. al. als de uitgangspunten van de neorepublikeinse politieke filosofie. Deze laatste geeft de professional meer ruimte, hetgeen in een organisatie als een ziekenhuis wenselijk is. Te meer omdat de professional het directe contact met de patiënten heeft en zodoende kan schatten wat zijn wensen zijn.

"Kenmerkend voor een zogenaamde neorepublikeinse visie is de veronderstelde grote betrokkenheid van ieder lid van de samenleving bij de publieke zaak" (Jansen et. al., 2009b: 374). Daarbij is het volgende van belang: "nadruk op zelfrespect, zelfbestuur, zelfbinding aan de publieke zaak en actieve participatie van iedereen in 'bestuursprocessen'" (Jansen et. al., 2009b: 374). Voor een ziekenhuis betekent dit dat

professionals betrokken dienen te zijn bij wijzigingen die het bestuur in de organisatie doorvoert. Het feit dat besturen en managementlagen vaak een methode ontwikkelen die zij van buitenaf opleggen aan de professionals “vormt nu juist een van de belangrijkste oorzaken waardoor professionals in de knel raken” (Jansen et. al., 2009b: 375).

Jansen et. al. geven aan dat veronderstellingen dat professionals lui en ongemotiveerd zijn die gemotiveerd en geprikkeld moeten worden, niet de boventoon mogen voeren. De intrinsieke motivatie (zie paragraaf 2.3) van de professional is leidend bij deze bestuursfilosofie (Jansen et. al., 2009b: 375).

In deze paragraaf heb ik verschillende visies beschreven als het gaat om de relatie tussen manager en professional. Van belang is dat de professional zijn werk zo goed mogelijk kan uitvoeren en dat hij zich daarin gewaardeerd voelt. In de neorepublikeinse politieke filosofie is er aandacht voor de beroepstrots van de professional en is er ruimte voor de inbreng van de professional. De neorepublikeinse politieke filosofie dient als kader waarbinnen gekeken wordt of er binnen het Sint Elisabeth gewerkt wordt op een manier die te plaatsen valt binnen deze filosofie.

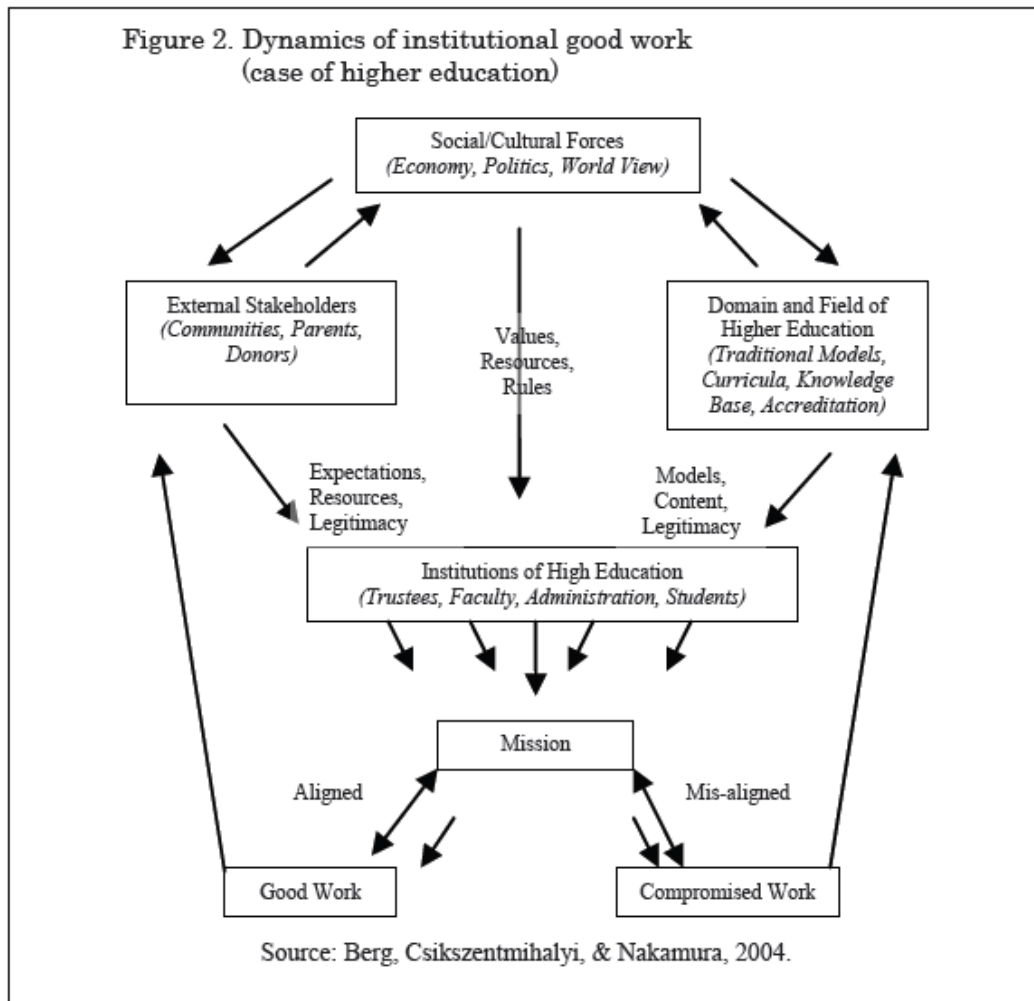
De toepassing van de neorepublikeinse politieke filosofie kan ervoor zorgen dat een grotere invloed van managers en bestuur geen probleem hoeft te zijn voor de handelingsruimte van de professional. Daarbij is het van belang dat het management erin slaagt programma's als Lean Thinking en Menslievende zorg onderdeel te maken van de cultuur in een ziekenhuis. Dit is geen gemakkelijke opgave, die tijd kost. Als dit lukt, komen namelijk de 'vier krachten' (persoonlijke waarden, sociale controle, culturele of domein controle en opbrengstcontrole) van goed werk samen. Op deze manier neemt de kans dat professionals goed werk leveren toe.

2.8 De dynamiek van institutioneel goed werk

De dynamiek van goed werk binnen één organisatie komt hier aan bod. Op deze manier wordt het algemene verhaal van het Good Work Project geconcretiseerd.

Nakamura (in Gardner 2010) beschrijft de dynamiek van institutioneel werk aan de hand van het hoger onderwijs. Zij beschrijft de manier waarop instituties goed werk kunnen verrichten. Op deze manier worden verschillende aspecten van goed werk aan elkaar verbonden. Het is namelijk niet zo dat professionals in hun eentje goed werk kunnen verrichten. De institutionele context is van belang. Ook om, indien nodig, de professional te corrigeren als hij geen goed werk levert. In de zorg is het namelijk wel degelijk van belang hoe patiënten en andere belanghebbenden de zorg ervaren. Onderstaand schema

geeft weer hoe deze verschillende krachten met elkaar samenhangen.



Figuur 3 Uit: Nakamura in Gardner, 2010: 118.

In figuur 1 is een algemeen overzicht geschetst van de actoren die invloed hebben op goed werk. In figuur 3 worden de krachten die een rol spelen bij goed werk geconcretiseerd naar de manier waarop goed werk gestalte krijgt in een concrete situatie. Figuur 3 is dus een concretisering van figuur 1.

Vertaald naar het ziekenhuiswezen, dan zijn de sociale en culturele krachten (bovenaan in het schema) vergelijkbaar, waar in dit geval de publieke opinie aan toegevoegd kan worden. De externe stakeholders (linksboven) zijn hier de naasten van patiënten en zorgverzekeraars. Het domein en veld van het ziekenhuiswezen (rechtsboven) bestaat uit opleiding van artsen en verpleegkundigen, persoonlijke maatstaven van professionals, de manier waarop het ziekenhuis beoordeeld wordt. De instituties (midden) die een rol spelen zijn allereerst de patiënten, het bestuur van het ziekenhuis en de beroepsgroepen. Al deze factoren dienen op elkaar afgestemd te worden door middel van een missie. Deze missie dient

voldoende uitgebalanceerd te zijn om voor draagvlak te zorgen bij de betrokken actoren. De missie leidt tot goed of tot gecompromitteerd werk. In dit schema is 'alignment' oftewel afstemming gekoppeld aan goed werk. Bij 'misalignment' of een gebrek aan afstemming is sprake van gecompromitteerd werk.

De missie is de maatschappelijke missie van een organisatie. Mijn onderzoek richt zich op het ziekenhuiswezen. Het ziekenhuis is een maatschappelijke onderneming (zie paragraaf 3.2). De missie is het uiteindelijke doel dat de maatschappelijke onderneming nastreeft.

De 'alignment' in het bovenstaande schema houdt in dat er sprake is van minder conflicten, onzekerheden en verwarring op de werkvloer (Moran in Gardner, 2010: 131). Moran beschrijft drie moeilijkheden van de 'alignment' (of afstemming). De eerste is dat de staat van afstemming onstabiel is. Dat wil zeggen dat voortdurend aanpassingen nodig zijn op gebied van communicatie, sancties of structurele beperkingen. Hierdoor is 'misalignment' de norm in de praktijk, dus een gebrek aan afstemming. Professionals kijken immers anders tegen de werkzaamheden aan dan hun leidinggevenden. Er zit een gevaar van het gelijkstellen van een gebrek aan afstemming aan slecht werk: "By equating misalignment with bad work, or even worse, suggesting that misalignment is a cause of bad work, the implication is that most work is then, in some degree, bad" (Maron in Gardner, 2010: 132). Een tweede punt dat Maron benoemt is dat een gebrek aan afstemming juist productief kan zijn. Het kan een organisatie helpen over het eigen denken heen te stappen als dat nodig is. Het laatste punt dat Maron hierbij aanhaalt is dat een negatief sneeuwbaaleffect ook bij afstemming mogelijk is. Als voorbeeld haalt zij de financiële crisis aan. Hier ging in het bankwezen het nodige mis door het ontwikkelen van nieuwe producten op basis van afstemming (Maron in Gardner, 2010: 133).

Uit bovenstaand voorbeeld blijkt dat misalignment niet per se leidt tot gecompromitteerd werk. Een gebrek aan afstemming zorgt er in sommige gevallen juist voor dat vernieuwende inzichten ontstaan.

Het belangrijkste risico in een ziekenhuisorganisatie is te stellen dat de eigenwijze professional het altijd bij het verkeerde eind heeft. Het kan natuurlijk best zo zijn dat deze eigenwijze professional zeer goed werk verricht. Door te veel te focussen op afstemming haal je de creativiteit uit de organisatie (Maron in Gardner, 2010: 135). Maron heeft ook aandacht voor het feit dat het effect van nieuwe ideeën binnen een organisatie of beroepsgroep, vaak pas op lange termijn merkbaar is.

In *Beroepstrots* wordt het belang van het leveren van goed werk belicht. De doelstelling van de professional staat centraal: wat wil hij of zij met zijn werk bereiken? Het is van belang dat helder te krijgen. Bij het afleveren van goed werk spelen niet alleen de eigen motivatie en doelstellingen een rol, maar ook de culturele, sociale en opbrengstcontrole. Dit onderzoek richt zich op het ziekenhuiswezen. Het gaat erom dat artsen en verpleegkundigen goed werk afleveren. Het Good Work Project is een kapstok om te zien of er inderdaad aan de voorwaarden van goed werk voldaan wordt.

2.9 Conclusie en toepassing theoretisch kader

Het theoretisch kader start met een uiteenzetting van wat goed werk is. Hier is het zogenaamde DNA (excellent, ethisch en geëngageerd werk) beschreven. Vervolgens kwamen de professional en diens intrinsieke motivatie aan bod. De intrinsieke motivatie is belangrijk in het kader van goed werk, omdat hieruit blijkt waarom een arts of verpleegkundige belang hecht aan autonomie als het gaat om het uitvoeren van zijn werkzaamheden. Om goed werk mogelijk te maken dienen de vier 'krachten' op elkaar afgestemd te zijn. Het gaat om de persoonlijke waarden van de professional, de sociale controle, de culturele controle en de opbrengstcontrole. De beroepscode maakt deel uit van de culturele controle op goed werk. Deze dient daarom afgestemd te zijn op de organisatiecode. Bij de implementatie van nieuwe programma's is dit van belang.

De lerende gemeenschap is een manier waarop de professional kan nadenken over de doelstellingen en motivatie van zijn werkzaamheden. Op deze manier is het dus mogelijk voor de professional goed werk te leveren. In organisatorisch opzicht is dit een verstandige manier van werken, het management probeert de tacit knowledge van de professional niet te expliciteren maar juist toe te passen. Dit gebeurt doordat de professionals met elkaar in gesprek gaan over goed werk.

De neorepublikeinse politieke filosofie sluit hierbij aan. Daar staat dialoog en debat centraal en is er aandacht voor de beroepstrots van de professional. Uit de paragraaf waar de intrinsieke motivatie wordt beschreven blijkt waarom vrijheid bij de werkzaamheden voor de professional belangrijk zijn. Het voeren van dialoog bevordert goed werk.

In paragraaf 2.8 komt de theorie die in voorgaande paragrafen behandeld is samen. De dynamiek binnen een organisatie komt hier aan bod. Daaruit blijkt dat afstemming niet per definitie de juiste manier is om goed werk te bereiken. Een gebrek aan afstemming kan hier ook voor zorgen.

In het theoretisch kader komt het Good Work Project sterk naar voren. Dit is de kapstok waarmee ik de concepten Lean Thinking en Menslievende zorg analyseer in hoofdstuk 5. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis koppelt deze twee programma's aan elkaar. In hoofdstuk 5 onderzoek ik aan de hand van het Good Work Project (en dan met name het DNA van goed werk) of Lean Thinking en Menslievende zorg met elkaar te verenigen zijn. Passen beide programma's binnen het DNA? Tevens is er aandacht voor de intrinsieke motivatie van de professional. Het is van belang dat de professional bij zowel Lean Thinking als Menslievende zorg zijn ei kwijt kan.

In hoofdstuk 6 ga ik in op de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Hier is aandacht voor de rol van artsen, verpleegkundigen, managers en de Raad van Bestuur. De onderlinge relatie tussen management en professional is iets dat in het kader van de implementatie van de programma's relevant is. Daarom wordt hier de koppeling gemaakt naar de neorepublikeinse politieke filosofie. Verder haal ik in dit hoofdstuk de lerende gemeenschap aan. De

dynamiek van institutioneel goed werk, als beschreven in paragraaf 2.8 is iets dat ik toepas in de manier waarop Lean Thinking en Menslievende zorg de organisatie zijn binnengekomen. Met name de afstemming of 'alignment' komt hier naar voren.

3 Onderzoekscontext

In dit hoofdstuk beschrijf ik de historische context van de gezondheidszorg in Nederland en het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. Daarnaast besteed ik aandacht aan de relevantie van dit onderzoek. Te onderscheiden in een maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie.

3.1 Historische ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland

In deze paragraaf schets ik de ontwikkeling van de gezondheidszorg, om zo een beeld te vormen van de historische context van het ziekenhuiswezen. Het Good Work Project is de bril waarmee ik het onderzoeksobject ga bestuderen. Gardner et. al. geven aan dat institutionele krachten invloed hebben op goed werk. Om deze reden beschrijf ik hier de ontwikkelingen van de gezondheidszorg, die het institutionele kader vormen van het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, het onderzoeksobject in dit onderzoek.

Het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) *Bewijzen van goede dienstverlening* (2004) schetst een historisch overzicht van de ziekenhuiszorg in Nederland. De gezondheidszorg in Nederland is ontstaan uit particulier initiatief in de negentiende eeuw, een particulier initiatief voortgekomen uit het mededogen van de verlichte burgerij en de sociale kerkgenootschappen (WRR, 2004: 81). Het Sint Elisabeth Ziekenhuis is in 1827 opgericht door een viertal particulieren, om armen hier zorg te kunnen bieden (Peeters, 2003: 31). De gezondheidszorg werd immers niet gefinancierd uit publieke middelen, maar burgers hadden verschillende verzekeringsarrangementen waaruit zij zorgconsumptie kon betalen. Pas na de Tweede Wereldoorlog bemoeit de overheid zich met de gezondheidszorg en vooral met het financiële aspect. Die bemoeienis krijgt echt vorm met de invoering van de Ziekenfondswet in 1966 (WRR, 2004: 81). Pas in het begin van de jaren zeventig laat de overheid zich nog intensiever in met de gezondheidszorg: de idee van nationale gezondheidszorg krijgt gestalte (WRR, 2004: 82). Door bezuinigingen in de jaren tachtig kiest de overheid voor de introductie van marktelementen in de zorg. Het rapport van de commissie Dekker (1987) geeft hier een eerste en krachtige aanleiding toe (WRR, 2004: 82). Toenemende wachtlijsten dwingen opnieuw tot verandering in de organisatie van de gezondheidszorg. Die resulteerde in de door toenmalig minister Hoogervorst doorgevoerde overgang van collectieve naar commerciële zorgverzekeraars (WRR, 2004: 83).

De laatste jaren is er vooral sprake van een trend: de emancipatie van de burger ten opzichte van de professional (WRR, 2004: 38). De burger is mondiger en veeleisender. Deze ontwikkeling is samengegaan met de afbraak van de verzorgingsstaat. De verzorgingsstaat werd immers onbetaalbaar. Er ontstond noodzaak tot bezuinigen en efficiëntie binnen de overheid (WRR, 2004: 41). Daarom werd opnieuw naar de taken van de overheid gekeken met als gevolg dat er momenteel sprake is van een

trend richting de commercialisering van het ziekenhuiswezen. Er wordt meer gelet op een efficiënte bedrijfsvoering binnen ziekenhuizen. Door concurrentie tussen ziekenhuizen, trachtte de overheid te bereiken dat deze zorginstellingen meer vraaggestuurd zouden handelen, met verlening van goede diensten aan de patiënt (WRR, 2004: 47). De patiënt als mondige consument verschijnt ten tonele en het is steeds meer de marktlogica die in de ziekenhuizen doorwerkt.

Samengevat is er dus een ontwikkeling van particulier initiatief naar publieke gezondheidszorg en vervolgens weer een verandering in de richting van marktwerking in de zorg. Met name de wijziging van 2004, die door Hoogervorst ingevoerd is, dient concurrentie tussen de ziekenhuizen te bevorderen, en de kosten voor de overheid te temperen (WRR, 2004: 83). De ziekenhuiszorg legt namelijk een "groot beslag op collectieve middelen" (Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening, 1996: 13). Waar het Good Work Project het belang van moreel verantwoord werk aanhaalt, komt uit de ontwikkeling van de laatste jaren de roep om een efficiëntere ziekenhuiszorg voort.

"Profiteren van de kennis van het bedrijfsleven kan op een aantal manieren: ziekenhuizen kunnen worden getransformeerd tot bedrijven, of delen van het ziekenhuis kunnen 'geprivatiseerd' worden" (Bisschop, 2004: 1). Bisschop beschrijft de overgang naar een commercieel ziekenhuis, dat winst mag maken, als de meest vergaande stap van het transformeren van ziekenhuizen in de richting van een bedrijf. Grotere concurrentie tussen ziekenhuizen door meer ruimte voor privaat initiatief moet ervoor zorgen dat ze beter gaan presteren.

Ziekenhuizen en andere van origine non-profit instellingen hebben in de afgelopen jaren steeds meer gekozen voor een marktgerichte aanpak. Het New Public Management (NPM) is hier het meest aansprekende voorbeeld van (WRR, 2004: 24). De focus bij NPM ligt meer op een markt- en klantoriëntatie. Dat wil zeggen dat er geld wordt geboden voor diensten en de patiënt wordt gezien als klant die zorg afneemt (Diefenbach, 2009: 894). Andere belangrijke elementen van NPM zijn kostenreductie, standaardisatie en concentratie op processen. Van werknemers wordt gevraagd een bedrijfsaanpak te hanteren (Diefenbach, 2009: 894).

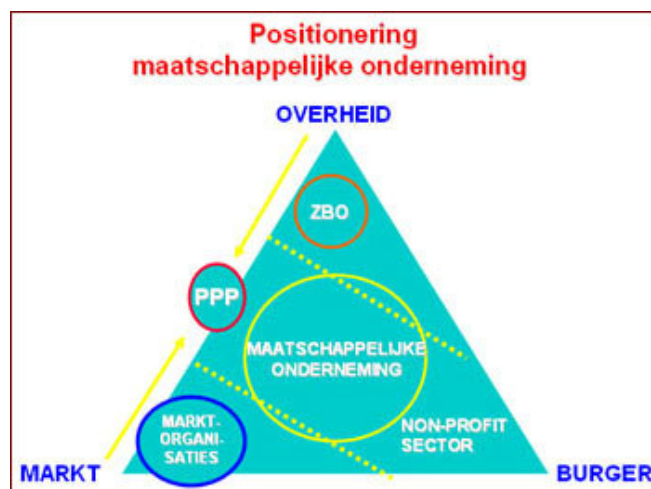
Het Sint Elisabeth Ziekenhuis past het NPM echter niet toe, maar wel is het marktdenken uit de auto-industrie in de zorg geïntroduceerd, namelijk het Lean-Thinking (meer hierover in hoofdstuk 5).

Er is sprake van een verschuiving van het ziekenhuiswezen in de richting van de vrije markt. En dus wat verder weg van staatsinmenging. De verschuiving in de richting van de vrije markt houdt in dat zorgverzekeraars nu met ziekenhuizen onderhandelen over de prijzen waarvoor zij zorg leveren. Doordat (potentiële) patiënten de mogelijkheid hebben van zorgverzekeraar te wisselen, ontstaat er concurrentie tussen ziekenhuizen door de druk om de zorg zo goedkoop mogelijk aan te bieden. Op deze manier stijgt de keuzevrijheid van de burger als het gaat om de zorg die hij wil hebben (Trappenburg, 2005: 21). Dit zorgt voor prestatie-indicatoren voor professionals. Deze worden opgelegd door het management van

een ziekenhuis (Trappenburg, 2005: 22). Prestatie en marktprikkels in de ziekenhuisorganisatie drukken morele aspecten van zorg naar de achtergrond (Interview Gert Olthuis, 21-09-2010). Zie hiervoor het voorbeeld dat Solomon et. al. aanhalen, over artsen die weinig tijd hebben om met patiënten te spreken. Op deze manier stellen management en bestuur een norm voor de tijd die de professional aan een individuele patiënt kan besteden. Socioloog Richard Sennet zegt hierover: “Dan ga je ervan uit dat een nuttigheidsnorm van tevoren kan worden toegepast op een arbeidssituatie. Dat is een vergissing!” (Interview met Richard Sennet in Jansen et. al., 2009b: 47).

3.2 Ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

In de voorgaande paragraaf is uiteengezet dat ziekenhuizen functioneren als een hybride organisatievorm (WRR, 2004). Zij functioneren namelijk tussen de verschillende traditionele organisatievormen in. Deze organisatievorm staat bekend als een maatschappelijke onderneming. Een maatschappelijke onderneming wil functioneren als een ‘echte onderneming’ en tot op zekere hoogte ook winst maken, maar deze winst dient wel terug te vloeien in de organisatie (Mouwen & Waslander, 2010). In onderstaande afbeelding is de positie van de maatschappelijke onderneming gevisualiseerd. Zij bevindt zich in het midden van de driehoek markt-overheid-burger.



Figuur 4. Uit: Mouwen & Waslander (2010).

“De oervorm van het idee ‘maatschappelijke onderneming’, zoals dat door Balkenende en Wijffels is gelanceerd, gaat uit van een onderneming die zijn bedrijfseconomisch resultaat herinvesteert ten behoeve van haar maatschappelijke doelstelling” (Helder, 2009: 53).

Het gaat dus om een onderneming die een duidelijk maatschappelijke doelstelling heeft. Deze missie voor een ziekenhuis is het zo goed mogelijk helpen van patiënten. Hier is sprake van een overlap met de missie van professionals, die eenzelfde doel nastreven. In figuur 3 in het vorige hoofdstuk is dit

verduidelijkt aan de hand van de missie binnen een organisatie, die voortkomt uit de invloed van verschillende belanghebbenden. In dit opzicht is de maatschappelijke onderneming een ander soort onderneming dan een onderneming die gericht is op het maken van winst: die moet immers voornamelijk de aandeelhouders tevreden houden.

Het Jaardocument van 2009 van het Sint Elisabeth Ziekenhuis vermeldt bij de kerngegevens van het ziekenhuis dat het steeds verder doorgroeit naar een maatschappelijke onderneming (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 6). Het kenmerk van een maatschappelijke onderneming is dat een dergelijke organisatie functioneert tussen de overheid, de markt en de burger in (Mouwen & Waslander, 2010). Tot voor kort waren organisaties die nu een maatschappelijke onderneming vormen, bijna allemaal overheidsgeruleerde of gedomineerde instellingen (Mouwen & Waslander, 2010). In het geval van het St. Elisabeth Ziekenhuis betekent dit dat het ziekenhuis zich meer naar het non-publieke spectrum verplaatst. Dat houdt in dat het ziekenhuis probeert efficiënter te werken.

Putters (in Brandsen, Van de Donk & Kenis: 2006) beschrijft drie verschillende ondernemingsstrategieën van maatschappelijke ondernemingen die ziekenhuizen kunnen nastreven. Dat zijn:

- Marktgericht ondernemen. Het ziekenhuis ontplooit diensten die geprivatiseerd worden en op de markt worden gezet. Een voorbeeld hiervan is de Zorgboulevard in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Daar geldt een aanbod van bepaalde diensten, zoals het verstrekken van medicijnen, aangeboden op een private markt. De focus ligt hier op de vrije markt, mogelijke winst vloeit terug in het ziekenhuis. Dit onderzoek gaat hier verder niet op in.
- Gemeenschapsgericht ondernemen richt zich meer op zorginhoudelijke innovaties. Dit gebeurt binnen het kader van de reguliere zorg. Het betreft vooral de verbetering van technische zorgaspecten. In dit onderzoek spits ik me toe op de processen meer dan op de technische zorgaspecten.
- De laatste vorm van maatschappelijk ondernemen die Putters beschrijft is intern ondernemen. Hier richt de instelling zich op de eigen organisatie, waarbij interne processen worden verbeterd. Deze vorm van ondernemen past bij de lerende gemeenschappen die in het Sint Elisabeth Ziekenhuis aanwezig zijn. In deze lerende gemeenschappen onderzoeken professionals hoe zij Menslievende zorg kunnen leveren. Dit is een aspect dat ook bij het Lean Thinking principe aanbod komt. Interne werkprocessen dienen zo efficiënt mogelijk te verlopen (zie hoofdstuk 5).

De manier waarop verschillende ziekenhuizen het maatschappelijk ondernemen invullen is bepalend voor de manier waarop zij functioneren. De organisatievorm van de maatschappelijke onderneming biedt de ruimte om verschillende aspecten van de ziekenhuiszorg te verbeteren. Als we kijken naar de drie

verschillende ondernemingsstrategieën, valt op dat zij ieder een andere focus hebben. Omdat in dit onderzoek de programma's Lean en Menslievende zorg centraal staan, is het intern ondernemen de strategie die het beste past. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis tracht met deze programma's er intern voor te zorgen dat het werk zowel moreel verantwoord als efficiënt wordt uitgevoerd.

3.3 Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek brengt de invloed van de verandering op het bestuurlijk niveau van een ziekenhuis in kaart, namelijk het steeds meer toepassen van marktdenken en de invloed daarvan op de professionele praktijk. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis probeert zich sterk te profileren als een ziekenhuis dat lief is, en zich dus ook bekommert om de persoon achter de patiënt. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2003) geeft aan dat een ziekenhuis de patiënt meer als klant moet zien en wel in het kader van marktwerking en concurrentie in de zorg (Raad voor Volksgezondheid en Sport, 2003: 5). Hieruit blijkt dat men voor een bedrijfsmatiger aanpak kiest. Dit is maatschappelijk relevant, omdat voor ieder van belang is hoe een ziekenhuis met zijn patiënten omgaat, op een manier die de patiënten tevreden stelt. Bovendien is het belangrijk om te kijken of het streven naar een efficiënt ziekenhuis en morele zorg met elkaar te verenigen zijn.

Interviews brengen in beeld hoe het Sint Elisabeth Ziekenhuis Menslievende zorg en Lean Thinking implementeert. Het effect van een kijk op basis van efficiënte werkprocessen op de behandeling van patiënten komt aan de orde. Wat voor gevolgen heeft het streven naar een meer morele en efficiënte zorg in het ziekenhuiswezen voor goed werk in de zorg? Dat is de maatschappelijk relevante vraag. Het is immers in ieders belang dat ziekenhuizen op een goede en zorgvuldige manier met patiënten omgaan. Andere ziekenhuizen -en het Sint Elisabeth Ziekenhuis zelf - kunnen uit dit onderzoek lessen trekken over het functioneren van Menslievende zorg en Lean Thinking in een maatschappelijke onderneming waarin efficiëntie en kostenbeheersing een belangrijke rol spelen. Specifiek is dit interessant voor professionals en bestuurders van ziekenhuizen. Uit dit onderzoek kunnen zij lessen trekken over hoe goed werk in de beroepspraktijk van de ziekenhuiszorg te realiseren valt.

3.4 Wetenschappelijke relevantie

In Nederland vindt het marktdenken toepassing in verschillende organisaties. Volgens Diefenbach (2009) gebeurt dat internationaal reeds in veel publieke dienstverleningsorganisaties. Het ziekenhuis is zo'n publieke dienstverleningsorganisatie waarin het marktdenken opgeld doet. Dit onderzoek speurt naar een manier van denken over een andere aanpak in de zorg op basis van empirie en na bestudering van theorie en beleidsdocumenten (literatuurstudie). Hoe en of verschillende componenten van een hybride organisatie, in dit geval het Sint Elisabeth Ziekenhuis, invloed hebben op de manier waarop hulpverleners naar patiënten kijken. Hier gaat het om de relatie tussen het programma Menslievende zorg en het streven naar meer efficiëntie dat in ziekenhuizen geïntroduceerd is. Aan de hand van het Good Work Project onderzoek ik of Lean Thinking en Menslievende zorg leiden tot goed werk.

De bestuurskundige relevantie van het onderzoek blijkt uit het inzicht in de ontwikkeling van het streven naar een zuinig functioneren van een ziekenhuis. Daarbij geldt vooral de invloed die dit heeft op de zorg voor de patiënt, de uiteindelijke groep waar een ziekenhuis zich op richt. Hoe pakken dit soort initiatieven uit?

Levert Lean-management uit de auto-industrie een bruikbare manier van werken op voor een ziekenhuis dat zich op zorg richt? Zeker dient een ziekenhuis rekening te houden met de rol van de professional binnen zijn organisatie. Deze professional is van het grootste gewicht om veranderingen in de manier van werken door te kunnen voeren. Lean Thinking bekijk ik hier aan de hand van de concepten goed werk en de neorepublikeinse politieke filosofie (zie Jansen et. al., 2009).

Een ander relevant aspect aan dit onderzoek blijkt uit het feit dat bestuurskunde een multidisciplinaire wetenschap is. Dit onderzoek koppelt twee disciplines met een verschillende achtergrond aan elkaar: de Lean-filosofie, voortkomend uit het economische paradigma, én Menslievende zorg dat zijn oorsprong vindt in de pastorale praktijk. Deze paradigma's onderzoek ik aan de hand van het Good Work Project dat zijn oorsprong vindt in meerdere disciplines. Dit zorgt voor een bestuurskundige en wetenschappelijke basis om de implementatie van Lean en Menslievende zorg te toetsen.

4 Probleemstelling, methoden en technieken

4.1 Afbakening en keuze casus

De casus van dit onderzoek is het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Hier is aandacht voor de lief-campagne (onderdeel van het programma Menslievende zorg) van het Sint Elisabeth Ziekenhuis en het Lean Thinking waarmee het ziekenhuis werkt. Deze programma's zijn interessante ontwikkelingen, en pogingen de ziekenhuiszorg zowel efficiënter als moreler te maken. In dit onderzoek analyseer ik de implementatie van deze programma's aan de hand van het Good Work Project.

Sint Elisabeth Ziekenhuis

Als voorbeeld voor de roep om moreler te werken binnen de zorg is het Sint Elisabeth Ziekenhuis een interessante casus, omdat het juist een campagne is begonnen waarmee het 'een lief ziekenhuis wil worden' (Elisabeth Foundation, 2010). In deze campagne staat aandacht voor de patiënt centraal. Hij wordt als mens behandeld en niet alleen als patiënt (Elisabeth Foundation, 2010). Bij deze campagne staat dus het intern ondernemen centraal (zie Putters in hoofdstuk 3). Interne processen worden aangepakt: men bekijkt de dagelijkse zorg voor patiënten. Zorginhoudelijke innovatie of marktgerichte projecten zijn hier minder aan de orde.

De lief-campagne is een tijdelijke aangelegenheid namelijk van 2009 tot 2014. "De campagne is bedoeld om het programma Menslievende zorg van het Sint Elisabeth mogelijk te maken" (Elisabeth Foundation, 2010). Dit programma is samen met de Universiteit van Tilburg opgezet. "Menslievende zorg gaat over dokters, verpleegkundigen en andere zorgverleners die echt contact hebben met de patiënt" (Elisabeth Foundation, 2010).

De campagne wordt gefinancierd door het Sint Elisabeth Ziekenhuis met medewerking van de Universiteit van Tilburg. Ook worden er fondsen geworven binnen het bedrijfsleven. Het programma Menslievende zorg loopt evenals de lief-campagne (dat is er een onderdeel van) van 2009 tot 2014.

De Elisabeth Foundation stelt dat door middel van lerende gemeenschappen artsen en verpleegkundigen hun werk beter gaan doen. Tijdens de bijeenkomsten bespreken zij problemen tijdens dagelijkse werkzaamheden. In deze lerende gemeenschappen worden zij ondersteund door wetenschappers van de Universiteit van Tilburg. Dat zij hun werk beter gaan doen "zullen de patiënten direct merken" (Elisabeth Foundation, 2010). Men heeft hoge verwachtingen van deze manier van werken. De lerende gemeenschappen moeten leiden tot nieuwe inzichten als het gaat om werkprocessen. Deze benadering past binnen het Lean Thinking dat in ziekenhuizen steeds meer toepassing vindt. Bij Lean Thinking gaat

het om het zo efficiënt mogelijk inrichten van werkprocessen. Daarbij is de input van de medewerkers op de werkvloer erg belangrijk. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis werkt met focusgroepen als het gaat om Lean Thinking.

Wat wordt in het Sint Elisabeth Ziekenhuis onder Menslievende zorg verstaan? Adviseurs van O&I organisatieadvies beschrijven het als volgt: “Aandacht schenken aan de patiënt, het beantwoorden van zijn zorgvraag, hem nabij zijn in zijn lijden en continuïteit van de zorg worden steeds belangrijkere elementen van goede zorg. Wij noemen dat ‘Menslievende zorg’” (Van den Brom et. al. 2009). Van Heijst beschrijft het als volgt: “zorgen is geen daad maar een betrekking” (Van Heijst, 2005: 123). De nadruk ligt dus op de relatie tussen de zorgverlener en de ontvanger van zorg. Het doel zou moeten zijn de zieke bijstaan in zijn nood (Claassen, 2006: 3). Voor een verdere uitwerking van het begrip Menslievende zorg zie hoofdstuk 5.

Naast de lief-campagne is er in het Sint Elisabeth Ziekenhuis sprake van een ontwikkeling (begonnen in 2006) waarbij instrumenten van de Lean-filosofie gehanteerd worden (O&I, 2009a). Het uitgangspunt bij Lean is kwaliteit (Lohman & Van Os, 2009: 20). Door kwaliteit in het proces in te bouwen is het mogelijk fouten te voorkomen. Het werkproces is wat Lean Thinking tracht te verbeteren (Lohman & Van Os, 2009). Deze kwaliteit wordt in het Sint Elisabeth Ziekenhuis gekoppeld aan de lief-campagne door te wijzen op het belang van menslievendheid. Als een ziekenhuis niet menslievend optreedt, is er immers onvoldoende kwaliteit geleverd, zo is de redenatie van het ziekenhuis (O&I, 2009a). Goede zorg is meer dan alleen technisch en deskundig goede zorg. Het is ook van belang dat er aandacht aan de Menslievende kant van de zorg wordt besteed. In de lange termijnvisie van de Lean filosofie op goede zorg heeft men in het Sint Elisabeth Ziekenhuis ‘aandacht voor patiënten’ verankerd (O&I, 2009b). Deze benadering is gekoppeld aan de zogeheten Disney-filosofie. Deze richt zich op het creëren van ‘memorable momenten’. Door als ziekenhuis menslievend te zijn worden deze momenten gecreëerd. Memorable momenten zorgen voor loyaliteit van de patiënt met het ziekenhuis, de patiënt is eerder geneigd terug te keren naar hetzelfde ziekenhuis. De patiënt zal aan zijn kennissen, vrienden, familie, collega’s vertellen over zijn goede ervaringen met het ziekenhuis zodat de kans dat zij ook naar het ziekenhuis gaan, toeneemt (O&I, 2009b).

Het ziekenhuis geeft met het ondersteunen en invoeren van het werken met Lean aan dat men efficiënter wil gaan werken. Dit is immers het hoofddoel van de Lean filosofie. Met het programma Menslievende zorg geeft het ziekenhuis aan de zorg niet alleen efficiënter maar ook moreler te willen maken. De centrale vraag hier is: hoe doet het ziekenhuis dat?

Interviews

Om een beeld te krijgen van de mogelijkheden tot onderzoek op het terrein van Menslievende zorg en Lean Thinking, heb ik gesproken met Petra van den Brom. Zij deed namens organisatieadviesbureau O&I onderzoek naar Lean en Menslievende zorg bij Nederlandse ziekenhuizen. Daaruit bleek dat het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg bijzonder is als het gaat om de koppeling van Menslievende zorg aan Lean Thinking. In veel andere ziekenhuizen staat men huiverig tegenover de verbinding van deze twee concepten. Uit dit gesprek en de suggesties vanuit het leeronderzoek is mijn onderzoeksobject (het Sint Elisabeth Ziekenhuis) tot stand gekomen.

Het onderzoek kende twee interviewrondes. In eerste ronde is onderzoek gedaan naar de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg in algemene zin. Er zijn deskundigen op het gebied van beide concepten geïnterviewd, voor het opstellen van hypothesen over de verenigbaarheid van de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg. Dit is namelijk wat in het Sint Elisabeth Ziekenhuis gebeurt. In de volgende paragraaf komen deze hypothesen aan bod. De tweede interviewronde is toegespitst op het Sint Elisabeth Ziekenhuis zelf. Er zijn verschillende respondenten, die met beide programma's binnen het ziekenhuis te maken hebben, geïnterviewd.

1^e Interviewronde

Voor de eerste interviewronde, om hypothesen op te stellen over de verenigbaarheid van Lean en Menslievende zorg heb ik de volgende mensen geïnterviewd:

Bas Lohman, specialist op het gebied van Lean en medewerker van Conclusion Implementation. Hij is binnen verschillende organisaties met Lean aan de slag gegaan, zowel in de publieke als in de private sector. Hij is auteur van het boek 'Praktisch Lean Management' en iemand met veel deskundigheid op het gebied van Lean Management.

Annelies van Heijst is hoogleraar aan de faculteit Geesteswetenschappen aan de Universiteit van Tilburg en gespecialiseerd in Menslievende zorg en auteur van *Menslievende zorg*. Het werk van Van Heijst was de inspiratiebron voor het opzetten van het programma Menslievende zorg binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Tevens is ze zijdelings betrokken bij de lerende gemeenschappen. Door haar drukke agenda heeft zij de vragen via de e-mail beantwoord.

Yohan van der Bijl, werkzaam voor het Deventer Ziekenhuis en bezig met het implementeren van Lean six sigma. Six sigma is een toevoeging aan Lean, toegespitst op het meetbaar maken van de resultaten. Van der Bijl was eerder werkzaam als radiologisch laborant op de röntgenafdeling van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Hij is een manager die weet hoe het er in de praktijk aan toe gaat.

Bert Visser, zorgmanager bij Brabantzorg, werkt mee aan een nieuw beleidsplan waar Lean een belangrijk onderdeel van uitmaakt. Daarbij luistert hij nadrukkelijk naar de mening van professionals en patiënten van Brabantzorg. Het interview met Bert Visser heeft telefonisch plaatsgevonden.

Aan alle vier is gevraagd of Lean Thinking en Menslievende zorg met elkaar te combineren zijn. Dit is namelijk wat het Sint Elisabeth Ziekenhuis probeert, en de haalbaarheid van dit idee heb ik hiermee willen toetsen.

2^e Interviewronde

De tweede ronde bestaat uit interviews met twee zorgmanagers, een neuroloog, het hoofd van een zorgeenheid in het Sint Elisabeth Ziekenhuis, vier verpleegkundigen (van de afdelingen neurologie, interne geneeskunde en heelkunde) en een verpleegster van de afdeling neurologie uit het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Verder heb ik een onderzoeker van de Universiteit van Tilburg (Gert Olthuis) geïnterviewd alsmede ethicus Jos Kole (Universiteit van Utrecht). Op basis van deze interviews heb ik de implementatie van Lean en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis geanalyseerd. Een aantal respondenten uit deze tweede interviewronde zijn op eigen verzoek geanonimiseerd. Hieronder volgt een uitwerking van degenen die ik geïnterviewd heb.

Marc Rouppe van der Voort, innovatiemanager bij het Sint Elisabeth Ziekenhuis, gespecialiseerd in Lean Thinking. Hij maakt deel uit van de lerende gemeenschap 'Lief en Lenig'. Deze lerende gemeenschap tracht Lean en Menslievende zorg met elkaar te verbinden op conceptueel niveau. Rouppe van der Voort is gevraagd naar de verenigbaarheid van de programma's Lean en Menslievende zorg en de manier waarop Lean Thinking toegepast wordt binnen de organisatie.

Jan den Bakker, werkt als zorgmanager in het Sint Elisabeth Ziekenhuis en richt zich met name op Menslievende zorg. Hij is samen met toenmalig lid van de Raad van Bestuur Wim van der Meeren mede-initiator van het programma Menslievende zorg en vanaf het begin er bij betrokken. Hij maakt ook deel uit van de lerende gemeenschap 'Lief en Lenig'. Verder kwam in het interview het programma Menslievende zorg aan bod en de motivatie achter het programma.

Paul de Kort, neuroloog in het Sint Elisabeth Ziekenhuis, is niet betrokken bij de lerende gemeenschappen op het gebied van Menslievende zorg. Hij bezit wel de nodige kennis, aangezien de afdeling neurologie de tweede afdeling is (na oncologie) waar met Menslievende zorg gestart is. Tevens wordt er op de afdeling neurologie met Lean Thinking gewerkt. Daarom heeft hij als arts een goede kijk op het functioneren van beide programma's op zijn afdeling. De rol van leden van de medische staf in beide programma's zijn expliciet aan de orde geweest met aandacht voor mogelijke weerstand jegens beide programma's en de verschillen waarop leden van de medische staf en verpleegkundigen tegen Lean en Menslievende zorg aankijken.

Respondent Y, hoofd van een zorgeenheid in het Sint Elisabeth Ziekenhuis, richt zich op het werken met Menslievende zorg. Hij is zelf een lerende gemeenschap gestart op zijn afdeling voor verpleegkundigen. Ook maakt hij onderdeel uit van de lerende gemeenschap 'Lief en Lenig'. Hem is gevraagd wat het programma Menslievende zorg binnen het ziekenhuis inhoudt en met name wat de rol van verpleegkundigen is in hun deelname aan Lean en Menslievende zorg.

Mariëlle van Mersbergen- de Bruin is verpleegkundige op de afdeling neurologie en maakt daar tevens deel uit van de lerende gemeenschap. Haar is gevraagd naar het perspectief van de verpleegkundige op deze lerende gemeenschap en de rol van andere belanghebbenden (Raad van Bestuur, artsen, patiënten, medewerkers van de Universiteit van Tilburg).

Respondent Q en Respondent Z. Zij zijn geïnterviewd in het kader van het programma Menslievende zorg. In de gesprekken met de verpleegkundige en arts van de afdeling neurologie kwam naar voren dat op de afdeling heelkunde/oncologie de lerende gemeenschap al in december 2009 van start is gegaan. Hier is de lerende gemeenschap dus al wat verder gevorderd. Hen is gevraagd hoe de lerende gemeenschap op hun afdeling werkt en wat de vorderingen zijn. Respondent Q is teamleider van de verpleegkundigen op de afdeling Heelkunde en Respondent Z is verpleegkundige op de afdeling heelkunde. In de lerende gemeenschap op de afdeling heelkunde/oncologie zitten naast verpleegkundigen, oncologen, arts-assistenten ook begeleiders van de Universiteit van Tilburg, te weten Gert Olthuis en Andries Baart.

Respondent X is verpleegkundige op de afdeling interne geneeskunde. Zij maakt evenals Respondent Q en Respondent Z deel uit van de lerende gemeenschap heelkunde/oncologie. Samen met een collega doet zij onderzoek naar geschreven bronnen. Dat wil zeggen: ze bestuderen klachtenbrieven, kaartjes die patiënten anoniem in kunnen leveren en een dagboek dat patiënten bij kunnen houden. Haar is gevraagd naar het functioneren van de lerende gemeenschap, en de resultaten die hiervan zichtbaar zijn op de werkvloer.

Respondent A is verpleegster op de afdeling neurologie en maakt eveneens deel uit van de lerende gemeenschap Menslievende zorg op de afdeling neurologie. Haar zijn dezelfde vragen gesteld als aan Van Mersbergen. De reden dat er twee leden van het verplegend personeel geïnterviewd zijn binnen dezelfde afdeling van het Sint Elisabeth Ziekenhuis, vindt zijn grondslag in eerdere interviews: verpleegkundigen zijn te gezagsgetrouw en tonen niet veel initiatief. Uit overweging van controle heb ik met twee leden van het verplegend personeel op dezelfde afdeling gesproken.

Gert Olthuis, onderzoeker aan de Universiteit van Tilburg, is gespecialiseerd in zorgethiek en door het Sint Elisabeth Ziekenhuis ingehuurd om met Menslievende zorg aan de slag te gaan in samenwerking met een aantal collegae van de Universiteit van Tilburg. Hij is mede-initiatiefnemer van de lerende gemeenschappen. Hij begeleidt deze op de afdelingen neurologie en oncologie. Tevens neemt hij deel

aan de bijeenkomsten van de lerende gemeenschap 'Lief en Lenig'. Hem is gevraagd naar het ontstaan van de lerende gemeenschappen, naar zijn observaties binnen de organisatie van het ziekenhuis en het uiteindelijke doel van het programma Menslievende zorg.

De reden dat relatief veel verpleegkundigen zijn geïnterviewd, vindt zijn grondslag in het feit dat zij meer betrokken zijn bij het programma Menslievende zorg. Tevens is het zo dat de rol van verpleegkundigen kritisch benaderd is. Over de rol van artsen binnen de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg bestond meer overeenstemming in de interviews die als eerste gehouden zijn. Verder gaat het hier om een explorerend onderzoek. Het is niet de bedoeling geweest tot in detail te observeren hoe professionals in het Sint Elisabeth Ziekenhuis met beide programma's werken. Dit is ook niet mogelijk, gezien het feit dat de programma's effectief pas recentelijk zijn ingevoerd en er om die reden nog weinig te zeggen valt over de manier waarop de programma's functioneren in het ziekenhuis.

Ten slotte is Jos Kole geïnterviewd. Hij is ethicus en gespecialiseerd in beroepsethiek en werkzaam aan de Universiteit van Utrecht. Hem is gevraagd hoe de implementatie van de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg zich verhouden tot de beroepsethiek en beroepstrots van artsen en verpleegkundigen. Kole is geïnterviewd om de stap te zetten naar wat algemenere conclusies op basis van dit onderzoek, zodat het hier niet louter een beschrijving van een casus betreft maar dat het geheel in een bredere (bestuurskundige) context wordt geplaatst.

4.2 Zijn Lean en lief verenigbaar?

In het Sint Elisabeth Ziekenhuis probeert men Lean Thinking en Menslievende zorg aan elkaar te koppelen om de zorg zowel efficiënter als moreler te maken. De vraag is op welke vlakken Lean en lief verenigbaar zijn. Daarbij is het steeds van belang in het achterhoofd te houden dat Lean een ander paradigma hanteert dan lief (Menslievende zorg). Lean is een paradigma met de nadruk op efficiëntie. Menslievende zorg is een model dat uitgaat van aandacht voor de patiënt, met nadruk op de morele kant van zorg. Hier staat niet de efficiëntie, maar de patiënt als mens centraal. Als het gaat om de morele grenzen heeft Lean Menslievende zorg nodig. In deze paragraaf formuleer ik aan de hand van gesprekken met deskundigen (uit de 1^e interviewronde) op beide gebieden hypothesen over de verenigbaarheid van beide programma's.

Van den Brom et. al. stellen: "voor menslievend en efficiënt werken moet kwaliteit van zorgrelatie centraal staan, leiderschap verbindend zijn en moeten medewerkers betrokken zijn bij het opstarten van nieuwe processen. Vanuit zo'n integrale visie kan een zorgorganisatie worden vormgegeven die Lean en lief combineert en kan de medewerker weer terugkeren naar de kern: zorgen voor cliënten." (Van den Brom et. al., 2009).

Als we kijken naar de verschillende aspecten van Lean en lief dan is het inderdaad zo dat bij Lean sprake is van medewerkers die betrokken zijn bij het opstarten van nieuwe processen. Vanuit dit standpunt geredeneerd is het inderdaad te verdedigen (zoals Van den Brom et. al. doen) dat Lean en lief verenigbaar zijn. Daar staat echter tegenover dat Lean zich met name richt op het efficiënter maken van een organisatie. Het probleem bij Menslievende zorg is dat niet goed te bepalen valt of deze vorm van zorg ook efficiënt is.

Bij Lean is het de vraag wat nu daadwerkelijk voor de klant waarde toevoegt. Met andere woorden wat vindt de klant (hier: de patiënt) belangrijk? Is dat inderdaad Menslievende zorg, dan zouden deze twee vanuit de idee van het creëren van meerwaarde prima samengaan.

Een moeilijkheid bij de combinatie van Menslievende zorg en Lean Thinking doet zich voor in het feit dat de zorgverlener een open agenda dient te hebben, wil hij althans in het kader van de presentietheorie (zie hoofdstuk 5) daadwerkelijk openstaan voor goede zorg. Een open agenda is overigens niet bevorderlijk voor snelheid in werkprocessen. Dat kan leiden tot langere wachttijden bij collega's en andere patiënten (een van de acht vormen van verspilling). Deze veronderstelling hebben mensen die in het kader van dit hoofdstuk geïnterviewd zijn (zie hieronder) niet bevestigd. Sterker nog, ze spreken deze hypothese tegen. Een 'Lean-mentaliteit' zorgt voor extra ruimte in de agenda om aan Menslievende zorg te besteden.

De integraliteit van zorg en de instrumentele competenties passen wel goed binnen het 'Lean-denken'. Ook 'tijd nemen' voor patiënten is iets dat door effectief werken zeker kan worden bereikt.

Op grond van deze redenering lijkt een aantal aspecten van Lean en lief verenigbaar. Er verschijnen echter ook enkele knelpunten als het gaat om het samengaan van deze twee aspecten. Om deze reden is met experts op deze twee terreinen gesproken.

Bas Lohman (Interview 16-06-2010) beweert dat Lean juist ruimte schept voor Menslievende zorg in de gezondheidszorg. Door het gestructureerde karakter ziet men Lean vaak als een management theorie die geen ruimte biedt tot flexibiliteit (zoals het hebben van een open agenda). Het tegenovergestelde is het geval. Doordat bepaalde werkprocessen vloeiend verlopen, wordt dubbel werk bij artsen en verpleegkundigen voorkomen. Hierbij kun je denken aan het simpele feit dat doordat alles gestructureerd en ordelijk verloopt artsen en verpleegkundigen alle benodigde spullen bij de hand hebben en dus geen tijd verliezen met het alsnog zoeken van instrumentaria en dergelijke. Een ander voorbeeld is het 'vier paar ogen'- principe. Vier verpleegkundigen controleren of, bijvoorbeeld, een chemowagen over de juiste hoeveelheden beschikt en de pomp wel goed staat afgesteld. Dit lijkt wel meer tijd te kosten, maar als dit goed verloopt, wint men juist heel veel tijd. Voor de professional komt tijd vrij om zich te richten op het

maken van een praatje met de patiënt. Dit valt onder wat in dit hoofdstuk onder Menslievende zorg is beschreven. Aandacht en tijd voor de patiënt wordt, in de visie van Lohman, bereikt door het implementeren van Lean in een ziekenhuis.

Uit het gesprek met Johan van der Bijl (Interview 05-07-2010) bleek duidelijk dat Lean en Menslievende zorg goed te verenigen zijn. Hij is binnen het Deventer Ziekenhuis bezig het Lean six sigma concept te implementeren in de organisatie. Lean six sigma verschilt van de normale variant van Lean management. Six sigma houdt in dat geboekte resultaten, gemeten worden en met cijfers ondersteund. Six sigma zoekt naar de cijfermatige bewijzen, uitgaande van het principe 'meten is weten'. Hij wijst vooral op het belang van six sigma om medewerkers binnen het ziekenhuis te overtuigen van de functie van Lean processen. Met cijfers zijn resultaten zichtbaar en daardoor raken medewerkers enthousiast. Het Deventer Ziekenhuis werkt sinds mei 2009 met Lean six sigma voor het optimaliseren van processen en het behalen van beleidsdoelstellingen. Het is nog niet in alle afdelingen doorgevoerd. Op dit moment kent het Deventer Ziekenhuis 33 medewerkers, die zijn opgeleid om met Lean six sigma te werken en het te verspreiden binnen het ziekenhuis. Zij hebben een gezamenlijk portfolio van 40 projecten, uitgevoerd in alle geledingen van het ziekenhuis: van kliniek tot ICT en van facilitair bedrijf tot laboratoria. Het succes van Lean six sigma leidt Van der Bijl mede af uit het feit dat afdelingen op andere plekken in het ziekenhuis resultaten zien en deze dan ook graag op hun eigen afdeling willen bereiken. Op deze manier wordt het 'Lean-denken' binnen het ziekenhuis verspreid. De resultaten leiden tot kortere wachttijden bij een aantal balies. Ook op andere terreinen wordt winst geboekt: de doorlooptijden zijn korter, waardoor meer ruimte ontstaat voor de patiënt. Rondkijken in de hal maakt vaak al duidelijk welke processen efficiënt verlopen. Van der Bijl wijst erop dat door het werken met Lean six sigma er ruimte ontstaat voor de professional om zich in de patiënt te verdiepen. Op die manier wordt de ruimte voor Menslievende zorg vergroot.

Annelies Van Heijst stelt dat vooral van belang is na te denken over het te bereiken doel. Verder is een belangrijk aspect dat Lean en marktdenken niet hetzelfde zijn. Van Heijst beschrijft Lean als "een verstandige rationalisering van schaarse middelen, dus rekenen onder verstandig beheer" (Interview Van Heijst, 14-07-2010). Met rekenen onder verstandig beheer bedoelt Van Heijst dat er aandacht is voor het efficiënter maken van werkprocessen, maar dat dit op een verstandige manier gebeurt. De centrale vraag bij Menslievende zorg en het managen ervan is: welke doelen hebben we geformuleerd en wanneer is zorg goed? Als dat helder is dan zijn Menslievende zorg en het Lean principe goed met elkaar te combineren. Bij Lean gaat het er immers om vast te stellen wat voor de patiënt van belang is bij het verlenen van zorg. Van Heijst wijst nog wel op het belang dat een patiënt zich nooit een nummer mag voelen. "Dit doet namelijk afbreuk aan de gegeven zorg" (Interview Van Heijst, 14-07-2010). Bij Menslievende zorg is juist van belang dat de patiënt zich als individu gewaardeerd voelt.

Bert Visser (Interview 16-07-2010) onderschrijft het belang van Lean management voor een zorgorganisatie. Visser is zorgmanager bij Brabantzorg. Hij is betrokken bij het opstellen van een nieuw

beleidsplan waarvan Lean een belang onderdeel is. Daarbij stelt hij dat het van belang is dat knelpunten in werkprocessen weggenomen worden. Iedereen op de werkvloer moet daarachter staan. Bij de inventarisatieronde binnen Brabantzorg (een instelling die zich richt op ouderenzorg) zijn ook patiënten betrokken. Zij zijn immers de doelgroep van Brabantzorg. Voor de ouderenzorg is Lean een heel nieuw toegepast concept, waarover nog geen concrete resultaten bekend zijn. Bert Visser is van mening dat Menslievende zorg en Lean Thinking goed samengaan. Hij beklemtoont dat we Lean vooral als een middel moeten zien en dat doorschieten in het werken met Lean een risico is, omdat het ten koste kan gaan van Menslievende zorg. Visser geeft aan dat het risico daarvan zit in alles rücksichtslos te standaardiseren. Doordat Lean snel resultaten oplevert, is Lean een succesvolle managementtheorie. Van belang is dat het management of het bestuur van een organisatie de resultaten toont aan de medewerkers. Op deze manier kan de leiding van een organisatie laten zien dat dit in te passen valt binnen de morele aspecten van de zorg. Bert Visser geeft aan dat Lean en Menslievende zorg – mits de toepassing van Lean niet te ver doorschiet – goed met elkaar te combineren zijn.

Uit gesprekken met verschillende deskundigen op het gebied van Lean en Menslievende zorg komen de volgende hypothesen als het gaat om de verenigbaarheid van Lean en Menslievende zorg naar voren:

- Bij de invoering van Lean is er een luisterend oor voor de medewerkers op de werkvloer. Dat geldt ook voor de patiënt. Vooral dit laatste sluit aan bij Menslievende zorg. Bij een goed genezingsproces hoort ook meer aandacht. Naast de intrinsieke motivatie van de professional is de beleving van de patiënt een belangrijk aspect bij de vraag of Lean en Menslievende zorg met elkaar te verenigen zijn. Bij deze hypothese zijn Lean en Menslievende zorg te verenigen.
- Bij het implementeren van het Lean principe in de zorg is het van belang Lean als middel te zien en niet als doel op zich, want dan ontstaat het risico dat onvoldoende naar patiënten en professionals geluisterd wordt. Dit kan ten koste gaan van de Menslievende aspecten van de zorg. Als mensen te sterk op efficiëntie focussen, dreigt Lean een doel op zich te worden in plaats van een middel. In dit geval is Lean een mogelijk risico voor Menslievende zorg, dat kan de verenigbaarheid in de weg staan.

In hoofdstuk 5 kom ik terug op deze hypothesen. Daar is gekeken naar de verenigbaarheid van Lean Thinking en Menslievende zorg aan de hand van het Good Work Project.

4.3 Probleemstelling

De probleemstelling blijkt uit de aanleiding, het theoretisch kader, de context van het onderzoeksobject en de casusbeschrijving.

Doelstelling

Doel van het onderzoek: Een explorerend onderzoek naar de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis, op basis van het Good Work Project. Menslievende zorg betekent voldoende aandacht voor de patiënt, die zich menswaardig behandeld moet voelen. Er is dus niet alleen aandacht is voor het genezingsproces maar ook voor de patiënt die als “onvergelijkelijk mens opgemerkt wordt, de ander (de patiënt) laten voelen dat die voluit telt en ontvankelijk zijn” (Van Heijst, 2005: 11). Het Sint Elisabeth Ziekenhuis is met het programma Menslievende zorg gestart in 2009, waarvan de lief-campagne een onderdeel is. Op deze manier wordt de meer morele manier van zorgen vormgegeven. Het Lean Thinking is afkomstig uit de auto-industrie en richt zich op het zo efficiënt mogelijk maken van werkprocessen.

Hoofd- en deelvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Draagt de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis bij aan goed werk?

Het Good Work Project van Gardner et. al. is hier de 'bril' waarmee ik de programma's Lean en Menslievende zorg onderzoek. Daarbij richt ik me op de manier waarop de programma's bijdragen aan goed werk (of juist niet).

Ik onderzoek de programma's en de implementatie van de programma's in het kader van het Good Work Project en de neorepublikeinse politieke filosofie.

Uit de aanleiding blijkt dat het voor ziekenhuizen van belang is om efficiënter en moreler te gaan werken. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg is in dit geval de centrale casus. In dit ziekenhuis probeert men de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg te implementeren en daarnaast aan elkaar te koppelen.

Uit het zorgdebat dat het adviesbureau O&I in 2009 heeft georganiseerd met 31 ziekenhuisdirecteuren en professionals blijkt dat de meesten de stelling onderschrijven, dat: “Lean Healthcare ruimte schept om Menslievende zorg te leveren” (O&I, 2009d: 9). Uit de interviewverslagen van O&I blijkt echter ook dat een aantal managers en bestuurders van ziekenhuizen aangeeft dat er juist sprake is van een spanning tussen Lean en lief (Van Irsel, 2009: 7).

In dit onderzoek koppel ik het begrip Menslievende zorg aan het moreel maken van het ziekenhuiswezen. Moreel gedrag van een organisatie “bestaat niet uit de doelen van een organisatie maar gaat om formele en informele normen die zij hanteren bij het bereiken van die doelen” (Nijhof, 1999: 18). Deze normen zijn soms vastgelegd in een (organisatie)code.

Bij Menslievende zorg ga ik uit van het principe dat Van Heijst (2005) hanteert, namelijk dat het gaat om de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. Dat valt af te leiden uit het principe dat “zorg geen daad is maar een betrekking” (Van Heijst, 2005: 123). De betrekking is de norm bij het bereiken van het doel: de patiënt zo goed mogelijk van dienst zijn. Nijhof koppelt moreel redeneren aan oprechte persoonlijke behoeftes en interesses en de oplossing van morele vraagstukken aan het gericht tegemoet komen aan deze oprechte behoeftes en interesses (Nijhof, 1999: 23). Dit sluit aan bij de oprechte interesse in en persoonlijke behoefte van patiënten, dat bij Menslievende zorg centraal staat. Zie hiervoor hoofdstuk 5.

Het Lean Thinking wordt gekoppeld aan het efficiënter maken van een ziekenhuisorganisatie. Dit is immers de basisgedachte van Lean (zie voor verdere verdieping hoofdstuk 5).

De hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

1. *Wat wordt verstaan onder de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg en waar vinden zij hun oorsprong?*

Om een helder beeld van de programma's te krijgen, schets ik de oorsprong en de achtergrond van beide programma's. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis wil daarnaast beide programma's aan elkaar koppelen. Ook de vraag of beide programma's samengaan, komt hier aan bod. Hiervoor zijn een aantal deskundigen op het terrein van zowel Lean als Menslievende zorg geïnterviewd, tevens is er in het Sint Elisabeth Ziekenhuis zelf onderzoek gedaan naar de verenigbaarheid van de programma's. Daarbij is voornamelijk gekeken of het theoretisch mogelijk is deze twee programma's aan elkaar te koppelen volgens de uitgangspunten van goed werk.

2. *Past de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg binnen de neorepublikeinse politieke filosofie?*

In hoofdstuk 2 is de neorepublikeinse politieke filosofie aangehaald. Hier gaat het om de vraag of deze principes terug te vinden zijn in het implementatieproces van Lean en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Dit is van belang omdat deze filosofie de professional op waarde schat en op deze manier bijdraagt aan goed werk. Hierbij gaat het om de intrinsieke motivatie van de professional. Ziet hij vanuit zijn intrinsieke motivatie de toegevoegde waarde van het werken met Lean Thinking en Menslievende zorg? De manier waarop de programma's tot stand zijn gekomen en de rol die de Raad van Bestuur en het management hierin spelen zijn daarbij van belang. De lerende gemeenschappen van het programma Menslievende zorg komen hier aan bod. Hier kunnen artsen en verpleegkundigen

vrijwillig aan deelnemen.

Lean is het ziekenhuis binnengekomen op initiatief van twee medisch specialisten. Menslievende zorg is van bovenaf ingevoerd. Ik onderzoek of dat een verschil uitmaakt in de manier waarop professionals zich betrokken voelen bij de programma's.

3. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor andere organisaties?

Lean Thinking en Menslievende zorg kunnen ook elders toegepast worden. De bevindingen uit het Sint Elisabeth Ziekenhuis plaats ik hier in een bredere context. Op deze manier keer ik terug bij het doel van het onderzoek. Namelijk het exploreren van de mogelijkheid om programma's te implementeren die kunnen bijdragen aan goed werk. Verder kijk ik naar de vraag of het Good Work Project wel een effectief middel is om deze programma's te onderzoeken.

4.4 Uitwerking methoden

Dit onderzoek gebeurt binnen een algemene context (het theoretisch kader uit hoofdstuk 2), toegespitst op een casestudy (Van Thiel, 2007: 97). In dit geval het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. Specifiek onderzoek ik de manier waarop het ziekenhuis de programma's Menslievende zorg en Lean Thinking implementeert.

Kwalitatief onderzoek

Dit kwalitatieve onderzoek betreft een meer holistische vorm: er wordt gewerkt met typologieën (namelijk Lean en Menslievende zorg) en met een case-studie (Het Sint Elisabeth Ziekenhuis). De typologieën beschouw ik door toepassing van de theorie van het Good Work Project. Dit heb ik gedaan door de data uit de interviews te koppelen aan het theoretisch kader zoals ik dat in hoofdstuk 2 beschreven heb. Door middel van interviews wordt duidelijk hoe de verschillende betrokkenen de implementatie van Lean en Menslievende zorg interpreteren (Boeije, 2005: 20). De interviews zijn gecodeerd aan de hand van het proces van open, axiaal en selectief coderen (Boeije, 2005). Op deze manier wordt bruikbare informatie gescheiden van ruis. Om gedegen te kunnen coderen, zijn de interviews opgenomen en in zijn geheel uitgeschreven.

Open coderen

Bij de uitwerking en verklaring van de interviews heb ik eerst open codering toegepast. "Open codering wordt door Strauss en Corbin (1998) beschreven als het proces van "breaking down, examining, comparing, conceptualizing and categorizing data" (in Boeije, 2005: 85). Hierbij worden de verzamelde gegevens in fragmenten ingedeeld. Open coderen is de eerste stap naar het ordenen van de verzamelde

data, wat resulteert in een codeboom. Als we kijken naar de implementatie van Lean Thinking binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis dan heb ik hiervoor de volgende codeboom gebruikt:

Implementatie van Lean Thinking

- Vooruitgang door Lean
- Stagnatie in werken met Lean
- Hoe de organisatie binnengebracht
- Manier van werken met Lean
- Visie respondent op Lean
- Rol bestuur
- Rol professional
- Informatievoorziening Lean
- Rol focusgroep

Axiaal coderen

De term axiaal coderen verwijst naar “a set of procedures whereby data are put back together in new ways after open coding, by making connections between categories” (Strauss & Corbin, 1998: 96). Ter illustratie heb ik hieronder een aantal fragmenten onder elkaar gezet die naar voren zijn gekomen als we het hebben over de resultaten van Lean Thinking in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Deze heb ik gebruikt als informatie over de manier waarop Lean binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis functioneert. De gemarkeerde gedeeltes zijn de gedeeltes die ik uit verschillende interviews gebruikt heb, waaruit de resultaten van Lean Thinking naar voren komen. De code ‘resultaten van Lean Thinking’ komt voort uit de codes ‘manier van werken’ en ‘voortgang door Lean.’ Dit heb ik gedaan om het te vereenvoudigen en meer duidelijkheid te krijgen in de data. Hiermee zijn de codes en de codeboom veranderd.

“We blijven bezig met Lean op onze afdeling. Resultaat is ook al zichtbaar, we hebben 2,5 FTE ingeleverd. Mensen klagen niet, zorg komt goed af. We zijn nog dieper in werkprocessen gedoken. Visualisatie helpt ons echt nu we met minder mensen zijn. De rol van de printer is sneller verwisseld, werkplekken zijn opgeruimd. We weten wat we op voorraad hebben.” (Interview Respondent Y, 16-09-2010).

“Terug naar wat heeft Lean opgeleverd. Er zijn een aantal projecten die met Lean gedaan zijn en dan kun je zeggen: die hebben zoveel opgeleverd. Het is de vraag hoe interessant dat antwoord is. Onze filosofie is dat zorg eenheden steeds met het verbeteren van de zorgprocessen bezig zijn en dat Lean hen daarin steeds beter helpt. Als het goed is kun je nooit meer eenduidig toeschrijven wat volgens Lean gebeurd is en wat niet. Voorbeelden: het laboratorium heeft voor de helft van hun routine uitslagen de doorlooptijd verbeterd. Vroeger duurde dat 3,5 dag. Nu duurt dat 3 uur. Verpleegafdelingen cardiologie daar hoeven patiënten in totaal 21 uur minder te wachten dan voorheen. Herniapatiënten: wachttijd van aantal maanden naar een aantal weken teruggebracht. Zo heb je flow verbeteringen, doorlooptijd. Op heel veel afdelingen hangen verbeterborden. Op die verbeterborden schrijven teamleden dingen op, en spreken ze acties af die ondernomen worden. Inmiddels zijn er misschien wel 2000 acties ondernomen. In hoeverre zijn deze resultaten nou toe te schrijven aan Lean en in hoeverre aan ideeën die ze al hadden? Hoe kun je dat bepalen? En is dat wel echt interessant? Zolang we dat doen scheiden we Lean namelijk van de eigen ideeën en initiatieven en werken we onze lange termijn doelstelling tegen. Namelijk dat Lean eraan bijdraagt dat processen verbeteren en een normaal onderdeel van ieders dagelijks werk wordt.” (Interview Marc Rouppe van der Voort, 03-09-2010).

“Het Verbeterbord wordt bij ons geïntroduceerd. En dan hebben we zo iets: moeten we dat ook nog doen. Maar dan gaan we er wel voor. En dan hopen we ook dat er een vervolg op is. Maar dat duurt vaak weer lang en dan is het jammer dat dat nooit zo soepel verloopt zeg maar. Dus we beginnen ergens aan, positief. En dan blijft het stagneren. Er is tijdgebrek om er mee verder te gaan.” (Interview Respondent A, 03-11-2010).

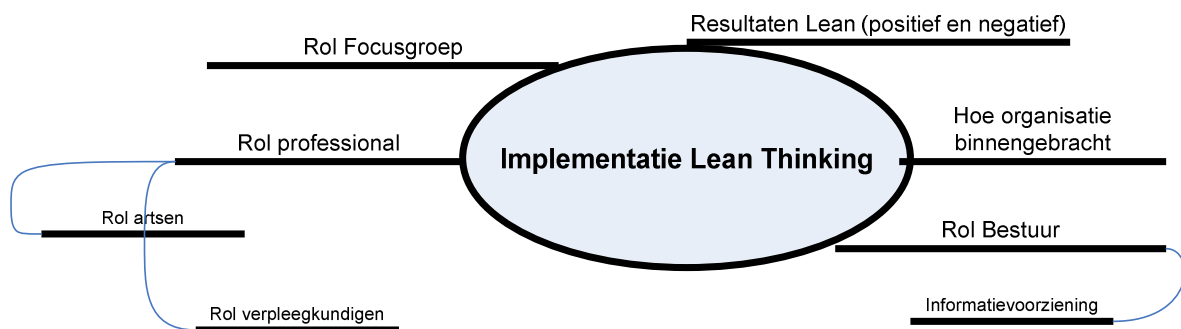
“Het gaat om het efficiënter maken van werkprocessen en dat is voor iedereen een voordeel. Zo is er het voorbeeld van iemand hij een duplex onderzoek moet ondergaan. Dat is een onderzoek naar de grootte van de bloedvaten. Doordat reeds op de SEH (Spoedeisende Hulp) een opdracht tot een duplex kan worden gegeven aan de afdeling KNF (Klinische Neurofysiologie) kan dit onderzoek al plaats vinden direct de ochtend na opname. Dit scheelt ten opzichte van de oude situatie waarbij een briefje moest worden ingevuld en dit naar de afdeling KNF moest worden gestuurd al gauw een dag in het doorloopp proces. Dat scheelt dus een dag opnametijd voor de patiënt. Dat is een duidelijke vooruitgang ten opzichte van hoe het ervoor geregeld was binnen het ziekenhuis. Binnen neurologie wordt er vooral op de verpleegafdeling veel met Lean gewerkt. Dit werpt ook zijn vruchten af. Voordeel van Lean is dat het werkt met eenvoudige principes die voor iedereen te begrijpen zijn.” (Interview Paul de Kort, 30-09-2010).

Selectief coderen

Bij selectief coderen gaat het om “selecting the core category, systematically relating it to other categories, and filling in categories that need further refinement and development” (Strauss & Corbin, 1998: 116).

Als we kijken naar de manier waarop de implementatie van Lean Thinking tot stand komt, dan zijn er een aantal centrale begrippen, die door middel van axiaal coderen tot stand zijn gekomen. Hier heb ik de verschillende begrippen die ik uit de interviews gehaald heb door middel van open en axiaal coderen onder elkaar gezet en aan elkaar gekoppeld. Daarnaast heb ik bij het selectief coderen aandacht besteed aan de manier waarop de data binnen het theoretisch kader te plaatsen zijn. Daarbij is specifiek gekeken naar de manier waarop de implementatie van beide programma's binnen de neorepublikeinse politieke filosofie te plaatsen is. In onderstaand schema is het analyseschema als het gaat om de implementatie van Lean Thinking, na selectief coderen, weergegeven. In vergelijking met de codeboom zijn er een aantal codes weggevallen (zoals de stagnatie in werken met Lean) en een aantal codes zijn subcodes geworden. De rol van artsen en verpleegkundigen heb ik onderscheiden bij de rol van de professional, deze zijn subcodes geworden.

Voor de implementatie van Menslievende zorg is eenzelfde schema opgesteld met codes die op de implementatie van dat programma van toepassing zijn. De codes zijn vrijwel identiek aan die hieronder zijn weergegeven. De enige wijziging is dat er in plaats van een focusgroep bij Menslievende zorg een lerende gemeenschap toegepast wordt. Dit schema dient als voorbeeld voor de manier waarop de data geanalyseerd zijn.



5 Verenigbaarheid van de concepten Lean Thinking en Menslievende zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de concepten Lean en Menslievende zorg en de verenigbaarheid van deze programma's. Dit is immers wat het Sint Elisabeth Ziekenhuis wil, beide programma's verenigen in één organisatie. Het gaat om twee verschillende paradigma's: het praktisch en toepassingsgerichte Lean, dat voortkomt uit een economisch denkkader, én het paradigma van de Menslievende zorg, dat zijn oorsprong vindt in de pastorale praktijk. Voordat er aandacht is voor de vraag of beide programma's te verenigen zijn en bijdragen aan goed werk is het van belang beide programma's uiteen te zetten.

5.1 Lean Thinking

De Lean-filosofie is een rechtstreeks gevolg van het productiesysteem van Toyota. Toyota is in 1950 opgericht in een tijd dat Japan herstellende was van de Tweede Wereldoorlog. Om de marktpositie van het bedrijf te versterken was het nodig meer te bereiken met minder middelen. Dit leidde tot het ontstaan van het Toyota Productie Systeem, tegenwoordig bekend onder de naam Lean-management (Zidel, 2006: 2). Het Lean Thinking is het etiket voor het toepassen van het Lean-management in de publieke sector (Hoogendijk, 2008: 18). Doel van het inzetten van deze filosofie in het ziekenhuiswezen is het verbeteren van de bedrijfsvoering (O&I, 2009a). Lean heeft bewezen tot goede resultaten te leiden. De focus richt zich op slimmer werken (Hoogendijk, 2008: 16). Deze resultaten zijn gemakkelijk te vangen in output (zie het systeemmodel in paragraaf 2.7), omdat het gaat om, bijvoorbeeld, verkorte wachttijden of afdelingen die meer patiënten binnen eenzelfde tijdseenheid behandelen.

Het basisprincipe van het Lean Thinking is dan ook meer doen met minder. Om dit te bewerkstelligen is het van belang dat het Lean Thinking geïntegreerd wordt in de hele organisatie. Iedereen moet volgens de Lean cultuur denken en werken. Dit komt tot uitdrukking in de definitie van de Toyota-Triangle:

“Lean is an integrated system of human development, technical tools, management approaches, and philosophy that creates a Lean organizational culture” (Graban, 2009: 20).

Lean Thinking in ziekenhuizen houdt in dat de klantwaarde centraal staat bij het optimaliseren van bedrijfsprocessen. O&I noemt Lean Healthcare succesvol toegepast wanneer “getracht wordt verspilling te vermijden en alleen die werkzaamheden te behouden met toegevoegde waarde voor de klant” (O&I, 2009c). Daarbij worden losse projecten vervangen door een proces van continue verbetering. In het Lean

taalgebruik heet dit - met een Japans woord - *kaizen* (Graban, 2009: 28). Kleine problemen worden direct gevisualiseerd en opgepakt door de professionals op de werkvloer. Op deze manier wordt er direct naar een oplossing gezocht voor ieder (klein) probleem (O&I, 2009c). In de visie van Toyota bestaan er geen problemen (Graban, 2009: 29). Het is namelijk van belang om problemen direct kenbaar te maken, zodat mensen deze meteen effectief kunnen aanpakken. Dit sluit aan bij de bottom-up benadering die Hoogendijk en Zidel (2006: 5) als een belangrijk aspect van Lean beschrijven. Op deze manier tracht men de professional te betrekken bij de verbetering van productieprocessen. De professional is zelf onderdeel van het proces en kan dan ook zelf oplossingen aandragen.

Hoogendijk beschrijft de volgende vijf principes van Lean: "1. Bepaal de waarde voor de klant en doorgrond het proces. Breng je proces in kaart en bepaal wat waarde toevoegt en wat niet. 2. Er zijn zeven vormen van verspilling: overproductie, transport, onnodige voorraad, wachten, onnodige bewegingen, onnodige processtappen, defecten of herstelwerkzaamheden. 3. Creëer *flow*: zorg dat alle waardetoevoegende activiteiten zo snel of dicht mogelijk na elkaar plaatsvinden. 4. Organiseer *pull*: maak het proces vraaggestuurd. 5. Streef naar perfectie door middel van het continue verbeteren" (Hoogendijk, 2008: 18).

Hieronder worden de vijf principes van Lean uitgewerkt en verduidelijkt.

1. Bepaal de waarde voor de klant

Lohman en Van Os maken de vergelijking met het product 'een vlucht naar de zon' met het vliegtuig om in kaart te brengen wat voor de klant van waarde is. De klant wil hier alleen betalen voor de vlucht en niet voor het gehele proces daaromheen. Uiteindelijk is de klant door het proces om de vlucht heen meer tijd kwijt dan alleen de feitelijke vliegtijd. (Lohman & Van Os, 2009: 7). Dit voorbeeld is gemakkelijk door te trekken naar een behandeling in het ziekenhuis waarbij ook sprake is van patiënten die vaak moeten wachten op hun behandeling of uitslag en hiermee soms meer tijd kwijt zijn dan met de behandeling zelf. Wachttijden voegen duidelijk geen waarde toe aan het proces. Bij dit principe is het van belang op deze manier te kijken naar elementen in het werkproces die wel en die geen waarde toevoegen voor de klant. In het tweede principe van Lean komt tot uiting welke vormen van verspilling ervoor zorgen dat er niet alleen gefocust wordt op de toegevoegde waarde van de klant. Om erachter te komen wat de klant wil, is het nodig iets te doen met de signalen van klanten. Dat kunnen zowel positieve als negatieve signalen zijn (Lohman & Van Os, 2009: 96).

Om het proces in te richten op een manier dat het een maximale waarde oplevert voor de klant, blijkt het value stream mapping (waardestroomanalyse) een goede methode. Hier wordt door een Lean projectgroep in kaart gebracht wat verschillende medewerkers doen en hoeveel tijd dit kost.

2. De vormen van verspilling

Verspilling beschrijft Graban als 'waste.' Met 'waste' wordt bedoeld: "any activity that does not help patients or does not move them toward being discharged or cured" (Graban, 2009: 25). De zeven vormen

van verspilling zijn als eerste gedefinieerd door Ohno, een van de grondleggers van het Lean gedachtegoed bij Toyota. Bij de zeven vormen van verspilling, die Hoogendijk beschrijft, voegt Graban nog een achtste toe, dat van het menselijk potentieel. Daarbij gaat het om de verspilling als werknemers overwerkt raken en daardoor geen suggesties voor verbetering aangeven (Graban, 2009: 42). Het doel van een Lean-proces is de vormen van verspilling te elimineren. In onderstaande tabel zijn de acht vormen van verspilling schematisch aangegeven.

Type Verspilling	Korte omschrijving	Ziekenhuis Voorbeeld
Defecten	Tijd gespendeerd aan iets incorrect doen, daarbij geen rekening houdend met (mogelijke) fouten	Operatieslangenwagen die een onderdeel mist, verkeerde medicatie of verkeerde dosis medicatie
Overproductie	Meer doen dan nodig voor de klant, of het sneller doen dan nodig	Het uitvoeren van onnodige diagnostische procedures
Transport	Onnodig verplaatsen van een product in een systeem	Slecht ontwerp, afdelingen die intensief met elkaar moeten samenwerken/waar patiënten tussen verplaatst moeten worden liggen te ver uit elkaar
Wachten	Wachten op de volgende werk activiteit	Werknemers die wachten omdat de werkhoeveelheden niet afgestemd zijn, patiënten die wachten op hun afspraak
Onnodige voorraad	Overdreven voorraad kost geld, opslagruimte en verplaatsingskosten	Opgeslagen medicatie die over de datum is, en die moet worden weggegooid
Onnodige bewegingen	Onnodige bewegingen van werknemers binnen het systeem	Laboratorium medewerkers die per dag veel lopen door een slecht ontwerp
Onnodige processtappen	Werk doen dat de klant niet als toegevoegde waarde ziet	Tijd/datum stempels op formulieren die nooit gebruikt worden
Menselijk Potentieel	Verspilling en verlies door het niet stimuleren van werknemers, niet naar hun ideeën luisteren of hun carrière niet stimuleren.	Medewerkers lopen tegen een burn out aan, en geven geen suggesties meer om het werkproces te verbeteren.

Uit: Graban, 2009: 43

3. Creëer flow

Flow kan worden gedefinieerd aan de hand van het stromen van een rivier zoals dat bij Toyota gebeurt. Als er veel stenen in de rivier liggen, wordt varen voor boten een stuk lastiger. De stenen zijn hier problemen die vragen om een oplossing om ervoor te zorgen dat de flow bevorderd wordt. (Graban, 2009:

153).

Hier gaat flow puur over het verbeteren van werkprocessen en is daarmee anders dan de flow van Csikszentmihalyi die in hoofdstuk 2 is beschreven. In hoofdstuk 2 gaat het om de flow van de professional zelf. Dat is niet gelijk te stellen aan de flow in een werkproces.

Om zoveel mogelijk flow in de werkprocessen te creëren is het noodzakelijk dat men weet hoe bepaalde processen precies verlopen. Hier is een analyse voor nodig. Daarbij moet kijken naar welke medewerker er nu precies het efficiëntst werkt geen doel zijn, maar de vraag hoe het ontwerp van het werkproces zo afgestemd kan worden dat bepaalde processen sneller kunnen verlopen. Dit kan bijvoorbeeld door het verplaatsen van een printer naar een andere locatie zodat het ophalen van documenten minder tijd kost. (Graban, 2009: 62-71). Om een goede flow in werkprocessen te verkrijgen is het belangrijk dat werkprocessen gestandaardiseerd worden. Dat wil zeggen “the current best way to safely complete an activity with the proper outcome and the highest quality” (Graban, 2009: 75). Dit betekent overigens niet al het werk exact op dezelfde manier uitvoeren; er is nog altijd ruimte voor eigen inzichten van de professional. Bovendien is het zo dat het standaardiseren van processen bottom-up gebeurt. Professionals hebben hierin zelf een belangrijke stem. Daarbij is een voornaam aspect dat gestandaardiseerd werk tijdelijk is. Het kan immers door het streven naar het constant verbeteren van het werkproces weer veranderen indien een organisatie effectievere werkvormen implementeert.

Een andere belangrijke manier om het werkproces een *flow* mee te geven is de 5S methode. De 5S methode staat voor Sort, Straighten, Shine, Systemize en Sustain (Graban, 2009: 100). Het gaat hier om sorteren, reduceren van verspilling, schoonhouden van de werkplaats, systematiseren van de werkomgeving en het behouden van het resultaat van de eerste 4S-en. Een andere methode is de 5 whys-methode. Die houdt in dat er vijf ‘waarom-vragen’ worden gesteld. De tweede ‘waarom-vraag’ volgt uit het antwoord op de eerste, enzovoort. Op deze manier is het mogelijk inzicht te verkrijgen waarom bij een bepaalde afdeling of behandeling de *flow* niet goed genoeg is (Gaban, 2009: 164).

4. Organiseer pull

Het organiseren van *pull* houdt in dat patiënten, producten of voorraden alleen verplaatst worden als dat nodig is. Het organiseren van pull gaat uit van een signaal van een lager departement of proces. Zo wordt het proces vraaggestuurd ingericht (Graban, 2009: 242). Bij *pull* is het geval dat er niet geproduceerd wordt als er geen vraag naar is (Lohman & Van Os, 2009: 151). In het Sint Elisabeth Ziekenhuis werkt men met een Kanban (het Japanse woord voor uithangbord) systeem. Dit is een systeem met kaartjes dat de voorraad minimaal houdt. Het kaartje geeft een signaal als een deel van de voorraad op is en op dat moment wordt er een nieuwe bestelling gedaan. (Lohman & Van Os, 2009: 152).

5. Het streven naar continue verbetering

Het streven naar continue verbetering wordt in het jargon van Toyota *kaizen* genoemd. Dit proces van

continue verbetering is een proces dat bottom-up plaatsvindt (Zidel, 2006: 123). Hoe gaat een organisatie om met dit proces? Daarbij is vooral de rol van de managers en leidinggevenden in een ziekenhuis van belang. Leidinggevenden dienen in een ziekenhuis aan te geven welke doelen het ziekenhuis nastreeft, deze doelen worden top-down verspreid (Grabau, 2009: 180). De professionals op de werkvloer moeten ervoor zorgen dat zij met waardevolle ideeën komen. Van belang daarbij is een informele omgang tussen manager en staf. De leidinggevende dient regelmatig zijn gezicht te laten zien. Op deze manier worden medewerkers gestimuleerd zich in te zetten om met suggesties voor verbeteringen te komen.

Belangrijk bij Lean is dat er niet alleen gefocust wordt op kosten. Van belang is het verhogen van het totaalplaatje van Veiligheid, Kwaliteit, Levering, Kosten en Moreel (van de medewerkers) (Grabau, 2009: 186). Managers dienen suggesties voor verbetering te toetsen. Bij wijzigingen is het van belang dat deze duidelijk gecommuniceerd worden. Iedere verbetering wordt op een wetenschappelijke manier doorgevoerd en het liefst op een zo laag mogelijk niveau in de organisatie (Lohman & Van Os, 2009: 34). Dit is van belang om te voorkomen dat bepaalde wijzigingen ondoordacht plaatsvinden en zo voor schade kunnen zorgen. Dit gebeurt aan de hand van de zogenaamde PDCA-cyclus, de Plan-do-check-act cyclus, ontwikkeld door Deming (Grabau, 2009: 29). Processen dienen voortdurend gecontroleerd te worden. Steeds is men op zoek naar nieuwe methoden om het werk efficiënter uit te voeren. Communicatie en training spelen daarbij een belangrijke rol, evenals de noodzaak van het integreren van verschillende departementen binnen een ziekenhuis. (Zidel, 2006: 5-7).

Samengevat: de twee belangrijkste aspecten van Lean

Het respect voor medewerkers binnen een organisatie is een belangrijk aspect van Lean. Dit komt voort uit de gedachte dat de professional zelf als onderdeel van het proces functioneert. Behalve het elimineren van verspilling is daarom een tweede aspect van Lean: respect voor de medewerkers (Grabau, 2009: 24). Deze twee aspecten zijn uiterst belangrijk, omdat ze zorgen voor een efficiënte bedrijfsvoering én voor draagvlak bij professionals voor het Lean proces.

Respect voor de medewerkers in het Lean Thinking principe betekent niet dat de managers van een ziekenhuis alleen vriendelijk zijn voor de medewerkers. Management en bestuur controleren wel degelijk. De misvatting die bij Lean vaak bestaat, is dat alleen professionals harder moeten gaan werken. Grabau spreekt dit tegen. Hij stelt dat één van de doelstellingen van Lean juist is om een burn-out bij professionals te voorkomen, en door intelligente werkprocessen ervoor te zorgen dat een professional meer werk kan verzetten in een kortere tijd. (Grabau, 2009: 26). Naast aandacht voor de professionals dient er aandacht te zijn voor andere stakeholders die betrokken zijn bij een ziekenhuis.

5.2 De gevolgen van Lean Thinking

Het beeld dat de meeste respondenten in dit onderzoek schetsen van Lean Thinking is de visie dat het werken met Lean goed is voor een organisatie. Bert Visser (Interview 16-07-2010) haalde aan dat het gebruik van Lean niet te ver moet doorschieten. Het mag geen doel op zich worden. Dit gevaar blijkt in de praktijk uit het Seattle Children's Hospital in de Verenigde Staten:

"Lack of space in the recovery room was another logjam, and the hospital planned a \$500,000 renovation to enlarge it. But a C.P.I. team saw that if a child's parents went to a common waiting room during surgery, instead of an individual recovery room, more surgeries could be scheduled. Parents were given beepers to alert them when their child would arrive in the recovery room — and maps and colored lines on the walls helped point the way. Plans for the expensive renovation have been scrapped" (Weed, 2010).

Bovenstaand citaat heeft betrekking op de herstelkamers na de operatie van een kind. Hier wordt op een zo efficiënt mogelijke manier met de ruimte omgegaan. Die handelwijze gaat ten koste van de privacy van de ouders, die op dat moment in spanning verkeren over de afloop van een (soms ingrijpende) operatie van hun kind. Naast een tekort aan privacy moeten zij ook zelf de weg vinden binnen het ziekenhuis, in plaats van dat een verpleegkundige hen begeleidt naar de herstelkamer. Het is de vraag of de toepassing van Lean hier te ver is doorgeschoten. Een andere redenering hier is dat door ouders bij elkaar te zetten, zij juist steun bij elkaar kunnen vinden, omdat zij zich in eenzelfde positie bevinden.

Stijgend verwachtingspatroon bij managers en politiek leiders.

Het voorbeeld uit het Seattle Children's Hospital maakt duidelijk dat er bij management en bestuur sprake kan zijn van een stijgend verwachtingspatroon. Door het werken met de principes van Lean Thinking worden resultaten geboekt, die men ook op andere terreinen kan gaan toepassen. Dat kan leiden tot het hevig onder druk zetten van de organisatie en dat kan uiteindelijk ten koste gaan van (naasten en familieleden van) de patiënt. Het onder druk zetten van de organisatie kan optreden door een doorgeschoten streven naar uiterste verhoging van de efficiëntie in het werk. Politici kunnen dit aangrijpen om de geldkraan verder dicht te draaien. Het kabinet Rutte pleit voor een goedkopere, en dus efficiëntere gezondheidszorg. Hoewel de geïnterviewden uit het Sint Elisabeth Ziekenhuis aangeven dat het bij de implementatie van Lean in de organisatie niet uitsluitend gaat om het terugdringen van kosten, kan dit wel een effect zijn dat voor de gehele ziekenhuiszorg een negatieve uitwerking kan hebben. De vertaling van politici is anders dan die van de professionals die enkel bezig zijn met het verlenen van hoogwaardige zorg en geen rekening hoeven te houden met andere maatschappelijke belangen, iets waar politici wel mee te maken hebben.

Verpleegkundige Mariëlle van Mersbergen-de Bruin geeft aan dat zij zich wel zorgen maakt over de mogelijke gevolgen van Lean. Zij zegt te vrezen dat Lean te veel aandacht schenkt aan het efficiënter

maken van de zorg en minder rekening houdt met het belang van de patiënt (Interview Mariëlle van Mersbergen-de Bruin, 28-10-2010).

Bij de toepassing van Lean speelt nog een ander belangrijk aspect mee. Namelijk dat de logica van de markt wezenlijk anders is dan de logica van de zorg (Mol, 2006: 33-34). Bij de logica van het zorgen geldt dat iedereen die hulp nodig heeft, ook voor die hulp in aanmerking komt (Mol, 2006: 33). Dit houdt in dat een ziekenhuis de patiënt als individu dient te behandelen. Hij kan zeker niet mechanisch worden opgedeeld zoals dit in het marktdenken het geval is (Mol, 2006: 34).

Door geldgebrek zou het zo kunnen zijn dat de Nederlandse overheid aan een succes van de toepassing van Lean Thinking dat tot verbetering van het werkproces heeft geleid, een argument ontleent voor bezuinigingen. Het is goed mogelijk dat politiek leiders gedwongen worden de afweging te maken op gezondheidszorg te bezuinigen. De criteria over wat wenselijk gedrag is, hier het goed zorgen voor patiënten, verplaatst zich dan naar het zo efficiënt mogelijk werken. Een mogelijk gevaar hier is dat de politiek door middel van marktwerking de normen van de gezondheidszorg tegensprekt, door te veel op efficiëntie te focussen. Dit zorgt ervoor dat goed werk moeilijk te realiseren is en het leidt tot werk dat slordig is en het welzijn van de gemeenschap schade toe kan brengen (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 63). Als de gezondheidszorg deze richting opgaat, is dit niet alleen schadelijk voor de beroepstrots van artsen en verpleegkundigen maar ook voor alle (potentiële) patiënten. Het te ver doorschieten van Lean Thinking kan leiden tot gecompromitteerd werk. Kanttekening hierbij is dat efficiënt werk niet per definitie gecompromitteerd werk is. Efficiënt werk kan namelijk bijdragen aan technisch excellent werk en ervoor zorgen dat wachtlijsten afnemen.

5.3 Menslievende Zorg

Centraal in dit onderzoek staat de implementatie van 'Lean' en 'lief'. Met lief wordt hier bedoeld Menslievende zorg. Wat wordt er nu precies verstaan onder deze Menslievende zorg? De verklaring van dit begrip vinden we bij een aantal auteurs uit de theologie afkomstig, die van hieruit zochten naar wat zij onder Menslievende zorg verstaan. Annelies van Heijst (2005) schreef hierover het boek *Menslievende zorg*. In de inleiding stelt zij: "Als professionals in de zorgsector zeggen dat ze van mensen houden, bedoelen ze niet maar één ding, maar verschillende dingen die in elkaar grijpen: dat ze zich voor mensen interesseren, zich door hen geraakt voelen en iets willen betekenen voor mensen die ziek of oud zijn en het alleen niet redden" (Van Heijst, 2005: 9). Het houden van mensen is wat door Van Heijst betiteld wordt als menslievendheid. Van Heijst stelt verder dat Menslievende zorg verder gaat dan alleen de professionals die werkzaam zijn in de zorg, maar dat ook zorgsystemen hierbij een belangrijke rol spelen. Verder is het zo dat professionals zich beperkt voelen door het systeem van marktwerking in de zorg waarin deze goedkoper, sneller moet worden aangeboden en afgehandeld (Van Heijst, 2005: 13). Van

Heijst uit kritiek op de volgens haar politiek geldende opvatting dat “zorgen *wezenlijk en uitsluitend* zou bestaan uit het doen van geplande klussen, bedrijvig redderen, krachtdadig ingrijpen. Kortom modelmatig iets doen” (Van Heijst, 2005: 66). Zij stelt dat zorg geen daad is maar een betrekking. Het gaat niet alleen om de geplande werkzaamheden, maar het reikt verder.

Presentietheorie

De presentietheorie van Baart vindt haar oorsprong in het onderzoek naar het werk van pastores in verschillende wijken in Nederland. Daarbij lette men op wat de wijkpastores “doen en betekenen in het aanvoelen van de burgers” (Baart, 2006: 633). De pastores passen hier de leefwereldbenadering toe. De leefwereldbenadering houdt in dat mensen hun identiteit ontlenen aan een specifieke levensloop. Iemand die aansluiting zoekt bij de leefwereld van iemand anders dient dus ook belangstelling te tonen voor de levensloop van die persoon (Baart, 2006: 429). Het antwoord op de vraag wat de pastores doen luidt volgens Baart als volgt: “de pastores bieden in een gekwalificeerde, quasi-natuurlijke relatie een hechtingspunt vanwaaruit gewerkt wordt aan het geluk en goede leven van de pastoranten” (Baart, 2006: 633). Wat opvalt in de reactie van buurtbewoners als het gaat om de hulp die zij van instanties als de reclassering en de Sociale Dienst ontvingen: zij slaan de hulp van de pastores hoger aan. De verklaring daarvoor is dat bepaalde relaties verschillen als het gaat om sociaal handelen (Baart, 2006: 638). Bij een wat zakelijker relatie, is er sprake van een lagere verbinding tussen degene die hulp vraagt en degene die deze levert. In dit kader spreekt Baart zijn bezorgdheid uit over de “oprukkende privatisering van de zorg” (Baart, 2006: 676). Hierbij is Baart bang dat centraal opgestelde doelstellingen de autonomie van de professional aantasten. Buiten de zorgen die Baart heeft over de oprukkende privatisering van de zorg stelt hij ook zijn vraagtekens bij de bureaucratische bemiddeling in de zorg. Dit werkt onverschilligheid jegens de cliënt in de hand (Baart, 2006: 677).

Van Heijst haalt in haar boek *Menslievende zorg* de presentietheorie van Baart aan ter onderbouwing van wat zij onder Menslievende zorg verstaat. Baart beschrijft presentie immers als volgt: “Presentie is een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft. Zo leert de zorggever zien wat er bij de ander op het spel staat van verlangens tot angst. In aansluiting daarbij gaat de zorggever begrijpen wat er in zo’n situatie gedaan zou kunnen worden. En wat de zorgverlener daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Presentie is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw” (Baart, 2007: 4).

In het artikel *Presentie als dragende kracht voor goede zorg* gaat Baart in op de eigenschappen die de helper (lees: de zorgverlener) nodig heeft om de presentiebeoefening succesvol uit te voeren. De zorgverlener dient niet alleen met de patiënt mee te denken en naar de patiënt toe te komen, hij moet met de hulpbehoevende ook een relatie opbouwen. Bovendien kan de hulpbehoevende het bij de zorgverlener eigenlijk nooit verbruïen (Baart, 2007: 5). De zorgverlener mag zich – op het gebied van

institutionele zaken – niet laten afleiden door bureaucratische mechanismen. Dat wil zeggen: hij moet niet in aparte werkdomeinen werken, niet rechtlijnig zijn en bovenal aanwezig zijn voor de hulpbehoevende (presentie) (Baart, 2007: 5).

Presentie geeft aan “ik betrek mij op de ander, ik ga een betrekking aan, aandachtig en toegewijd” (Baart, 2007: 6). In zijn boek *Een theorie van de presentie* beschrijft Baart acht werkprincipes van de presentiebeoefening. In de onderstaande tabel staan deze principes schematisch aangegeven.

Procesdoel, gezien vanuit de werker	Werk-of moreel principe / Geïnvolveerde waarde	Dimensies van het principe
Zorgbereid worden	1. Zich vrijmaken / <i>Beschikbaarheid</i>	a. Deroutinisering b. De-institutionalisering c. Open agenda
Zorgbereid worden	2. Zich openen / <i>Ontvankelijkheid</i>	a. Toewending b. Ontwapening c. Open agenda
Zich tot zorg verbinden	3. Zich betrekken / <i>Relatie</i>	a. Onbevangenheid b. Gespannenheid c. Substantialiteit
De zorg identificeren	4. Zich voegen / <i>Bevestiging</i>	a. Voorhandene/alledaagse b. Eigen(lijk)e c. Samenhangen (integraliteit)
De zorg identificeren	5. Zich verplaatsen / <i>Bevestiging</i>	a. Binnenperspectief b. Rationele reconstructie c. Partijdigheid
De zorg geven	6. Zich lenen / <i>Zin</i>	a. Inschrijfbaarheid b. Instrumentele potenties c. Sociaal-cultureel kapitaal
De zorg geven	7. Zich beheersen / <i>Goede doel</i>	a. De tijd nemen b. Afwachten tot goede zich toont c. Richting vinden
De zorg geven	8. Zich toewijden / <i>Trouw</i>	a. Belangenloze loyaliteit en onvoorwaardelijkheid b. Bedonderbaarheid c. Troost

Uit: Baart, 2006: 760-761

Deze visie van de presentietheorie sluit sterk aan bij de beschrijving van het begrip Menslievende zorg zoals Van Heijst doet. Het gaat er in beide benaderingen om dat de zorgverlener (de professional) kenbaar maakt aan de hulpbehoevende dat hij of zij er toe doet en dat de professional bereid is zich aan deze persoon toe te wijden. De zorgrelatie met een patiënt zien beide auteurs als iets van essentieel belang.

Interventie

De tegenhanger van de presentie die Baart beschrijft, is de interventie: “tussenkomen in het sociale domein, dat niet aan zichzelf wordt overgelaten” (Baart, 2006: 731). Bij de interventie wordt een beleidskader gecreëerd voor de presentiebeoefenaar. Er zijn gelden voor vrijgemaakt. Een interventiebeoefenaar is iemand, die zich professioneel en calculerend opstelt. Het gaat om een meer technocratische en neutrale gedachtegang. De interventie is het daadwerkelijk behandelen van de patiënt. De arts is - bijvoorbeeld - een dergelijke interventiebeoefenaar. Van Heijst typeert een interventie als iets kwalijks als het “wordt verzelfstandigd tot niets dan een verrichting” en “als interventie wordt verabsoluteerd tot het enige zorgaanbod dat voorhanden is en voor professioneel mag doorgaan” (Van Heijst, 2005: 133). Volgens Baart is het risico op een interventie die verzelfstandigd wordt tot alleen een verrichting sterk aan de orde bij het marktgericht denken in het ziekenhuiswezen (Baart, 2006). De vraag is of het principe uit de vrije markt dat dit onderzoek analyseert (namelijk het Lean-Thinking) inderdaad leidt tot een vereenvoudiging van het interventieprincipe als niets meer dan een verrichting.

In de zorg zijn zowel interventie als presentie nodig. De presentie richt zich op de menslievende kant van zorg, terwijl de interventie zich meer bezighoudt met de technocratische kant: het eigenlijke verhelpen van de kwaal. Dit verschil neigt enigszins naar het onderscheid tussen *care* en *cure* wat regelmatig in de zorg verschijnt. Mol (2006) beschrijft *care* als een begrip waarbij wij in het Nederlands ‘zorgen’ bedoelen (Mol, 2006: 7). Daarbij gaat het bijvoorbeeld om wassen, te eten geven “en andere activiteiten die bijdragen aan een draaglijk dagelijks leven” (Mol, 2006: 7). Bij *cure* is vooral sprake van “interventies die in huisartspraktijken en ziekenhuizen worden verricht of voorgeschreven” (Mol, 2006: 8). Het genezen van de patiënt staat hier centraal. Het principe van Menslievende zorg reikt echter verder dan wat er onder het *care* in de zorg verstaan wordt. Menslievende zorg is namelijk een begrip dat zich niet alleen richt op degenen die zich alleen met *care* van zorgen bezig houden, maar omvat ook degenen die zorgen voor het *cure* aspect. Beide begrippen vertonen zeker een bepaalde overlap: de centrale gedachte van het draaglijk maken van het leven van de patiënt.

Marktwerking en Menslievende zorg

Annemarie Mol is hoogleraar politieke filosofie aan de Universiteit van Twente. Zij heeft het boek *De logica van het zorgen* geschreven. Mol (2006) ziet ook nadelen bij marktwerking in de zorg. Zij geeft aan dat in de logica van het zorgen “geldt dat iedereen die hulp nodig heeft, ook voor hulp in aanmerking komt” (Mol, 2006: 33). Verkopers geven wel mensen op als ze geen winst opleveren. De markt gaat hier meer uit van de logica van het kiezen, waar het zin heeft klanten in doelgroepen in te delen (Mol, 2006: 34). Tegenover de twee verschillende logica’s stelt Mol dat op de markt bijna alles te verhandelen valt en dus ook aandacht. Dat kan spanningen met zich meebrengen. Ook Baart (2006) heeft zo zijn bedenkingen over de oprukkende privatisering in de zorg.

Van Heijst beschrijft de relatie tussen Menslievende zorg en marktwerking. Zij sluit haar boek *Menslievende Zorg* af met de stelling dat Menslievende zorg vervullend is naar twee kanten (Van Heijst, 2005: 392). Hiermee bedoelt zij dat menslievende zorg “niet hoeft te conflicteren met de economische ruilverhouding in het arbeidscontract van professionals: zij leveren werk en ontvangen salaris” (Van Heijst, 2005: 392). Daarbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat een louter economische kijk niet voldoende is om de aard van Menslievende zorg te begrijpen. Hiervoor is ethische duiding nodig, zoals hierboven beschreven is aan de hand van onder meer de presentie- en interventiebenadering.

In tegenstelling tot het Lean Thinking is Menslievende zorg een stuk moeilijker te vangen in output. Cijfers over werkverbetering zijn er vaak niet, dit maakt het wat lastiger het effect van Menslievende zorg te meten. Het is echter niet onmogelijk. Er zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar de ontwikkeling van het aantal klachten om zo de tevredenheid van de patiënten te meten. Hier zitten wel haken en ogen aan, het aantal ingediende klachten kan van meerdere factoren afhangen. Bijvoorbeeld het gemak waarmee patiënten klachten kunnen indienen. Als dit eenvoudiger is, zullen er waarschijnlijk meer klachten binnenkomen.

5.4 Lean Thinking en Menslievende zorg in relatie tot goed werk

In de voorgaande paragrafen zijn de concepten Lean Thinking en Menslievende zorg uitgewerkt. Hier volgt de koppeling naar het Good Work Project. Daarbij haal ik nog even het DNA van goed werk aan: “1) het is technisch excellent 2) voor degene die het uitvoert is het betekenisvol, men kan er zijn/haar betrokkenheid in kwijt (Engagement) 3) Het wordt op een ethisch verantwoorde manier uitgevoerd” (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 51).

Menslievende zorg

In het kader van het programma Menslievende zorg zijn vooral de laatste twee punten erg interessant. De idee van Menslievende zorg is om een werksituatie te bereiken, waar de professional zijn of haar betrokkenheid in kwijt kan. Dit komt voort uit de presentietheorie, hier maakt de professional kenbaar dat hij bereid is zich aan de patiënt toe te wijden. Daarmee hangt samen dat het van belang is dat het werk op een ethisch verantwoorde manier uitgevoerd wordt. Het gaat om het ontwikkelen van deugden, die het werk op ethisch vlak beter maken. Menslievende zorg kan daarnaast een bijdrage leveren aan technisch excellent werk. Door een goede relatie op te bouwen met de patiënt is de hulpverlener in staat om technisch goed werk te leveren. De hulpverlener is er immers van op de hoogte wat de patiënt dwarszit en is zo in staat deze op een adequate manier te helpen.

Beroepscode ten opzichte van Menslievende zorg

De beroepscode is een belangrijk aspect als het gaat om goed werk. De beroepscode van artsen en

verpleegkundigen zijn in het Theoretisch kader uitgewerkt. Als we kijken naar de beroepsethiek van artsen dan komt naar voren dat zij in hun opleiding naast toetsing op kennis ook getoetst worden op omgang en bejegening van patiënten (Ten Have, Ter Meulen & Van Leeuwen, 2006: 29). Dit sluit aan bij Menslievende zorg. Gert Olthuis had het over het “herontdekken van deze aspecten van de zorg” (Interview Gert Olthuis, 21-09-2010). Neuroloog Paul de Kort sprak over de irritatie bij een aantal artsen over het programma Menslievende zorg, omdat dit reeds in hun opleiding aan de orde zou zijn geweest. De beroepscode van artsen vertoont op een aantal punten overlap met het programma Menslievende zorg. Dit sluit aan bij de woorden van Olthuis dat het een herontdekking van de ethische aspecten van de zorg betreft. Zo bezien lijkt het dat Menslievende zorg hier niet botst met de beroepscode. De trots van de artsen lijkt hier de verenigbaarheid tussen organisatie en beroepsethiek meer in de weg te staan.

Kijken we naar de beroepscode van verpleegkundigen dan valt op dat de verpleegkundige initiatieven moet nemen ter bevordering van de kwaliteit van het beroep (CNV & ABVAKABO FNV, 2007: 5-7). Respondent Y noemt een aspect dat raakt aan het tweede punt van de beroepscode dat hier aangehaald is: een groot aantal verpleegkundigen onderneemt geen activiteiten om zich verder te ontwikkelen. Ze willen geen deel uitmaken van bijvoorbeeld een lerende gemeenschap over Menslievende zorg. Hiertegenover staat dat het grootste gedeelte van de deelnemers aan de lerende gemeenschappen in het Sint Elisabeth Ziekenhuis juist verpleegkundigen zijn. In het interview met verpleegkundige Mariëlle van Mersbergen-de Bruin komt naar voren dat Menslievende zorg een toevoeging is op wat je op de opleiding leert. “*Menslievende zorg leert juist dat zorgen ontstaat door een interactie tussen twee mensen en dus ook twee werelden*” (Interview Mariëlle van Mersbergen, 28-10-2010). Het programma Menslievende zorg botst niet met de beroepscode, maar vormt juist een aanvulling waarvoor de beroepscode voor verpleegkundigen aandacht vraagt. Ook hier lijkt geen sprake van botsende loyaliteiten tussen organisatie- en beroepscode. In het Sint Elisabeth Ziekenhuis is het grote verschil met de houding van artsen, dat verpleegkundigen Menslievende zorg meer als aanvulling dan als een aanval op het eigen werk beschouwen. Op deze manier is Menslievende zorg in overeenstemming met de doelen die verpleegkundigen zich voor ogen stellen. Dit leidt tot meer goed werk, er is namelijk sprake van afstemming binnen de organisatie.

Lean Thinking

Kijken we naar Lean, dan kan dit programma bijdragen aan goed werk door middel van efficiënte werkprocessen. Door een afname van het aantal fouten en het elimineren van onnodige stappen in het werkprocessen, leidt dit tot meer technisch excellent werk. De betrokkenheid van de professional bij het werk komt terug in Lean Thinking. Dit is een filosofie die zich richt op werkprocessen, maar daarbij is respect voor de professional belangrijk. Bij Lean kan de professional zelf ideeën aandragen ter verbetering van het werkproces. Bovendien komt het initiatief tot de implementatie van Lean in het Sint Elisabeth Ziekenhuis voort uit de professional zelf, dus uit de intrinsieke motivatie om het werk te

verbeteren. De ethisch verantwoorde manier van werken komt bij Lean niet direct aan de orde. Ethiek is iets dat aan Lean toegevoegd kan worden door op een ethisch verantwoorde manier werken als toegevoegde waarde te beschouwen. Op deze manier dient een Lean proces invulling te geven aan ethisch verantwoord werken. Hiervoor heeft Lean een aanvulling nodig, het is niet zo dat ethisch verantwoord werken deel uitmaakt van de wezenskenmerken van het programma.

5.5 De verenigbaarheid van de programma's Lean en Menslievende zorg

In het Sint Elisabeth Ziekenhuis probeert men de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg aan elkaar te koppelen. Deze paragraaf behandelt de haalbaarheid van de koppeling van beide programma's. Dit is van belang voor de implementatievraag, omdat het Sint Elisabeth Ziekenhuis hiermee een uniek concept in handen heeft (O&I, 2009b). Namelijk het koppelen van een programma dat zorg efficiënter maakt aan een programma dat meer waarde toekent aan de morele aspecten van de ziekenhuiszorg.

Lean zorgt dat werkprocessen sneller en dus soepeler verlopen. Hierdoor ontstaat ruimte voor de professional. Deze ruimte in het tijdschema kan hij of zij gebruiken om een praatje met de patiënt te maken, present te zijn. Bijvoorbeeld informeren hoe het gaat, een bedroefde patiënt troosten. De vraag is of door het toepassen van Lean goed werk ontstaat. Daarvoor gelden de criteria van het Good Work Project, in hoofdstuk 2 beschreven.

Het is in het Sint Elisabeth inderdaad zo dat een aantal werkprocessen sneller en soepeler is gaan verlopen door het werken met Lean Thinking (Interview Respondent Y, 16-09-2010; Interview Paul de Kort, 30-09-2010). Op deze manier wint men tijd in het proces. De respondenten leggen vooral de link met een snellere doorlooptijd, die aangenaam is voor de patiënt en dus bijdraagt aan Menslievende zorg. Lerende gemeenschappen, een instrument dat ook binnen de Lean-filosofie past, kijken naar de manier waarop professionals de zorg menslievender kunnen verrichten. De aspecten van goed werk zijn van belang bij de vraag of Lean en Menslievende zorg te verenigen zijn. In algemene zin geldt dat ruimte voor persoonlijke maatstaven, aandacht voor beroepscode en beroepseer belangrijke factoren zijn. Het management van een ziekenhuisorganisatie speelt hier een doorslaggevende rol. De manier waarop het implementeren van dergelijke programma's gebeurt, is van belang voor het draagvlak bij professionals en het uiteindelijke succes van de concepten Lean en Menslievende zorg binnen de organisatie. Als er voldoende draagvlak ontstaat, kan een combinatie van deze concepten leiden tot meer goed werk. Draagvlak in de ruimste zin van het woord: draagvlak bij professionals, draagvlak binnen de organisatiecultuur, draagvlak binnen beroepsorganisaties, maatschappelijk draagvlak. Dit om de vier krachten (persoonlijke maatstaven, sociale controle, culturele controle en opbrengstcontrole) die goed werk mogelijk maken op elkaar af te stemmen.

Om een antwoord te kunnen formuleren op de vraag of Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint

Elisabeth verenigbaar zijn, is gekeken naar de hypothesen in Hoofdstuk 4. Hier volgen die hypothesen met uitleg over de gang van zaken binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis.

- Bij de invoering van Lean is er een luisterend oor voor de medewerkers op de werkvloer. Dat geldt ook voor de patiënt. Vooral dit laatste sluit aan bij Menslievende zorg. Bij een goed genezingsproces hoort ook meer aandacht. Naast de intrinsieke motivatie van de professional is de beleving van de patiënt een belangrijk aspect bij de vraag of Lean en Menslievende zorg met elkaar te verenigen zijn. Bij deze hypothese zijn Lean en Menslievende zorg te verenigen.

Zowel bij Lean Thinking als bij Menslievende zorg is er aandacht voor wat de patiënt wil. Vaststellen wat de patiënt precies wil, blijkt soms een lastige opgave. Vaak weet de patiënt dit zelf ook niet (Interview Respondent Y, 16-09-2010). Bij het opstarten van de lief-campagne is zeker de nodige aandacht geweest voor verhalen van patiënten. Bovendien zijn klachten en complimenten van patiënten meegenomen in de ontwikkeling van het werken met Lean en Menslievende zorg (Interview Gert Olthuis, 21-09-2010). Waar mogelijk wordt naar de eisen van patiënten geluisterd, maar uit de interviews komt naar voren dat er altijd het probleem is van toenemende verwachtingen van patiënten. Tenzij het Sint Elisabeth Ziekenhuis er in slaagt de patiënt iets aan te bieden wat hij niet voor mogelijk had gehouden (Interview Marc Rouppe van der Voort, 03-09-2010). In algemene zin is een stijgend verwachtingspatroon bij patiënten iets waar professionals rekening mee moeten houden. Daarom is het lastig met resultaten te komen, als het gaat om patiënttevredenheid (Interview Respondent Y, 16-09-2010).

- Bij het implementeren van het Lean principe in de zorg is het van belang Lean als middel te zien en niet als doel op zich, want dan ontstaat het risico dat onvoldoende naar patiënten en professionals geluisterd wordt. Dit kan ten koste gaan van de morele aspecten van de zorg. Als mensen te sterk op efficiëntie focussen, dreigt Lean een doel op zich te worden in plaats van een middel. In dit geval is Lean een mogelijk risico voor Menslievende zorg, dat kan de verenigbaarheid in de weg staan.

Dit risico onderschrijft Rouppe van der Voort, zorgmanager binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Lean dient op een goede manier ingepast te worden en mag niet ten koste gaan van de morele aspecten van zorg. Het Sint Elisabeth is hier volop mee aan de slag in de lerende gemeenschap 'lief en lenig'. Hierin spreken artsen, onderzoekers, managers en hoofden van zorgeenheden samen over raakvlakken tussen Lean en lief (Menslievende zorg) en op welke punten zij van elkaar verschillen. Op deze manier kijken zij samen naar de manier waarop zij beide concepten in de context van het ziekenhuis kunnen invullen. In het Sint Elisabeth Ziekenhuis is Lean vanaf de werkvloer opgezet, en juist dit is de kracht van Lean (Interview Paul de Kort, 30-09-2010). De acceptatie binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis is groot en juist het feit dat de Raad van Bestuur zich niet te sterk bemoeit met Lean Thinking zorgt ervoor dat het geen doel op zich wordt, maar dat professionals op deze manier bespreekbaar kunnen maken waar zij tegenaan lopen.

Conclusie

In het kader van goed werk is de vraag of Lean Thinking en Menslievende zorg te verenigen zijn relevant omdat beide programma's elkaar aanvullen als we kijken naar het DNA van goed werk. Lean Thinking ondersteunt technisch excellent werk. De betrokkenheid (Engagement) uit het DNA van goed werk kan de professional ook kwijt in Lean Thinking. Het ethische aspect van goed werk komt niet duidelijk naar voren in Lean. Menslievende zorg is de zoektocht naar ethisch verantwoord werk, waar de professional tevens zijn betrokkenheid in kwijt kan en ook technisch excellent werk enigszins in naar voren komt. Op het gebied van het DNA van goed werk is Menslievende zorg een aanvulling op Lean Thinking die goed werk mogelijk maakt.

Als we kijken naar de hypothesen over de verenigbaarheid van Lean en lief, dan is het lastig om een antwoord te formuleren op de eerste hypothese. Het is namelijk zo dat vanwege een stijgend verwachtingspatroon bij de patiënt lastig gesteld kan worden wanneer deze tevreden is. Op basis van de theorie kunnen we stellen dat deze hypothese juist is, omdat er bij beide programma's aandacht is voor de wens van de patiënt. De tweede hypothese onderschrijft het risico dat Lean een doel op zich wordt. Dit risico wordt ontkracht door de manier waarop Lean in het Sint Elisabeth Ziekenhuis functioneert.

Als conclusie stel ik vast dat Lean en lief verenigbaar zijn. In het kader van goed werk levert dit voordelen op. Een combinatie van beide programma's maakt de kans op goed werk groter.

6 De implementatie van Lean en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis.

In dit hoofdstuk komt de implementatie van de programma's Lean en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis aan bod. Dit onderzoek ik aan de hand van de neorepublikeinse politieke filosofie, omdat het hier gaat over de relatie tussen het bestuur en de professional. Verder komt het concept van de lerende gemeenschap aan bod alsmede de dynamiek van institutioneel goed werk. Ik onderzoek of de institutionele krachten bijdragen aan goed werk in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. De centrale vraag is immers of de implementatie van Lean en Menslievende zorg bijdraagt aan goed werk. De bevindingen die in dit hoofdstuk naar voren komen zijn vooral gebaseerd op data uit interviews. Hiervoor zijn twee managers geïnterviewd (Marc Rouppe van der Voort en Jan den Bakker), een neuroloog (Paul de Kort), het hoofd van een zorgeenheid (Respondent Y) en vier verpleegkundigen (Mariëlle van Mersbergen-de Bruin, Respondent Q, Respondent Z en Respondent X) en een verpleegster (Respondent A). Met ethicus Jos Kole heb ik naderhand gesproken over mijn bevindingen. Voor een verdere toelichting over de respondenten, zie hoofdstuk 4.

In dit hoofdstuk behandel ik eerst de organisatiestructuur van het ziekenhuis, om een beeld te schetsen van de institutionele verhoudingen binnen de organisatie. Vervolgens ga ik in op de rol van de Raad van Bestuur bij de implementatie aan de hand van de neorepublikeinse politieke filosofie, waarbij ook de intrinsieke motivatie van de professional aan bod komt. Daarna komen de rol van de professional en de patiënt aan bod, vervolgens sluit ik af met een concluderende paragraaf.

6.1 Organisatiestructuur

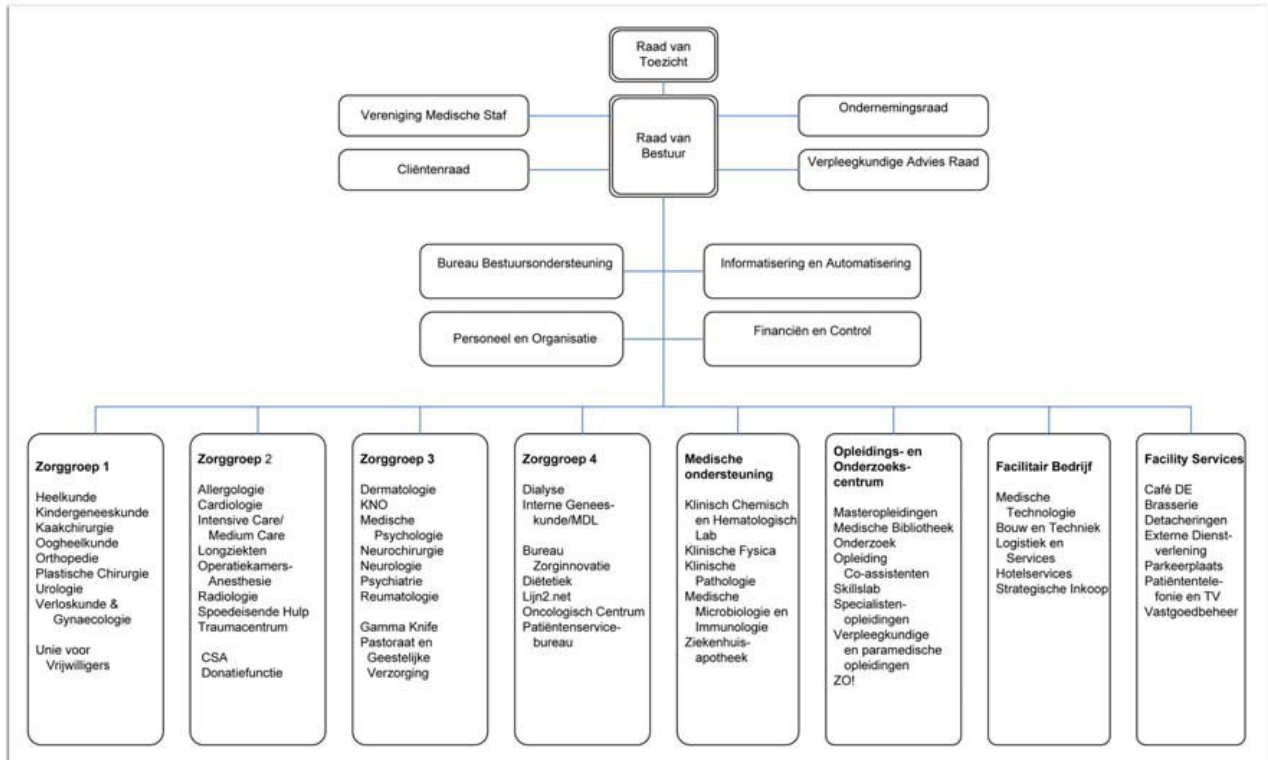
Om meer inzicht te verkrijgen in het functioneren van het Sint Elisabeth Ziekenhuis, is zicht op de organisatiestructuur van belang. Institutionele aspecten van een organisatie hebben invloed op goed werk (zie hoofdstuk 2). De Raad van Toezicht staat bovenaan in onderstaand organogram. Hij heeft immers als taak "integraal toezicht te houden op het besturen door de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in het St. Elisabeth Ziekenhuis" (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 15). De Raad van Toezicht stelt zich zodanig op dat onafhankelijk en kritisch opereren gewaarborgd zijn (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 15). De Raad bestaat uit drie leden en heeft in 2009 acht keer in aanwezigheid van de Raad van Bestuur vergaderd (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 15-16). De Raad van Bestuur bestaat uit twee leden, ondersteund door een secretaris, tevens hoofd van het bureau Bestuursondersteuning (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 14). De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het totale beleid van het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Binnen deze verantwoordelijkheid bestaat een zodanige taakverdeling dat één lid belast is met het "zorgproces

alsmede het inkoopbeleid als aandachtsgebied, en één lid met de bedrijfsvoering en het sociale beleid” (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 14). Het PR-beleid en het strategisch beleid behoren tot het aandachtsgebied van de gehele Raad van Bestuur (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 15). Leden van de Raad mogen geen betaalde of onbetaalde nevenfuncties uitoefenen om belangenverstrengeling te voorkomen.

Het organogram vermeldt naast de Raad van Bestuur nog vier andere organen: de Vereniging Medische staf, de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de Verpleegkundigen-Advies-Raad. De Cliëntenraad geeft de Raad van Bestuur advies over zaken die cliënten van het Sint Elisabeth Ziekenhuis aangaan. De Cliëntenraad attendeert het ziekenhuis op het perspectief van de cliënt (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 23). Cliënten zijn: “patiënten in behandeling, ex-patiënten, potentiële nieuwe patiënten, wettelijke vertegenwoordigers van patiënten, partners en directe familieleden van patiënten” (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 23). De Vereniging Medische Staf verenigt de medisch specialisten. De voornaamste taken zijn het stimuleren van samenwerking en het werken aan de positionering van het ziekenhuis (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 20). De Ondernemingsraad bestaat uit zeventien medewerkers van het Sint Elisabeth Ziekenhuis. De Ondernemingsraad geeft advies aan de Raad van Bestuur en voor bepaalde besluiten is instemming van de Ondernemingsraad noodzakelijk (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 26-27). De Verpleegkundige-Advies-Raad geeft advies aan de Raad van Bestuur over kwesties die verpleegkundigen tegenkomen bij hun werkzaamheden (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 29).

Onder de Raad van Bestuur in het organogram staan de verschillende zorggroepen opgesomd van het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Het zijn er vier. Bovendien zijn er nog een onderzoeksafdeling, een facilitair bedrijf, een afdeling medical services en is er de afdeling facility services. Tussen deze laag en de Raad van Bestuur opereren ondersteunende diensten als Financiën en Control en Personeel en Organisatie.

Organogram Sint Elisabeth Ziekenhuis



Figuur 5. Uit Jaardocument 2009 (Sint Elisabeth Ziekenhuis, 2010: 5).

6.2 De rol van de Raad van Bestuur bij de implementatie van de programma's Lean en Menslievende zorg.

Lean Thinking

Onder het bestuur van het Sint Elisabeth Ziekenhuis wordt hier verstaan: de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur, die momenteel bestaat uit de heer Berden en de heer Visser. Zij hebben bij Lean Thinking een ondersteunende rol. Lean is geïnitieerd door twee medisch specialisten, dus vanaf de werkvloer. Op het moment dat dit project succesvol leek, heeft de Raad van Bestuur besloten de verdere toepassing van Lean te stimuleren (Interview Marc Rouppe van der Voort, 03-09-2010). Eén derde gedeelte van het ziekenhuis werkt momenteel met de principes van Lean Thinking. Dus bottom-up geïmplementeerd, daarna is het ook top-down in de organisatie ingebracht. Lean Thinking richt zich op de interne processen van het ziekenhuis en valt om deze reden te plaatsen onder de strategie van het intern ondernemen.

Als de implementatie van Lean bekeken wordt vanuit de neorepublikeinse politieke filosofie, is het eerste wat in het oog springt dat Lean tot stand gekomen is op initiatief van twee medisch specialisten. De Raad van Bestuur en het management hebben dit idee vervolgens top-down ingevoerd. Op deze manier is er aandacht voor de eigenwaarde van de professional en dit is een voorwaarde om goed werk mogelijk te maken (Jansen et. al., 2009b: 377). Door middel van bijeenkomsten probeerde men in het ziekenhuis medewerkers enthousiast te maken voor Lean (Interview Marc Rouppe van der Voort, 03-09-2010).

Bij Lean is het zo dat professionals zelf ideeën kunnen aandragen over wat er beter kan. Op deze manier is het mogelijk professionals te betrekken bij het besluitvormingsproces. Verder is het zo dat het management en de Raad van Bestuur zich weinig laten zien op de werkvloer. Vanuit de Lean gedachte is dit vreemd. In een Lean-organisatie is het juist van belang dat het bestuur betrokkenheid toont met de werkvloer. Daartegenover staat dat een Raad van Bestuur en management die zich niet laten zien voor de intrinsieke motivatie van de professional positief kan zijn, omdat hij zich dan vertrouwd voelt. Er is dan geen sprake van extrinsieke prikkels – de controle van het management en bestuur - die de intrinsieke motivatie negatief kunnen beïnvloeden. Wantrouwen tegenover de professional werkt averechts. Het zich vertonen op de werkvloer kan ook duiden op interesse van het bestuur in de werkzaamheden van de professional. De houding van het management en de Raad van Bestuur en de manier waarop deze geïnterpreteerd worden door de professional zijn hier belangrijk.

Een voordeel bij de implementatie is dat Lean zorgt voor kwantificeerbare resultaten. Hoewel professionals niet graag hebben dat managers te veel outputsturing toepassen is dit iets dat ze zelf wel doen. Zo zijn wetenschappers benieuwd hoe vaak collega's hun werk aanhalen. Voor artsen geldt, zo blijkt uit het interview met neuroloog Paul de Kort, dat zij Lean als een positieve ontwikkeling zien omdat het direct kwantificeerbare resultaten oplevert. Op de afdeling van hoofd zorgenheid Respondent Y is het zo dat ze door het werken met Lean Thinking hetzelfde werk met 2,5 FTE minder uitvoeren. De resultaten zijn op deze manier zichtbaar.

Als we kijken naar de dynamiek van goed werk dan valt het op dat het bestuur het heeft aangedurfd af te stappen van de 'alignment.' Hiermee bedoel ik de afstemming binnen de organisatie, zoals deze in paragraaf 2.8 beschreven is. De raad omarmde een idee dat afweek van de afstemming die op dat moment gold in het ziekenhuis. Namelijk een idee van twee specialisten, dat van buiten de eigen organisatie afkomstig was.

Menslievende zorg

Het programma Menslievende zorg kwam tot stand door brainstormsessies tussen het toenmalig lid van de Raad van Bestuur Wim van der Meeren en twee zorgmanagers van het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Zij zijn gezamenlijk tot het idee van meer Menslievende zorg gekomen (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010). Van der Meeren stelde de term 'lief' voor.

Beide programma's in dit onderzoek hebben een andere ontstaansgeschiedenis. Lean is een programma, dat op de werkvloer is ontstaan en later door de Raad omarmd. Menslievende zorg is een programma waarbij de Raad actief betrokken was bij de totstandkoming.

“De Raad van Bestuur wordt erg onrustig van allerlei klachten. En die liegen er in sommige gevallen niet om.” (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010).

De klachten waren een belangrijke aanleiding en motivatie voor het programma Menslievende zorg.

Het woord 'lief', gekoppeld aan het programma Menslievende zorg is vooral gekozen is om naar buiten toe aan te tonen dat het Sint Elisabeth een ziekenhuis is dat vooral aandacht heeft voor zijn patiënten (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010; Interview Paul de Kort 30-09-2010).

Op basis van het interview met Jos Kole zijn kritische kanttekeningen te plaatsen bij de start van Menslievende zorg. Hij zegt: *“Als je het hebt over menslievendheid in de zorg heb je het over een deugd. Het is een excellente karaktereigenschap die je ontwikkelt door oefening en wat je om je heen ziet. Het is niet iets wat je oplegt. Het is iets positiefs”* (Interview Jos Kole, 29-11-2010). De lief-campagne is van start gegaan door middel van het verspreiden van posters met daarop klachten van patiënten. Dit is een aanpak gestuurd vanuit de gedachte om klachten te verminderen. Kole geeft aan dat ook gekeken dient te worden naar de aspecten van menslievendheid die al wel aanwezig zijn en dan vervolgens naar de zaken die wat minder goed gaan. Mensen halen hun motivatie niet uit wat er slecht gaat, *“je bent niet trots op de fouten die je maakt”* (Interview Jos Kole, 29-11-2010). Dit druist in tegen het respecteren van de beroepstrots (zie voor uitleg paragraaf 2.3). In de neorepublikeinse politieke filosofie is aandacht voor deze trots van belang. Hier is op het negatieve gefocust en daarbij is geen aandacht aan de beroepstrots besteed.

Algemene klachten die via de klachtencommissie binnenkomen, worden individueel behandeld, en incidenteel gebruikt het ziekenhuis deze als input voor de lerende gemeenschap (Interview Gert Olthuis, 21-09-2010). De binnengekomen klachten zwengelen de discussie op de werkvloer over Menslievende zorg aan. Ook complimenten worden teruggekoppeld naar de desbetreffende arts of verpleegkundige. Het bestuur vindt het van belang om aan te geven dat de medewerkers er op een goede manier werken (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010). Dit verschilt van de manier waarop het programma Menslievende zorg opgestart is, namelijk meer vanuit de negatieve benadering. Blijkbaar hebben het management en de Raad van Bestuur geleerd van de negatieve reacties die dit heeft opgeroepen bij professionals.

Rol bij de lerende gemeenschappen Menslievende zorg

De Raad van Bestuur draagt bij aan het programma Menslievende zorg door contracten met onderzoekers van de faculteit der geesteswetenschappen aan de Universiteit van Tilburg. Wim van der Meeren was namelijk erg gecharmeerd van het werk van Annelies van Heijst (Interview Gert Olthuis, 21-

09-2010). Zij is zelf ook zijdelings betrokken bij het programma. De onderzoekers van de Universiteit van Tilburg besloten na een stage van tien dagen op de afdelingen neurologie en oncologie, aan de slag te gaan met lerende gemeenschappen. Dit gebeurde om artsen en verpleegkundigen zelf te laten ontdekken wat Menslievende zorg betekent en hoe zij dit nieuwe project op hun afdeling toe kunnen passen. (Interview Gert Olthuis, 21-09-2010). Momenteel lopen er twee lerende gemeenschappen, begeleid door onderzoekers van de Universiteit van Tilburg, op de afdelingen neurologie en oncologie. Gert Olthuis begeleidt beide lerende gemeenschappen, die voor het grootste gedeelte bestaan uit verpleegkundigen. Bij de afdeling Neurologie schuiven twee leden van de medische staf regelmatig aan bij de gesprekken (Interview Paul de Kort, 30-09-2010).

“ Voor het meedoen aan de lerende gemeenschap Menslievende zorg zou ik het specialistentarief kunnen declareren. Hoewel niemand dit doet, geeft het wel aan hoeveel belang er vanuit het bestuur en het management aan het programma Menslievende zorg gegeven wordt.” (Interview Paul de Kort, 30-09-2010).

Uit interviews met verpleegkundigen blijkt dat leden van de Raad van Bestuur en zorgmanagers voor veel medewerkers niet zichtbaar zijn. Zij laten daar hun gezicht eenvoudig niet zien (Interview Respondent A, 03-11-2010; Interview Mariëlle van Mersbergen-de Bruin, 28-10-2010; Interview Respondent Q, 05-11-2010). Uit drie interviews met verpleegkundigen komt op tafel dat zij het fijn zouden vinden als de Raad van Bestuur en het hogere management af en toe op de werkvloer zouden verschijnen om wat meer betrokkenheid te tonen. Respondent X geeft aan dat er sinds enige tijd - op de afdeling chirurgie - intensief contact is met Rita Arts, één van de zorggroepmanagers.

De rol van de Raad van Bestuur bij de lerende gemeenschappen, gezien in het licht van de neorepublikeinse politieke filosofie is de volgende: aan de ene kant geven zij professionals de ruimte zelf aan de slag te gaan met het programma Menslievende zorg middels de lerende gemeenschappen. Hierdoor ontstaat ruimte voor de autonomie van de professional. Aan de andere kant geven een aantal verpleegkundigen, die ik geïnterviewd heb, aan dat zij graag meer betrokkenheid van de Raad van Bestuur zouden willen zien door zich meer op de werkvloer te vertonen.

De roep van verpleegkundigen om meer zichtbaarheid van het management en de Raad van Bestuur op de werkvloer sluit niet aan bij wat eerder op pagina 67 is gesteld, namelijk dat een terughoudende rol van de Raad van Bestuur en het management de intrinsieke motivatie van de professional ten goede kan komen. Het Sint Elisabeth is een hiërarchische organisatie. De verpleegkundige zoekt wellicht om deze reden steun bij een hogere managementlaag. In het kader van de neorepublikeinse politieke filosofie is dialoog van belang. Als het bestuur zich op de werkvloer vertoont, ontstaan er gesprekken met professionals. Door het aangaan van de dialoog kan het bestuur het draagvlak voor het programma Menslievende zorg vergroten.

Bij de implementatie van Menslievende zorg is na de negatieve opstart gekozen voor een positievere benadering, die beter aansluit bij de neorepublikeinse politieke filosofie. De reden dat Lean succesvol geïmplementeerd is, is te verklaren aan de hand van de neorepublikeinse politieke filosofie. Er is hier namelijk sprake van een positieve contradictie: bij de opzet van Lean is een idee van medisch specialisten ondersteund, bij de uitvoering kunnen professionals zelf ideeën aandragen voor verbetering. Op deze manier is er geen kwantificeerbare outputmethode gebruikt. Hiertegenover staat dat de resultaten van Lean wel te kwantificeren zijn, wat de acceptatie van het programma heeft vergroot. Bij Lean six sigma, zoals het in het Deventer Ziekenhuis toegepast wordt, is dit nog sterker het geval (Interview Yohan van der Bijl, 05-07-2010). Dit in tegenstelling tot Menslievende zorg, waar resultaten niet gekwantificeerd zijn. Kwantificeerbare resultaten zouden de acceptatie van Menslievende zorg op de werkvloer kunnen vergroten.

6.3. De rol van de professional bij de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg

De professionals in het ziekenhuis zijn in de omgang met beide programma's de belangrijkste schakel in het geheel. Zij zijn degenen die uiteindelijk met de programma's moeten werken. Het hangt daarom van hen af of de programma's Lean Healthcare en Menslievende zorg succesvol geïmplementeerd kunnen worden in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Zij moeten goed werk verrichten.

Uit de gesprekken komt naar voren dat vooral artsen en hoofden van zorgeenheden actief zijn als het gaat om het werken met de principes van Lean. Lean is een tijd geleden ingevoerd, maar door drukte op de werkvloer op de afdelingen neurologie en oncologie is de implementatie van Lean daar stil komen te liggen (Interview Respondent X, 10-11-2010; Interview Mariëlle van Mersbergen-de Bruin, 28-10-2010). Door het opzetten van focusgroepen op verschillende afdelingen probeert men Lean Thinking nieuw leven in te blazen. Binnen deze focusgroepen zijn zowel artsen en hoofdverpleegkundigen aanwezig. Zij gaan aan de slag met Lean en krijgen de opdracht mee terug te koppelen wat zij hebben besproken naar de afdeling waar zij werken.

Uit interviews weten we nu dat er een verschil bestaat tussen artsen en verpleegkundigen als het gaat over hun rol bij het programma Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Hieronder wordt hun rol afzonderlijk even aangestipt. Van belang hierbij is in het achterhoofd te houden dat Lean een aanpak is die processen doorlicht, bij Menslievende zorg gaat het om de kwaliteit van de professional in zijn omgang met de patiënt. Dit laatste is een stuk persoonlijker en raakt meer aan de karaktereigenschappen van de professional.

Artsen

Kijkend naar de rol van de artsen bij het programma Menslievende zorg valt op dat deze professionals uiterst kritisch zijn. De eerste reactie van een arts is dan ook vaak: *“Waarom maakt het programma mijn werk beter?”* (Interview Paul de Kort, 30-09-2010). Verder bleek dat de kwalificatie ‘lief’ absoluut niet goed viel bij artsen en verpleegkundigen (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010, Interview Respondent Q en Respondent Z, 05-11-2010). Neuroloog De Kort geeft aan de Raad van Bestuur en een aantal managers het programma Menslievende zorg bedacht hebben. Dat feit alleen al heeft de acceptatie onder artsen niet bevorderd. Overigens spreekt zorgmanager Den Bakker deze waarneming tegen. Hij stelt dat leden van de medische staf en het verplegend personeel wel degelijk meegedacht hebben bij de totstandkoming van Menslievende zorg. Den Bakker stelt dat een aantal leden van de medische staf het programma Menslievende zorg als ‘soft’ ervaart. Het verwijt dat het programma ‘soft’ zou zijn, komt voort uit het feit dat het niet erg concreet is. De resultaten zijn niet direct zichtbaar. Bovendien doet het feit dat theologen de ideologische grondleggers zijn van het programma, het imago van Menslievende zorg geen goed. De Kort formuleert dit genuanceerder, hij stelt dat *“het feit dat de begeleiding van het project vanuit de afdeling theologie van de Universiteit van Tilburg komt; leidt er mogelijk toe dat leden van de medische staf toch wat meer kopschuw worden omdat dit toch als een geheel andere wereld wordt ervaren”* (Interview Paul de Kort, 30-09-2010). Subjectieve aannames zijn ook van belang bij het leveren van goed werk (Nakamura in Gardner 2010).

Er is een verschil tussen het oordeel van artsen onderling over het programma Menslievende zorg en hun bereidheid hieraan bij te dragen. Twee specialisten maken deel uit van de lerende gemeenschap Menslievende zorg op de afdeling neurologie, en ook op de afdeling oncologie zijn er artsen bij betrokken.

Verpleegkundigen

Verschillende geïnterviewden beschrijven de verpleegkundigen binnen het Sint Elisabeth als gezagsgetrouwer dan artsen. De cultuur binnen het ziekenhuis is hiërarchisch. Jan den Bakker geeft aan dat verpleegkundigen in het Sint Elisabeth Ziekenhuis een stuk minder assertief lijken te zijn dan in andere ziekenhuizen.

“Er zijn verpleegkundigen die dokters ook binnen de lerende gemeenschappen met ‘u’ aanspreken. En dit terwijl ze samen naast elkaar zitten om ergens aan te werken” (Interview Gert Olthuis, 21-09-2010).

Respondent Y, hoofd van de verpleegkundigen op zijn afdeling in het Sint Elisabeth Ziekenhuis is van mening dat veel verpleegkundigen *“last hebben van het calimero-effect”* (Interview Respondent Y, 16-09-2010). Respondent Y is zelf verpleegkundige en vindt dat verpleegkundigen meer initiatief mogen tonen. Respondent Y stelt dat, omdat veel verpleegkundigen vrouwen zijn, zij vaak voor hun privéleven kiezen en hun werk zien als enkel een bron van inkomsten.

De verpleegkundigen zelf onderschrijven de typering van Gert Olthuis, behalve Respondent A en Respondent X. Zij spreken artsen in ieder geval niet met “u” aan. De andere verpleegkundigen - in het kader van dit onderzoek geïnterviewd - herkennen zich in het beeld dat verpleegkundigen in ieder geval wat makkelijker met de artsen spreken die zij ook in de lerende gemeenschappen tegenkomen. De afstand wordt hierdoor wat kleiner. Respondent X geeft duidelijk aan dat het verschil in de afstand tussen arts en verpleegkundige per afdeling verschilt. Op de afdeling waar zij zelf werkt is het contact informeler en wordt er gemakkelijker gebeld naar een arts dan op de afdeling interne geneeskunde (Interview Respondent X, 10-11-2010).

Neuroloog Paul de Kort stelt dat het verplegend personeel veel volgzamer is dan de leden van de medische staf binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis.

Wel is het zo dat meer verpleegkundigen dan artsen deel uitmaken van de lerende gemeenschappen op de afdelingen neurologie en oncologie. Verpleegkundigen werken samen met artsen toe naar een verdere invulling van het concept Menslievende zorg. Hierin spelen zij een belangrijke rol. Uit de gesprekken met verschillende medewerkers binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis blijkt dat het zou schelen als verpleegkundigen wat minder volgzzaam zouden zijn.

Deelname aan lerende gemeenschappen maakt een aantal zaken voor verpleegkundigen bespreekbaar. Jan den Bakker zegt daarover:

“[De lerende gemeenschap] betekent wel voor de verpleegkundigen die daaraan deelnemen dat het een eyeopener is. Dat je met artsen in gesprek kunt gaan over hele moeilijke ethische dilemma’s waar je tegenaan loopt als verpleegkundige. En dat je het daar samen over kunt hebben en dat die arts het daar misschien ook wel moeilijk mee heeft. Dus de drempel wordt wel lager.” (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010).

De rol van verpleegkundigen in het ziekenhuis is tweeledig, als we kijken naar het feit dat goed werk mogelijk is als professionals de tijd nemen over hun werk na te denken en doelen te stellen. Enerzijds is het zo dat verpleegkundigen oververtegenwoordigd zijn in de lerende gemeenschappen. Hier denken en praten zij over het werk en de doelen op het gebied van de bejegening van de patiënt. Anderzijds is het zo dat verpleegkundigen door hun privésituatie (moederschap) minder tijd aan het werk besteden. Dit kan ertoe leiden dat zij minder tijd besteden aan het nadenken over het werk en de doelen die zij hierin na willen streven. Gardner et. al. beschrijven dit als een van de oorzaken waarom mensen geen goed werk kunnen leveren. Het is namelijk makkelijker om zo snel mogelijk met iets te stoppen dan er een stapje harder voor te gaan lopen (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 59).

6.4 De reactie van de patiënten op Lean Thinking en Menslievende zorg

Van belang is te kijken naar reacties op de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg bij patiënten. Zij zijn immers de doelgroep van het ziekenhuis. In het kader van goed werk is dit ook van belang. Om goed werk mogelijk te maken is afstemming met patiënten noodzakelijk. Patiënten voelen rechtstreeks de effecten van goed werk van professionals in een ziekenhuis.

Het programma Menslievende zorg heeft in eerste instantie veel reacties opgeroepen bij patiënten. Vooral de uitdrukking 'lief ziekenhuis' heeft de nodige reacties uitgelokt (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010; Gert Olthuis, 21-09-2010). Deze kwalificatie heeft in de beginperiode geleid tot een stijging van het aantal klachten. Hoewel een van de doelen van de Raad van Bestuur nu juist was om het aantal klachten te laten afnemen, was men toch niet ontevreden over de toename ervan. Die heeft namelijk geleid tot voldoende input.

Hoe patiënten tegen Menslievende zorg aankijken zegt uiteraard iets over de richting waarin het programma zich ontwikkelt.

“Als we doorzetten en je krijgt minder of andere reacties dan kun je iets zeggen over de richting die het programma Menslievende zorg opgaat. Het gaat over de kleine verhalen, illustratief voor de trend en ontwikkeling in een organisatie.” (Interview Respondent Y, 16-09-2010).

Het programma Menslievende zorg is in 2009 gestart. Het bevindt zich dus in de beginfase. Een mogelijkheid om duidelijk te maken wat de effecten zijn, is het meten van de reacties op de zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Voor een oordeel over het programma zelf is de tijd echter nog niet rijp, omdat het programma pas een jaar geleden van start is gegaan. Op den duur zou het wel goed zijn resultaten die Menslievende zorg oplevert in meetbare output te vangen. Het is van belang daarin rekening te houden met het stijgende verwachtingspatroon van patiënten. Alle personen die in het kader van dit onderzoek geïnterviewd zijn, noemen namelijk het stijgende verwachtingspatroon bij patiënten.

Het stijgende verwachtingspatroon laat zich het beste omschrijven aan de hand van een aantal voorbeelden:

“Als een patiënt een dokter nu twee uur in plaats van een half uur kan spreken, is de patiënt nog steeds ontevreden omdat hij de dokter graag nog langer zou willen spreken” (Interview Respondent Y, 16-09-2010).

“Wat je vroeger in drie weken kon doen, kan nu in een dag. Nu krijg je nog steeds klachten dat ze een half uur moeten wachten. De patiënt weet niet dat hij vroeger drie weken moest wachten” (Interview Marc Rouppe van der Voort, 03-09-2010).

Uit het laatste voorbeeld blijkt duidelijk dat (potentiële) patiënten vaak niet weten wat zij realistisch kunnen verwachten van de zorg in een ziekenhuis. In bovenstaande voorbeelden gaat het om verbeteringen die bereikt zijn door met een Lean-bril naar werkprocessen te kijken.

Alle medewerkers van het ziekenhuis dienen rekening te houden met het principe van het verwachtingsmanagement. “De normen en waarden van de klant verschuiven voortdurend” (O&I, 2009a). Jacob Caron (Orthopeed en actief betrokken bij Lean in het Sint Elisabeth Ziekenhuis) geeft in een interview met O&I aan dat een goed verwachtingsmanagement essentieel is en dat de Lean Healthcare filosofie hier goed bij past. De Lean Healthcare filosofie heeft immers als wezenlijk kenmerk dat bestuur en medewerkers voortdurend zoeken naar nieuwe mogelijkheden om werkprocessen te verbeteren.

Het Sint Elisabeth Ziekenhuis heeft bij een groep patiënten een (opmerkelijke) test afgenomen. Ze mochten zelf bepalen hoe zij de zorg wilden organiseren. Als opties registreerden de onderzoekers, dat patiënten zelf het uur konden bepalen, waarop zij gewekt wilden worden tot de precieze tijd dat zij de dokter wilden spreken. Veel patiënten wensten dit helemaal niet. Dat gold ook bij het voorleggen van keuzes voor verschillende behandelopties door de arts. Veel patiënten hebben liever dat de dokter een afweging voor hen maakt (Interview Respondent Y, 16-09-2010; Trappenburg, 2005: 21). Dat verschilt wel met het opleidingsniveau van de patiënt. Hoger opgeleiden vinden het vaak wel prettig zelf een afweging te kunnen maken. Lager opgeleide patiënten zeggen meer vertrouwen te hebben in een vaste en duidelijke structuur van hun behandeling (Interview Paul de Kort, 30-09-2010; Interview Respondent Y, 16-09-2010). Zij hebben veel vertrouwen in het vakmanschap van de arts en vertrouwen op zijn oordeel.

De cliëntenraad is het orgaan dat de patiënten van het Sint Elisabeth Ziekenhuis vertegenwoordigt. Die is zijdelings betrokken bij de totstandkoming van het programma Menslievende zorg. Deze raad heeft hierin geen stem, maar volgt het project met bijzondere interesse (Interview Jan den Bakker, 01-10-2010). De cliëntenraad had vreemd genoeg geen behoefte aan een interview. Daarbij gaf de raad de volgende reden op: “om volledig vrij te zijn in het te geven advies, vinden wij het onverstandig om aan derden over die onderwerpen onze mening te geven. Dit geldt nog sterker als daar iets over vastgelegd zou worden.” (Reactie Arnold Feisser van de Cliëntenraad, 11-10-2010). Op deze manier is het niet mogelijk de rol van het vertegenwoordigend orgaan van de patiënten mee te nemen in het onderzoek.

Respondent Q en Respondent Z geven aan dat professionals al heel veel over de patiënt weten. De lerende gemeenschap is er juist op gericht om vanuit reeds aanwezige kennis aan de slag te gaan en de patiënt later meer bij het geheel te betrekken (Interview Respondent Q en Respondent Z, 05-11-2010).

De rol van de patiënt als het gaat om het programma Menslievende zorg bestaat dus vooral in het verzorgen van input door middel van klachten, complimenten, tevredenheidsbriefjes. Lean Thinking richt zich meer op een snellere doorlooptijd voor de patiënt, een wezenlijke input van patiënten op het proces is hier niet aan de orde.

De waardering voor goed werk kan door het stijgende verwachtingspatroon bij patiënten onder druk komen te staan. Verwachtingen die er heersen hebben invloed op de verschillende instituties van het ziekenhuis.

6.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg aan bod gekomen. Het succes van de implementatie van Lean zit in een positieve contradictie als het gaat om outputsturing. Het programma komt voort uit het eigen initiatief van professionals. De Raad durfde af te wijken van de afstemming binnen de organisatie door dit nieuwe idee te omarmen. De contradictie zit in het feit dat hoewel Lean niet vanuit de gedachte van outputsturing de organisatie is binnengebracht, Lean Thinking wel resultaten heeft opgeleverd die in output te vangen zijn. Dit vergrootte de acceptatie van het programma. In het kader van de neorepublikeinse politieke filosofie is dit erg goed gedaan. Er was ruimte voor eigen initiatief en door middel van dialoog en debat is het programma de organisatie binnen gebracht.

Menslievende zorg is top-down ingevoerd. Door een agressieve benadering bij de opstart heeft dit tot weerstand geleid bij patiënten en professionals. Iets dat indruist tegen de neorepublikeinse politieke filosofie. Het invoeren van de lerende gemeenschappen bij Menslievende zorg is een goede stap geweest. Hier is debat en dialoog over het werk mogelijk en kunnen professionals nadenken over de doelstellingen en motivatie in hun werkzaamheden. Dit sluit bij zowel de neorepublikeinse politieke filosofie als het bereiken van goed werk perfect aan. Bij Menslievende zorg ontbreekt het – in tegenstelling tot Lean Thinking - aan kwantificeerbare output. Het kwantificeerbaar maken van Menslievende zorg kan de acceptatie van het programma vergroten. Hierbij dient het stijgende verwachtingspatroon bij patiënten als beschreven in paragraaf 6.4 meegenomen te worden.

Wat opvalt, is dat artsen kritischer zijn dan verpleegkundigen die wat volgzamer zijn. Het zijn de verpleegkundigen die voornamelijk actief zijn bij beide programma's. Kanttekening daarbij is dat een groot aantal verpleegkundigen weinig doet zich te verdiepen, voornamelijk omdat zij in hun privéleven vaak de moedertaak op zich moeten nemen.

Beide programma's zijn goed geïmplementeerd als we kijken naar de neorepublikeinse politieke filosofie. Daarbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat de opstart van Menslievende zorg niet erg gelukkig was. Dit zorgde voor veel weerstand binnen de organisatie.

7. Samenvatting en Conclusie

In dit slothoofdstuk doe ik eerst enkele suggesties voor vervolgonderzoek, het betreft hier immers een explorerende studie, daarna reflecteer ik op het Good Work Project als onderzoekstheorie. Ik sluit af met de samenvatting en conclusie.

7.1 Suggesties voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek is een explorerend onderzoek naar de implementatie van de concepten Lean Thinking en Menslievende zorg. Daarbij mogen we zeker niet vergeten, dat zowel Lean als Menslievende zorg binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis pas recentelijk van start zijn gegaan. Hier ligt dan ook een basis voor vervolgonderzoek. Voor het verkrijgen van een beter inzicht in het implementatieproces verdient het aanbeveling over een aantal jaren nieuw onderzoek te verrichten binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis of andere organisaties die gedurende een aantal jaren met de combinatie van beide programma's aan de slag zijn gegaan. Op deze manier kan onderzoek worden verricht naar de mogelijkheid om een ziekenhuis zowel efficiënter als moreler te laten werken.

Een hernieuwd onderzoek naar Lean en Menslievende zorg als de looptijd van het programma Menslievende zorg is afgelopen, dus na 2014, is erg relevant. Dan kan met zekerheid gezegd worden of het programma succesvol geïmplementeerd is. Hiervoor zijn dan wel output parameters nodig. Voor Lean is dit eenvoudig: onderzoeken of de processen waarop Lean toegepast is, daadwerkelijk sneller zijn verlopen. Bij Menslievende zorg is bijvoorbeeld onderzoek naar een verandering in het aantal klachten en complimenten van patiënten een mogelijkheid. Een andere mogelijkheid zou zijn het stelselmatig enquêteren van patiënten die het ziekenhuis na een behandeling verlaten. Kwantificeerbare resultaten verhogen de acceptatie van Menslievende zorg en rekenen af met het verwijt dat het programma 'soft' zou zijn.

Een vergelijking tussen de toepassing van Lean in het Sint Elisabeth Ziekenhuis en andere ziekenhuizen in Nederland die met Lean Thinking werken, geeft een beeld van de manier waarop Lean functioneert binnen het Nederlandse ziekenhuiswezen. Ideaal zou dit zijn in twee ziekenhuizen waar men al enige tijd werkt volgens de principes van Lean Thinking. Tot op heden is er voornamelijk veel onderzoek gedaan naar Amerikaanse ziekenhuizen, omdat de Amerikanen Lean al langer toepassen in hun ziekenhuizen. Het Amerikaanse zorgsysteem is echter anders dan het Nederlandse.

7.2 Reflectie op het Good Work Project als onderzoekstheorie

Bij het Good Work Project van Gardner et. al. staat goed werk van de professional centraal. Kijkend naar de relatie tussen Lean Thinking en het Good Work Project valt op dat Lean meer redeneert vanuit de toegevoegde waarde van de klant in een proces. Bij goed werk gaat het erom dat een professional zijn werk zo goed mogelijk uitvoert, dat het aan de drie E's voldoet. Beide programma's streven naar het constant verbeteren van het werk. Om zo in de buurt te komen van een optimale werksituatie.

Menslievendheid in de zorg is een deugd, zoals Jos Kole dit krachtig omschrijft. Goed werk kan ook gezien worden als een deugd. Het is iets wat vanuit de professional zelf dient te komen. Hier geldt wel dat omgevingsvoorwaarden aanwezig moeten zijn, de verschillende krachten dienen op elkaar te zijn afgestemd. Dit is bij Menslievende zorg ook het geval. Door middel van de lerende gemeenschappen tracht men afstemming binnen de organisatie te creëren. Uit reacties van patiënten kan blijken of de verleende zorg inderdaad menslievender is.

Goed werk hanteert een eenzijdige benadering als het gaat om de loyaliteit van de professional. Namelijk de loyaliteit aan goed werk. In de werkpraktijk spelen hiernaast de loyaliteit aan de beroepsgroep (deze sluit vaak aan bij goed werk) en die aan de organisatie. De loyaliteit aan de organisatie kan botsen met de loyaliteit aan de beroepsgroep als het gaat om het uitvoeren van werkzaamheden. Het kan namelijk zo zijn dat de beroepsgroep en de organisatie een ander idee hebben over wat goed werk inhoudt. Het Good Work Project stelt deze loyaliteiten aan elkaar gelijk. In het verlengde daarvan besteedt het project weinig aandacht aan de ontvanger van goed werk. Hier de patiënten. Zij blijken verwachtingen te hebben die blijven stijgen. Het belang van verwachtingsmanagement komt niet duidelijk naar voren in het Good Work Project.

7.3 Samenvatting en conclusie

Het Good Work Project van Gardner et. al. heeft in dit onderzoek als 'bril' gediend waarmee de implementatie van de programma's Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis onderzocht zijn. Gardner et. al. beschrijven het DNA van goed werk als technisch excellent, ethisch verantwoord en werk waarin de professional zijn of haar betrokkenheid in kwijt kan (Gardner et. al. in Jansen et. al., 2009b: 51).

De rol van instituties en afstemming binnen de eigen organisatie spelen een belangrijke rol bij goed werk. Het is belangrijk dat de voorwaarden aanwezig zijn om goed werk mogelijk te maken. De professional heeft tijd nodig om over de eigen doelen na te denken. Verder is daarbij de neorepublikeinse politieke filosofie van belang. Hier staat dialoog tussen management en professional en aandacht voor beroepstrots centraal.

In hoofdstuk 3 is de historische ontwikkeling van het ziekenhuiswezen geschetst om zodoende een beeld te krijgen van de institutionele context van het ziekenhuis. Het ziekenhuis is een maatschappelijke onderneming, een onderneming met een maatschappelijke missie. De laatste jaren verschuift de positie van het ziekenhuis zich steeds meer richting de private sector.

Hoofdstuk 4 wordt de probleemstelling van het onderzoek toegelicht:

Draagt de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis bij aan goed werk?

Het Sint Elisabeth Ziekenhuis koppelt deze twee programma's aan elkaar. In het kader van goed werk is dit een gerechtvaardigde keuze. In Menslievende zorg komen alle criteria van het DNA van goed werk naar voren, voor Lean geldt dat de ethische aspecten van goed werk er niet van nature inzitten. Door Menslievende zorg toe te voegen aan Lean Thinking kan het programma ook aan dit criterium uit het DNA van goed werk voldoen. Lean is een aanvulling op Menslievende zorg, omdat Lean zich richt op efficiëntie, een onderdeel van technisch excellent werk dat in Menslievende zorg niet naar voren komt.

De programma's zijn recentelijk in het Sint Elisabeth Ziekenhuis geïmplementeerd. Lean Thinking is de organisatie binnengebracht op initiatief van twee medisch specialisten, daarna is het door de Raad van Bestuur en het management naar meerdere afdelingen verspreid. Menslievende zorg is een idee van de Raad van Bestuur en het management, dit programma is top-down ingevoerd. De opstart van het programma was negatief, omdat die zich richtte op de zaken die niet goed gingen als het gaat om de morele aspecten van de ziekenhuiszorg. Dit heeft bij professionals tot de nodige weerstand geleid. Dit druist in tegen de neorepublikeinse politieke filosofie, waar de waardering voor de beroepstrots van de professional centraal staat. Daarna is men een andere weg ingeslagen en zijn er lerende gemeenschappen gestart, waar professionals met elkaar nadenken over wat er menslievender kan in het Sint Elisabeth Ziekenhuis.

Lean Thinking kan rekenen op meer draagvlak binnen de organisatie. De redenen hiervoor zijn dat Lean snel tot zichtbare resultaten heeft geleid (zie hiervoor de voorbeelden die door Paul de Kort, Respondent Y en Marc Rouppe van der Voort zijn genoemd). Er was geen sprake van een negatieve campagne rondom de opstart van Lean, dat zich richt op processen in plaats van personen. Verder is het zo dat Lean een aanpak is die processen doorlicht, bij Menslievende zorg gaat het om de kwaliteit van de professional in zijn omgang met de patiënt. Dit laatste is een stuk persoonlijker en raakt meer aan karaktereigenschappen van de professional. Dat is confronterend en het is daarom dat een aantal professionals meer moeite hebben met Menslievende zorg.

Een ander aspect dat bijgedragen heeft aan het draagvlak binnen de organisatie als het gaat om Lean Thinking is het feit dat het vanaf de werkvloer ontstaan is. Het is bottom-up binnengekomen. De Raad van Bestuur durfde af te wijken van de afstemming (alignment) binnen de organisatie en heeft het programma omarmd.

Bij Menslievende zorg zijn de resultaten nog minder zichtbaar, omdat de meetbaarheid nog ontbreekt. De veronderstelling dat Menslievende zorg soft is, niet zoveel oplevert voor het werk, is een gedachte die – ten onrechte – gevoed wordt. Uit de interviews blijkt namelijk dat alle geïnterviewden wel degelijk het nut van het programma inzien, maar zij geven wel aan dat degenen die er minder bij betrokken zijn een stuk sceptischer zijn. Een aanbeveling bij het programma Menslievende zorg is dan ook om met kwantificeerbare output te komen. Denk daarbij aan het meten van het aantal binnengekomen klachten en complimenten. Daarbij dient men wel rekening te houden met het stijgende verwachtingspatroon bij de patiënt. Hierdoor waarderen patiënten goed werk anders dan professionals dat doen. In het Good Work Project is weinig aandacht voor het perspectief van de patiënt, de professional staat hier centraal. Kwantificeerbare resultaten zorgen voor meer acceptatie van het programma en kunnen zorgen voor een extra stimulans om met Menslievende zorg aan de slag te gaan. Bovendien zijn kwantificeerbare resultaten van belang als de lerende gemeenschappen zijn uitgewerkt (zie figuur 2). Een lerende gemeenschap heeft namelijk een bepaalde houdbaarheid zoals ik in paragraaf 2.6 beschreven heb. Als die is verstreken is het van belang dat er iets blijvends in de organisatie ontstaat. Kwantificeerbare resultaten kunnen een stimulans zijn volgens de idee van Menslievende zorg te blijven werken.

Binnen het implementatieproces komt heel duidelijk naar voren dat de relatie tussen management en professional hier van belang is. Er dient sprake te zijn van afstemming en dialoog. Dit bevordert goed werk. Om de dialoog te bevorderen is het goed als het management zich op de werkvloer laat zien. Professionals kunnen dit echter ook zien als een gebrek aan vertrouwen, omdat zij het gevoel hebben dat het management hen controleert. In het kader van de intrinsieke motivatie hecht de professional immers aan zijn autonomie, daarom kan de aanwezigheid van het management op de werkvloer tot een minder positieve reactie op de werkvloer leiden.

Menslievende zorg is vooral een aanvulling op de reeds bestaande beroepscode. Op dit moment is er nog niet veel te zeggen over de daadwerkelijke effecten van het werken met een programma als Menslievende zorg. Het is elk geval een poging om meer aspecten van de ziekenhuiszorg onder de aandacht te brengen met behulp van de inbreng van professionals zelf.

Het is van belang over een aantal jaren te kijken naar de manier waarop de programma's Menslievende zorg en Lean Thinking functioneren volgens de uitgangspunten van goed werk. Dragen zij in de beroepspraktijk daadwerkelijk bij aan goed werk? De conclusies uit dit onderzoek dienen als basis. Daarbij is het van belang te onderzoeken of het gelukt is om Lean Thinking en Menslievende zorg verder binnen het ziekenhuis te verspreiden. Op dit moment werkt slechts een beperkt gedeelte van het

ziekenhuis met Lean Thinking en Menslievende zorg. De vraag voor vervolgonderzoek is of er meer afdelingen met deze programma's aan de slag zijn gegaan.

Een vergelijkend onderzoek met een andere ziekenhuisorganisatie is een volgende aanbeveling die ik wil doen. Er zijn meerdere ziekenhuizen bezig met de implementatie van Lean Thinking in hun ziekenhuis, onder andere het Deventer Ziekenhuis. Een onderzoek naar de manier waarop Lean binnen de verschillende organisaties geïmplementeerd is, en op welke manier het functioneert binnen de organisatie verdient aanbeveling. Op deze manier komt onderzoek over de manier waarop Lean functioneert binnen het Nederlandse ziekenhuiswezen tot stand. Een vergelijking met andere (semi)publieke instellingen is ook een mogelijkheid. Dit om een meer algemene vraag te beantwoorden, namelijk of Lean een degelijke managementtheorie is voor de (Nederlandse) publieke sector.

Slotconclusie

De manier waarop een organisatie een programma implementeert is van belang. Bij de implementatie van Lean Thinking is meer de weg van de neorepublikeinse politieke filosofie gevolgd. Dit had een makkelijkere opstart tot gevolg. De agressieve start van Menslievende zorg zorgde voor barrières bij professionals, die zich niet gewaardeerd voelden. Door middel van de lerende gemeenschappen krijgt de professional een hele duidelijke inbreng in het programma. Als managers de beroepstrots van professionals in het ziekenhuis niet schenden, draagt de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg bij aan goed werk.

Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth Ziekenhuis sluiten aan bij het DNA van goed werk. Daarbij is van belang op te merken dat Lean geen ethische aspecten van goed werk in zich heeft. Wat dat betreft is de stap die het ziekenhuis probeert te zetten naar een combinatie van deze twee programma's, een goede en logische stap.

Bronnen

Literatuur

- Anheier, H.K. (2005). *Nonprofit Organizations. Theory, management, policy*. London: Routledge.
- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M. & van der Meer-Middelburg, A.G.E. (2007). *Basisboek Interviewen*. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Baart, A. (2006). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Uitgeverij Lemma B.V.
- Baart, A. (2007). Presentie als dragende kracht van goede zorg. *Cupertino*. vol. 20 (2007) nr. 2, pp. 4-8.
- Baart, A. & Vosman, F. (2006). Een lerende gemeenschap 'ethiek' van geestelijk verzorgers. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*. Jaargang 9, nr. 41, pp. 38-50.
- Bisschop, F. (2004). Privatisering van een private sector? *College bouw ziekenhuisvoorzieningen. In Perspectief*. Nr. 9 Oktober 2004.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Brans, M., Giesbers, A.P.M. & Meijer, A.J. (2008). Alle ogen op het ziekenhuis gericht? De effecten van openbaarmaking van prestatiegegevens. *Bestuurswetenschappen*. vol. 62, nr. 2, pp. 32-52.
- Brom, van den P., Thomassen, M. & Irsel, van H. (2009). Lean Healthcare voor menslievende zorg. *Het Financiële Dagblad*, 2 juni 2009, p. 7.
- Bruijn, de H. (2008). *Managers en professionals. Over management als probleem en als oplossing*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Büthker (2005) Universitair burgerschap. In: Van Wageningen, Versteegh, Wirken (red.). *De Veelzijdige burger: opstellen voor prof. mr. P.J.G. Kapteyn*. Amsterdam: Pallas Publications.
- Claassen, R. (2006). Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen. *Paul Cremers lezing 13 april 2006*.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum Press.

Diefenbach, T. (2009). New Public Management in Public Sector Organizations: The Dark Sides of Managerialistic 'Enlightenment'. *Public Administration: journal of the Royal Institute of Public Administration*. vol. 87 (2009) nr. 4, pp. 892-909.

Furlong, G.P. & Johnson, L. (2003). Community of practice and metacapabilities. *Knowledge Management Research & Practice*, 2003 nr. 1, pp. 102-112.

Gardner, H., Csikszentmihalyi, M. & Damon, W. (2009). Het GoodWork Project: enkele resultaten van vijftien jaar onderzoek. In Jansen, M., Brink, van den G. & Kole, J. (Red.) (2009b). *Beroepstrots. Een ongekende kracht* (pp. 48-76). Amsterdam: Boom.

Gardner, H. (ed.) (2010). *GoodWork: Theory and Practice*.

Graban, M. (2009). *Lean Hospitals. Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*. New York: CRC Press Taylor & Francis Group.

Helder, E.R. (2009). Ontwikkelingen inzake de maatschappelijke onderneming. *Tijdschrift voor ondernemingsbestuur*, jaargang 2009, nr. 2 pp. 45-53.

Hajer, M. (2000). Politiek als vormgeving in: M. Hajer (2000). *Politiek als vormgeving*.

Hajer, M. (1995). *The politics of Environmental Discourse*. Oxford: D.U.P.

Hartman, C.& Tops, P. (2005). *Frontlijnsturing. Uitvoering op de publieke werkvloer van de stad*. Rotterdam: Veenman.

Have, ten H.A.M.J., Meulen, ter R.H.J. & Leeuwen, van E. (2006). *Medische Ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Heijst, van A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.

Hoogendijk, M. (2008). Lean management bij de overheid. *Sigma: tijdschrift voor industriële statistiek en kwaliteitsbeleid*, vol. 54 (2008) nr.4, pp. 16-20.

Hoogerwerf, A. & Herweijer, M. (2003). *Overheidsbeleid*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Irsel, van H. (2009). *Lean en lief in de zorg. Interviewverslagen*.

James, C. (2010). Reflections on The GoodWork Project: A Sociologist's Perspective. In: H. Gardner. *GoodWork: Theory and Practice*, pp. 153-173.

Jansen, M., Brink, van den G. & Pessers, D. (Red.) (2005). *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Jansen, M., Brink, van den G. & Kole, J. (2009a). Laat de kracht van beroepstrots spreken. *De Volkskrant*, 6 juni 2009.

Jansen, M., G. van den Brink, J. Kole (Red.) (2009b). *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.

Janson, A. & Howard, L. (2004). The Odyssey of Ph. D. Students Becoming a Community of Practice. *Business Communication Quarterly*, vol. 67 (2004), nr. 2, pp. 168-181.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (1959). *Medische ethiek en gedragsleer*. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Korsten, A.F.A. (2008). *Discoursanalyse. Beleid als ideeënpolitiek en discoursanalyse als hulpmiddel voor het begrijpen van controverses, beleidsinhoud en beleidsverschuivingen*.

Lackner, I. et. al. (2009). Ruimte voor professionals: economische perspectieven. In Jansen, M., Brink, van den G. & Kole, J. (Red.) (2009b). *Beroepstrots. Een ongekende kracht* (pp. 182-193). Amsterdam: Boom.

Lohman, B. & Os, van J. (2009). *Praktisch Lean Management*. Utrecht: Maj Engineering Publishing.

Maarse, H. (2004). *Privatisation in European health care*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.

MacIntyre, A. (1984). *After Virtue*. Notre Dame: University of Notre Dame.

Maesschalk, J. (2005). Ondergraaft New Public Management de integriteit van de ambtenaar? In Jansen, M., Brink, van den G. & Pessers, D. (Red.) (2005). *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt* (271-280). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Malkin, J. & Wildavsky, A. (1991). Why the traditional distinction between public and private goods should be abandoned. *Journal of Theoretical Politics*, 3, pp. 355-378.

Manschot, H. & Verkerk, M. (1994). *Ethiek van de zorg*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Uitgeverij Van Genneep.

Moran, S. (2010). Returning to the GoodWork Project's Roots: Can Creative Work Be Humane? In: H.Gardner. *GoodWork: Theory and Practice*, pp. 127-152.

Nakamura, J. (2010). Defining and Modelling Good Work. In: H. Gardner. *GoodWork: Theory and Practice*, pp. 107-126

Nijhof, A.H.J. (1999). *Met zorg besluiten. Een studie naar morele afwegingen van leidinggevendenden bij ingrijpende organisatieveranderingen*. Deventer: Samson Uitgeverij.

O&I (2009d). *Lean & Lief in de zorg. Een verslag van een zorgdebat over de verhouding tussen Lean Healthcare en menslievende zorg*. 10 februari 2009.

Peeters, R. (2003). 175 jaar St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg. *Tilburg, tijdschrift voor geschiedenis, monumenten en cultuur*. Nr. 1, pp. 30-31.

Pollock, A. et. al. (2000). The private initiative. Planning the 'new' NHS: downsizing for the 21th century. *British Medical Journal*, 319.

Prij, J. (2009). *Beroepszeer nader bekeken. Spanning & samenspel tussen managers en professionals*. Den Haag/Rotterdam: DigiPrint.

Prij, J. (2010). Managerialism, professionalism and beyond. *Euram. Back to the Future 2010*, 19-22 May 2010, Rome.

Putters (2006). Het zoekende ziekenhuis: strategiebepaling in een hybride context. In Brandsen, T., Donk, van de W. & Kenis, P. (Red.). *Meervoudig Bestuur*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Van Patiënt tot Klant*. Den Haag: RVZ.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (1996). *Het Ziekenhuis als Maatschappelijke Onderneming*. Den Haag: RVZ.

Schippers, K.A. (1977). *De Gemeente als Leergemeenschap*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.

Solomon, J., DiBara, J., Simeone, S. & Dillon, D. (2000). Opportunities and Obstacles for Good Work in Medicine. *Good Work Report Series, no. 8*.

Sint Elisabeth Ziekenhuis Tilburg & Baart, A. (2009). *Op weg naar een lief ziekenhuis...*

Starr, P. (1989). The meaning of privatization. In Lamerman, S. & Kahn, A. (Red.). *Privatisation and the welfare state* (pp. 15-48). Surrey: Guilford.

Strauss, A.L. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.

Swarz, K. (2008). Directeur Slotervaartziekenhuis Aysel Erbudak. *FEM Business*, 34/35, pp. 34-37.

Thiel, van, S. (2007). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

Thissen, A., Voordt, van der Th. & Aarts, van J. (2005). Ontwikkelen en beheren van zorgparken. *Zorgvisie*(35) 11, november 2005, pp. 45-47.

Tonkens, E. et. al. (2002). *Hoeksteen of Zwefkei. Het moderne gezin tussen individualisering en pedagogisering*. Amersfoort: Uitgeverij de Balie.

Trappenburg, M. (2005). *Gezondheidszorg en democratie. Inaugurele rede*. Leiderdorp: Demmenie Grafimedia.

Vinke, R.H.W. (1996). *Motivatie en Belonen. De mythe van intrinsieke motivatie*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Walmoes, S. (2002). Alignment van kennis: Community of practice als denktank. *Informatie: maandblad voor informatieverwerking*, vol. 44 (2002), pp. 38-41.

Wanrooy, M.J. (2003). Echte professionals kunnen niet managen. *Tijdschrift voor Management Development*, nr. 2 (2003).

Weed, J. (2010). Factory Efficiency Comes to the Hospital. *New York Times* 10 juli 2010.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning and identify*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W.M. (2002). *Cultivating communities of practice*. Boston: Harvard Business School Press.

Wenger, E. & Eckert, P. (2005). Communities of practice in sociolinguistics. *Journal of Sociolinguistics*, volume 9, issue 4, 25 November 2005, pp. 582-589.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*, Amsterdam: WRR

Wildavsky (2002) In Ytsema, W. (Red.). *De vele gezichten van facility management*. Kluwer.

Womack, J.P. & Jones, D.T. (2003). *Lean Thinking. Banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Free Press.

Zidel, T.G. (2006). *A Lean Guide to Transforming Healthcare. How to Implement Lean Principles in Hospitals, Medical Offices, Clinics, and Other Healthcare Organizations*. Milwaukee, Wisconsin: ASQ Quality Press.

Beleidsdocumenten

CNV & ABVAKABO FNV (2007). *Beroepscode Verpleging en Verzorging*.

Rijksoverheid (2010). *Regerakkoord VVD-CDA. Vrijheid en verantwoordelijkheid*.

Sint Elisabeth Ziekenhuis (2010). *Jaardocument 2009. Lief Ziekenhuis*.

Sint Elisabeth Ziekenhuis (2009). *Jaardocument 2008. Veilige Zorg op Topniveau*.

Slotervaartziekenhuis (2009). *Jaardocument Slotervaartziekenhuis 2008*.

Slotervaartziekenhuis (2008). *Jaarverslag Slotervaartziekenhuis 2007*.

URL

Buithuis, R. (2010). *Nieuw boek introduceert kubusdenken in de zorg*. Verkregen op 7 oktober 2010 via <http://www.kluwermanagement.nl/index.aspx?m=book&f=detail&id=40345>

Dijk, van C. (2007). Interview drs. Herman Bol met Aysel Erbudak, Slotervaartziekenhuis. *Scope Management 22-11-2007*. Verkregen op 07-05-2010 via <http://managementscope.nl/magazine/artikel/280-interview-aysel-erbudak#vervolg>.

Gezondheidszorg wil privatiseren om betaalbaar te kunnen blijven. *Volkskrant*, 10 november 1998, verkregen op 05-02-2010 via http://www.volkskrant.nl/archief_gratis/article780734.ece/Gezondheidszorg_wil_privatiseren_om_betaalbaar_te_kunnen_blijven

Health Foundation Limburg. Verkregen op 09-03-2010 via <http://www.hfl.nl/>.

Kliniek DeLairesse. Verkregen op 07-06-2010 via <http://www.kliniekdelairesse.nl/>.

Klink: taboe op marktwerking zorg kost 50 miljoen. *Het Parool* 02 mart 2010, verkregen op 03-06-2010 via <http://www.parool.nl/parool/nl/30/ECONOMIE/article/detail/281805/2010/03/02/Klink-taboe-op-marktwerking-zorg-kost-50-miljoen.dhtml>.

MKB Servicedesk (2010). *Vrije Beroepen: een overzicht*. Verkregen op 12 januari 2011 via <http://www.mkb servicedesk.nl/915/vrije-beroepen-overzicht.htm>.

Elisabeth Foundation (2010), *Lief Ziekenhuis, Campagne voor menslievende zorg 2009-2014*. Verkregen op 1 maart 2010, via <http://www.liefziekenhuis.nl/>.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2009a). *Marktwerking in de zorg*. Verkregen op 19-02-2010 via <http://www.minvws.nl/dossiers/marktwerking-in-de-zorg/default.asp>.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2009c). *WTZI in vogelvlucht*. Verkregen op 19-02-2010 via <http://www.minvws.nl/dossiers/wtzi/wtzi-in-vogelvlucht/>.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2009b). *Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Vraag en antwoord*. Verkregen op 19-02-2010 via <http://www.minvws.nl/dossiers/wtzi/vraag-en-antwoord/default.asp#a1>.

Nederlandse Zorgautoriteit. *DBC*. Verkregen op 13 augustus 2010 via <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/veelgestelde-vragen-DBC/>.

Nieuwsbank (2004). *Persbericht Lijst Pim Fortuyn*. Verkregen op 19-02-2010 via <http://www.nieuwsbank.nl/inp/2004/02/23/R238.htm>.

Raboud overweegt aangifte tegen amokmakers. *De Gelderlander*, 19 januari 2010. Verkregen op 09-03-2010 via <http://www.gelderlander.nl/voorpagina/nijmegen/6111265/Radboudziekenhuis-overweegt-aangifte-tegen-amokmakers.ece>.

Mouwen, K. & Waslander, S. (2010). *Centrum voor het bestuur van de Maatschappelijke Onderneming*. Verkregen op 19-02-2010 via <http://www.tiasnimbis.edu/CBMO>.

O&I (2009a). *Zorg. Een lief en Lenig ziekenhuis*. Verkregen op 10 april 2010 via <http://www.oi.nl/de-markt/nl/paginas/173-een-lief-en-lenig-ziekenhuis.html>.

O&I (2009b). *Zorg. Disney-filosofie*. Verkregen op 10 april 2010, via <http://www.oi.nl/de-markt/nl/paginas/172-disney-filosofie.html>.

Website Good Work Project. Verkregen op 10 december 2010, via <http://www.goodworkproject.org/>

O&I (2009c). *Zorg. Lean Healthcare als basis voor duurzame resultaatverbetering*. Verkregen op 10 april 2010 via <http://www.oi.nl/de-markt/nl/paginas/176-lean-healthcare-als-basis-voor-duurzame-resultaatverbetering.html>.

Waard, de M. (2007). Einde privatisering staatsbedrijven. *NRC Handelsblad*. 7 december 2007. Verkregen op 17-02-2010 via http://www.nrc.nl/economie/article1855660.ece/Einde_privatisering_staatsbedrijven