

# **Borgen van Sneller Beter pijler 3: makkelijker gezegd dan gedaan**

**Een onderzoek naar succesfactoren voor borging van  
Sneller Beter pijler 3 in het Ziekenhuis St. Jansdal**

F. Mutsaerts, 273805  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Gezondheidswetenschappen 2005-2006  
Afstudeerscriptie Master ZorgManagement  
Thema : Sneller Beter pijler 3  
Begeleider : Drs. J. van Wijngaarden  
Meelezer : Drs. K. van Wijk  
Datum : augustus 2006

## Voorwoord

Tijdens mijn zoektocht naar een afstudeeropdracht werd mij een onderzoek in het Ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk onder de aandacht gebracht. Na een aantal gesprekken met verschillende personen in dit ziekenhuis, was het duidelijk dat mijn afstudeerperiode officieel was aangebroken. De aandacht voor succesfactoren om veranderingen binnen Sneller Beter te borgen, en dan met name de erkenning van het belang van motivatie van de medewerkers, sprak mij aan in deze opdracht.

Deze scriptie vormt het sluitstuk van mijn opleiding Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. In deze scriptie wordt niet alleen verslag gedaan van de onderzoeksresultaten aan de hand van een probleemstelling en vijf deelvragen, maar worden ook aanbevelingen gedaan voor het Ziekenhuis St. Jansdal en de wijze waarop zij tot succesvolle uitvoering en borging van de Sneller Beter-projecten kan komen.

Dit voorwoord wil ik tenslotte aangrijpen als dankwoord. Ten eerste gericht aan het Ziekenhuis St. Jansdal voor haar gastvrijheid, openheid en eerlijkheid. Speciale dank gaat uit naar drs. W. Adema RA MBA, drs. A. Adams, drs. H. Olivier en drs. A. Stoop voor de prettige en leerzame periode en de mogelijkheid die ik heb gekregen om het afstudeeronderzoek in deze organisatie te verrichten.

Vervolgens wil ik alle respondenten hartelijk danken voor het vrijmaken van tijd en het delen van hun ervaringen met en verwachtingen van Sneller Beter.

Ook wil ik mijn scriptiebegeleider drs. J. van Wijngaarden bedanken voor de adviezen en leerzame begeleiding tijdens mijn afstudeerperiode. Mijn meezeer, drs. K. van Wijk, wil ik bedanken voor diens hulp bij zowel het opstarten als afronden van mijn scriptie(onderzoek).

Het laatst, maar zeker niet het minst, gaat mijn dank uit naar mijn dierbare gezin en lieve vrienden voor hun ondersteuning tijdens het schrijven van deze scriptie, hun voortdurende geloof in mij, zeker op momenten dat dit mij even in de steek liet, en hun trots dat ik deze mijlpaal al op dit moment in mijn leven heb bereikt. En trots is hoe ik me voel, nu ik dit onderzoek heb afgerond en u het eindresultaat kan aanbieden!

Fleur Mutsaerts

Breda, augustus 2006

## Samenvatting

De casus in deze scriptie wordt gevormd door het Ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk dat deelneemt aan het landelijke programma Sneller Beter pijler 3. De organisatie streeft ernaar de veranderingen in processen, werkwijzen en vaardigheden die dit programma met zich meebrengt, te borgen teneinde de patiëntenlogistiek en -veiligheid te verbeteren. In deze scriptie staat daarom de volgende probleemstelling centraal:

**“In welke mate zijn binnen het Ziekenhuis St. Jansdal factoren aanwezig voor het succesvol borgen van de projecten behorend bij Sneller Beter pijler 3?”**

Om op deze centrale vraag een antwoord te kunnen formuleren, is niet alleen nagegaan wat de literatuur zegt over borgen en succesfactoren. Ook is middels kwalitatief onderzoek verschillende respondenten gevraagd naar hun ervaringen met en verwachtingen van borgen en wat zij zien als succesfactoren voor borgen van Sneller Beter pijler 3 in het Ziekenhuis St. Jansdal.

Volgens de theorie zijn twee vormen van borgen te benoemen, te weten borgen als eindpunt en dynamisch borgen. Er is, afgeleid uit de literatuur, een overzicht weergegeven van factoren die cruciaal zijn om deze borgingsvormen tot een succes te maken. Een aantal van deze factoren komt terug in borgen als eindpunt en dynamisch borgen. Dit geldt in het bijzonder voor motivatie, een succesfactor die van groot belang is voor het welslagen van Sneller Beter pijler 3. Immers, medewerkers moeten gemotiveerd zijn tot deelname aan de Sneller Beterprojecten en bereid zijn de bijbehorende veranderingen zowel te borgen als eindpunt als dynamisch te borgen. Zonder motivatie zijn andere succesfactoren van weinig betekenis.

Uit de analyse komt allereerst naar voren dat Sneller Beter pijler 3 vraagt om beide vormen van borgen. Zowel statisch als dynamisch borgen blijken van belang te zijn om de doelstellingen van dit programma te bereiken.

Op dit moment is in het Ziekenhuis St. Jansdal slechts binnen een aantal projecten gestart met het doorvoeren van daadwerkelijke veranderingen. Andere afdelingen en poliklinieken zijn grotendeels nog in de fase van het in kaart brengen van de situatie. Borging, zowel als eindpunt als dynamisch, is hiermee binnen het Ziekenhuis St. Jansdal dan ook nog niet direct aan de orde, wat echter niet betekent dat hieraan nog geen aandacht wordt besteed. De analyse wijst uit dat binnen het Ziekenhuis St. Jansdal op dit moment aan een aantal van de benoemde factoren, in meer of mindere mate, invulling wordt gegeven. Het belang van een aantal andere succesfactoren wordt wel erkend, maar, bewust of onbewust, nog niet in praktijk gebracht. Hierbij gaat het voornamelijk om de factoren behorend bij dynamisch borgen.

## Summary

The case in this thesis is developed by the Hospital St. Jansdal in Harderwijk, which participates in the national programme 'Sneller Beter' column 3. The organisation strives for the changes in processes, working methods and skills that come along with this programme, to sustain the objective to improve patient logistics and safety. In this thesis the following problem definition is being centralized:

**“In what extent are factors present within the Hospital St. Jansdal to successfully sustain the projects that belong to ‘Sneller Beter’ column 3?”**

To formulate an answer to this central question, literature about sustaining and success factors is not of the utmost importance. In addition, through qualitative research, respondents are being asked what their experiences and expectations of sustaining are and what they consider as success factors for the sustaining of 'Sneller Beter' column 3 within the Hospital St. Jansdal's.

According to the theory, sustaining can be divided into two forms, sustaining to terminal point and dynamic sustaining. Derived from literature, there has been given an overview of factors which are crucial to make these sustaining forms successful. A number of these factors is mentioned in both sustaining to terminal point and dynamic sustaining. This is particularly the case with motivation. For, employees need to feel the motivation to participate in 'Sneller Beter'-projects and need to be willing to sustain the changes as an endpoint and dynamically. Without motivation, the other success factors aren't of much significance.

Analysis makes clear that both forms of sustaining are needed within 'Sneller Beter' column 3. Both static and dynamic sustaining appear to be relevant in order to achieve the goals of this programme.

At this moment the Hospital St. Jansdal's people has been started with merely a few projects that effect actual changes; other departments and outpatient departments are still largely in the phase of introducing the situation. Sustaining is, because of this phase, not directly under discussion. However, this does not mean that employees don't pay attention to sustaining. The analysis shows that within the Hospital St. Jansdal at this moment a few of these factors, more or less, are being executed. The importance of other success factors are being acknowledged but consciously or unconsciously, still not put in practice. These are mainly the factors that belong to dynamic sustaining.

## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1: Inleiding.....</b>	<b>6</b>
§ 1.1: Aanleiding.....	6
§ 1.2: Probleemanalyse.....	6
§ 1.3: Hoofd- en deelvragen.....	7
§ 1.4: Hoofdstukopbouw.....	8
<b>Hoofdstuk 2: Sneller Beter .....</b>	<b>9</b>
§ 2.1: Landelijk programma Sneller Beter .....	9
§ 2.2: Sneller Beter pijler 3 .....	9
<b>Hoofdstuk 3: Borgen van veranderingen.....</b>	<b>11</b>
§ 3.1: Borgen .....	11
§ 3.2: Succesfactoren.....	14
§ 3.3: Motivatie als succesfactor .....	16
§ 3.4: Samengevat .....	20
<b>Hoofdstuk 4: Methoden .....</b>	<b>22</b>
§ 4.1: Literatuurstudie.....	22
§ 4.2: Onderzoekstype- en design.....	23
§ 4.3: Dataverzameling en instrumenten.....	24
§ 4.4: Sampling .....	24
§ 4.5: Betrouwbaarheid en validiteit .....	26
§ 4.6: Analyse.....	27
<b>Hoofdstuk 5: Analyse.....</b>	<b>29</b>
§ 5.1: Borgen .....	29
§ 5.2: Succesfactoren.....	36
§ 5.3: Motivatie als succesfactor .....	43
<b>Hoofdstuk 6: Conclusie, discussie en aanbevelingen.....</b>	<b>47</b>
§ 6.1: Conclusie.....	47
§ 6.2: Discussie .....	54
§ 6.3: Aanbevelingen.....	57
<b>Literatuurlijst .....</b>	<b>60</b>
<b>Bijlage I: Topiclijst.....</b>	<b>62</b>
<b>Bijlage II: Organogram Ziekenhuis St. Jansdal .....</b>	<b>64</b>

## Hoofdstuk 1: Inleiding

### § 1.1: Aanleiding

Binnen deze scriptie staan twee hoofdthema's centraal, te weten het actuele programma Sneller Beter pijler 3 en borgen van veranderingen.

Het programma Sneller Beter pijler 3 binnen het Ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk vormt de casus waarbinnen onderzoek wordt uitgevoerd. De keuze voor dit programma is in de eerste plaats gebaseerd op het feit dat kwaliteit van zorg mij interesseert. Waar liggen de oorzaken voor bijvoorbeeld de huidige 'kwaliteitskloof' en welke programma's kunnen worden gebruikt ter verbetering van de kwaliteit van zorg, doelmatigheid en verbeteringen rond patiëntenlogistiek en -veiligheid? Daarnaast is dit programma meermalen besproken tijdens de Bachelorjaren van Beleid & Management Gezondheidszorg. Het schrijven van deze scriptie is dan ook een mooie gelegenheid dit actuele programma verder uit te diepen.

De literatuur geeft een overzicht van succesfactoren om de veranderingen die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt daadwerkelijk te kunnen borgen, teneinde verbetering van patiëntenlogistiek en -veiligheid te realiseren. Uit dit overzicht wordt de belangrijke factor motivatie uitgelicht en nader uitgewerkt. Sinds de Master ZorgManagement is mijn visie ten opzichte van medewerkers veranderd. Ik ben me meer bewust van het belang van hun aanwezigheid, motivatie, *commitment* en inzet. Mijn doel is dus niet alleen te weten welke relevante succesfactoren een rol spelen, maar tevens meer te weten te komen over de wijze(n) waarop de medewerkers kunnen worden ingezet, opgeleid en gemotiveerd om bij te dragen aan de borging van organisatieveranderingen. Hiermee kan een link worden gelegd naar de eerder aangehaalde kwaliteit van zorg: wat kunnen medewerkers en andere succesfactoren betekenen voor verbetering van de kwaliteit, patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid?

### § 1.2: Probleemanalyse

De Kwaliteitswet Zorginstellingen is op 1 april 1996 in werking getreden en fungeert als kaderwet waarin globale eisen aan de zorg worden gesteld. Iedere individuele zorginstelling wordt geacht aan deze eisen zelf nader invulling te geven. Hiermee is de eigen verantwoordelijkheid voor het leveren van kwaliteit van zorg het uitgangspunt van deze wet (Ministerie VWS 2005). Echter, de Nederlandse gezondheidszorg heeft volgens Berg (2001) nog steeds te maken met een kwaliteitskloof; er heerst discrepantie tussen wat het zorgsysteem zou kunnen leveren en wat het daadwerkelijk levert. De patiënt ontvangt hierdoor onvoldoende kwaliteit van zorg in de vorm van veiligheid, efficiëntie, effectiviteit, toegankelijkheid en tijdigheid. Dit wordt versterkt door de fragmentatie in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Het systeem heeft te maken met communicatieproblemen, een tekort aan professionals, onvoldoende vraaggerichte zorg, doorgeschoten regelgeving en perverse prikkels door de financiering. Dit probleem is niet acceptabel en moet, zeker met het oog op komende veranderingen, worden aangepakt. Bij deze toekomstige veranderingen kan worden gedacht aan toenemende vergrijzing, stijging van het aantal chronisch zieken, patiënten die steeds mondiger worden en aan toenemende verantwoording die afgelegd moet worden.

Ondanks de huidige discrepantie heeft de Kwaliteitswet Zorginstellingen een impuls gegeven aan het tot stand brengen en verbeteren van het kwaliteitsbeleid binnen zorginstellingen. In alle sectoren is men begonnen met het ontwikkelen van kwaliteitssystemen- en methodieken (Ministerie VWS 2002). Eén van de methodieken die sinds 2004 wordt gebruikt, is het programma Sneller Beter pijler 3. Dit actieprogramma is gericht op de begeleiding van, inmiddels 24, ziekenhuizen bij de verbetering van de kwaliteit van zorg door aandacht te besteden aan kwaliteit, doelmatigheid, transparantie en innovatie. De thema's patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek staan hierin centraal. Dat deze verbetering veel energie en tijd vergt, blijkt uit het feit dat binnen deze pijler van het programma diep wordt ingegrepen op de cultuur en structuur van de organisatie van de desbetreffende instelling. Het realiseren van de ten doel gestelde verbeteringen vraagt namelijk om drastische proces- en structuurinterventies (CBO, iBMG & Orde van Medisch Specialisten 2004). Door deze interventies kan de zorg echter wel meer doordacht worden georganiseerd: nieuwe logistieke afspraken en herontwerp van zorgprocessen leveren vaak al meer doelmatigheid en kwaliteit op (Sneller Beter 2003). Ook het Ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk neemt, als tweede tranche-ziekenhuis, deel aan Sneller Beter pijler 3.

Binnen dit ziekenhuis wordt nu nog veelal projectmatig gewerkt, waarbij de projecten afkomstig zijn uit deze pijler. Dit vormt echter een grote belasting voor de werknemers binnen de organisatie. Bovendien draagt projectmatig werken niet per definitie bij aan kwaliteit van zorg. Het proces wordt dan namelijk vaak opgeknipt in losse onderdelen wat ten koste gaat van de logistiek, omdat de samenhang en afstemming verloren kunnen gaan. Het ziekenhuis streeft er daarom naar deze projecten en de veranderde manier van werken succesvol te borgen, om te komen tot uiteindelijke kwaliteitsverbetering binnen de organisatie; concreet gezegd, tot verbeterde patiëntenlogistiek en -veiligheid.

### § 1.3: Hoofd- en deelvragen

Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal vinden nu veel veranderingen plaats, waarbij het streven is deze vast te houden en op te nemen in de dagelijkse gang van zaken. Het is de bedoeling te kijken naar fasen in het veranderingsproces die leiden tot borgen en van daaruit te speculeren over wat benodigd is om borgen tot een succes te maken. Hieruit kan onderstaande probleemstelling worden afgeleid:

**“In welke mate zijn binnen het Ziekenhuis St. Jansdal factoren aanwezig voor het succesvol borgen van de projecten behorend bij Sneller Beter pijler 3?”**

De probleemstelling wordt beantwoord aan de hand van onderstaande deelvragen:

1. *Welke definitie wordt in de literatuur toegekend aan de term ‘borgen’?*

Binnen de probleemstelling staat het borgen van veranderingen centraal. Om hierover goede uitspraken te kunnen doen, is het van belang dat eenduidigheid bestaat over de inhoud en betekenis van borgen. Deze deelvraag gaat na wat over de term ‘borgen’ is terug te vinden in de literatuur.

2. *Welke factoren dragen volgens de theorie bij aan het succesvol borgen van veranderingen?*

Om een antwoord op de probleemstelling te kunnen formuleren, is het van belang kennis te hebben van succesfactoren die kunnen bijdragen aan het borgen van Sneller Beter pijler 3.

Deze deelvraag tracht te achterhalen welke van deze factoren in de literatuur worden aangedragen.

3. *Op welke wijze wordt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal het borgen van veranderingen binnen Sneller Beter pijler 3 beschouwd?*

De theorie over het borgen van veranderingen die in deelvraag 1 is besproken, wordt hier toegepast op de casus die in deze scriptie centraal staat: borging van Sneller Beter pijler 3 binnen het Ziekenhuis St. Jansdal.

4. *Welke van de, in de literatuur genoemde, succesfactoren zijn op dit moment aanwezig in het Ziekenhuis St. Jansdal om de veranderingen van Sneller Beter pijler 3 te borgen?*

Aanvullend op de voorgaande deelvragen is het van belang na te gaan welke van deze factoren een rol spelen in het Ziekenhuis St. Jansdal.

5. *Op welke manier worden en/of blijven de medewerkers binnen het Ziekenhuis St. Jansdal gemotiveerd tot het borgen van de veranderde manier van werken die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt?*

Sneller Beter pijler 3 brengt vraagt om inspanning, energie en tijd van medewerkers in een deelnemend ziekenhuis. Het programma brengt namelijk verschillende activiteiten met zich mee, zoals deelname aan de projecten, het aanleren van nieuwe vaardigheden en het uiteindelijke borgen hiervan. Dit vraagt echter wel om motivatie van medewerkers: zij zijn degenen die deze activiteiten uit moeten voeren en de doelen moeten realiseren. De literatuur geeft inzicht in verschillende methoden om medewerkers te motiveren en gemotiveerd te houden; de vraag is welke het Ziekenhuis St. Jansdal toepast om haar medewerkers te motiveren tot deelname aan en borging van Sneller Beter pijler 3.

#### § 1.4: Hoofdstukopbouw

Theorie / Empirie	Hoofdstuk	Onderwerp	Deelvragen
	1	Inleiding	
Theorie	2	Sneller Beter	
Theorie	3	Borging van veranderingen	Deelvraag 1, 2
	4	Methoden	
Empirie	5	Analyse	Deelvraag 3, 4, 5
	6	Conclusie, discussie en aanbevelingen	

Tabel 1: Overzicht hoofdstukopbouw



## Hoofdstuk 2: Sneller Beter

De casus in dit onderzoek speelt in het Ziekenhuis St. Jansdal dat deelneemt aan het programma Sneller Beter pijler 3. Ter verduidelijking van deze casus zal in onderstaande paragrafen de inhoud van zowel het landelijke programma Sneller Beter (§ 2.1) als het programma Sneller Beter pijler 3 (§ 2.2) worden toegelicht.

### § 2.1: Landelijk programma Sneller Beter

Sneller Beter is het landelijk ondersteuningsprogramma van het ministerie van VWS, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. Het is erop gericht transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te bevorderen en tevens de patiënt sneller herstel te bieden. Hierbij zijn niet alleen medische en technische innovaties van belang; de zorgorganisaties dienen slimmer ingericht te worden. Dit vraagt ten eerste om aandacht te besteden aan de *snelheid* waarmee de zorg geleverd wordt aan de patiënt. Daarbij mag de kwaliteit van zorg niet uit het oog worden verloren. *Beter* is er dan ook op gericht, betere zorg aan de patiënt te leveren (Sneller Beter 2003).

Sneller Beter beoogt hiermee een aantal algemene doelstellingen te verwezenlijken. Eén doel is om structurele verbeteringen omtrent zorglogistiek, zorgveiligheid en klantgerichtheid versneld te implementeren. Niet alleen de implementatie, maar ook de borging is hierbij van belang. Een tweede doel is het vergroten van de transparantie middels de activiteiten die binnen het programma worden uitgevoerd. Tenslotte is het ook van belang inzichtelijk te maken dat veel reeds goed gaat in de zorg, dat deze voorbeelden worden verspreid en op gestructureerde wijze worden gedeeld.

Deze doelen en activiteiten die binnen het programma Sneller Beter zijn benoemd en worden uitgevoerd, zijn geordend in drie pijlers:

- Pijler 1 is gericht op bewustwording en kennisontsluiting en kennisverspreiding;
- Pijler 2 gaat voornamelijk om het vergroten van de transparantie en de vergelijkbaarheid van de resultaten van de zorg. Hierbij wordt aandacht besteed aan prestatie-indicatoren (Sneller Beter 2003);
- Pijler 3 heeft tot doel het verspreiden van goede voorbeelden in de ziekenhuissector. Enkele ziekenhuizen laten zien dat het mogelijk is dat een aanzienlijk deel van geleverde zorg te verbeteren is (Sneller Beter 2003).

### § 2.2: Sneller Beter pijler 3

Het programma Sneller Beter pijler 3 is gericht op het ziekenhuisbreed nastreven van fundamenteel betere patiëntenzorg door een versnelde implementatie van *best practices* (Dückers & Wagner 2005:7) en het tot stand brengen van een structuur- en cultuurverandering richting verbeterinfrastructuur (ibid.:65,8). Het eerste overkoepelende doel dat deze pijler met de veranderingen wenst te bereiken, is dat 20% van de 24 deelnemende ziekenhuizen in 4 jaar tijd aanzienlijke en aansprekende prestatieverbeteringen weten te realiseren op de gebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid voor patiënten en zorgverleners. Daarnaast beogen de deelnemende ziekenhuizen een 'vliegwieltje' tot stand te brengen (CBO, iBMG & Orde van Medisch Specialisten 2004), wat door Dücker & Wagner (2005:72) wordt gedefinieerd als: "een

organisatorisch mechanisme gericht op versnelde implementatie en verspreiding van *best practices* teneinde systematische en blijvende verbetering van de patiëntenzorg te bewerkstelligen”.

De twee voornaamste prioriteitsgebieden bij deze twee overkoepelende doelen zijn het verbeteren van logistiek en veiligheid voor patiënten en zorgverleners (Dückers & Wagner 2005:10). Ieder prioriteitsgebied kent eigen projecten om de verbeteringen te bewerkstelligen. Patiëntenlogistiek bevat de projecten ‘Werken zonder Wachlijsten’, ‘Procesherinrichting’ en ‘OK Oké’. Binnen patiëntveiligheid staan de volgende projecten centraal: ‘Decubitus’, ‘Medicatieveiligheid’, ‘Postoperatieve Wondinfecties’ en ‘Veilig Incidenten Melden’. Dit zijn de projecten waar ieder deelnemend ziekenhuis aan werkt, binnen ieder ziekenhuis zijn er echter andere afdelingen en/of poliklinieken die hieraan werken.

Per prioriteitsgebied zijn specifieke doelen opgesteld; ter realisatie hiervan zullen ten eerste professionals (specialisten en verpleegkundigen) het voortouw moeten nemen om de zorg op de werkvloer in nauwe multidisciplinaire en afdelingsoverstijgende samenwerking te vernieuwen en te verbeteren. Ten tweede vraagt dit om nauwe betrokkenheid, aansturing en een voorbeeldfunctie van ziekenhuisdirecties; zij dragen zorg voor een blijvende verbeterinfrastructuur. Tevens is deze pijler een gezamenlijk leertraject: gedurende de looptijd zal hetgeen geleerd is, grote invloed moeten kunnen uitoefenen op de verdere opzet en uitvoering van het programma (ibid.). Tenslotte, om de doelstellingen te bereiken worden verschillende methoden gehanteerd: de Doorbraakaanpak, integrale procesherinrichting, en specifieke methoden gericht op leiderschap en organisatieontwikkeling (ibid.).

Dit laatste punt, leiderschap en ontwikkeling, is een derde prioriteitsgebied teneinde het ‘vliegwiel’ tot stand te brengen (Dückers & Wagner 2005:10). Aanvankelijk dient de leiding van het ziekenhuis de projecten aan te sturen; uiteindelijk ligt het accent op strategische doorvertaling van de projecten naar de organisatie om door te gaan op de ingeslagen weg (het vliegwiel) (CBO, iBMG & Orde van Medisch Specialisten 2004).

Sneller Beter pijler 3 streeft naar het behalen van diverse doelstellingen tegelijkertijd, op korte en langere termijn, in zowel zorginhoudelijk, organisatorisch als sectorbreed opzicht (Dückers & Wagner 2005:17). Ferlie & Shortell (2001 In: Dücker & Wagner 2005:17) bepleiten hierbij een *multilevel* benadering. Reden hiervoor is dat uit onderzoek is gebleken dat de meeste pogingen om kwaliteit van zorgsystemen te verbeteren teveel gebaseerd zijn op relatief smalle, *single level* strategieën die grotendeels zonder succes zijn gebleven. De aanpak van Ferlie & Shortell (ibid.) is gebaseerd op ten minste vier kernkarakteristieken:

- leiderschap op alle niveaus;
- een zich verspreidende cultuur van leerbereidheid;
- nadruk op de ontwikkeling van effectieve teams en *evidence based* handelen;
- een groter gebruik van informatietechnologie ter bevordering van aanhoudend verbeteringswerk en externe verantwoordingsaflegging.

### Hoofdstuk 3: Borgen van veranderingen

Zoals gebleken uit paragraaf 2.2, staat binnen de derde pijler van Sneller Beter het implementeren van veranderingen, teneinde de zorg te verbeteren, centraal. Borging van veranderingen wordt steeds meer gezien als het criterium van effectieve implementatie (Grol & Wensing 2001:206). Deelnemende ziekenhuizen beogen dan ook de veranderde werkwijzen te borgen, om daadwerkelijk te kunnen komen tot de ten doel gestelde verbetering in patiëntenlogistiek en -veiligheid.

Om een antwoord te kunnen geven op de probleemstelling, is het in de eerste plaats van belang inzicht te krijgen in de betekenis van borgen. Paragraaf 3.1 verkent de inhoud van de borging van veranderingen, waarbij wordt nagegaan op welke wijze hieraan vorm kan worden gegeven. In paragraaf 3.2 worden succesfactoren besproken die de literatuur aandraagt om borging tot een succes te maken. Paragraaf 3.3 gaat dieper in op één van deze succesfactoren, vanwege de invloed hiervan op zowel deelname aan verandering als bereidheid tot borgen. Tenslotte geeft paragraaf 3.4 een samenvatting van de behandelde literatuur in dit hoofdstuk.

#### § 3.1: Borgen

Kotter (1998:3) maakt duidelijk dat de overgang van verandering naar borging niet eenvoudig is; in het veranderingsproces moet namelijk een aantal stappen uitgevoerd worden die leiden tot borging. Het overslaan van één of meerdere stappen geeft de illusie van snelheid en vooruitgang, maar zonder een goed resultaat (ibid.:3). Daarnaast wijst Kotter (1998:3) erop dat fouten in de uitvoering van stappen op korte of lange termijn kunnen leiden tot vertraging van het proces of negatieve beïnvloeding van eerder behaalde resultaten.

In de literatuur worden beschrijvingen over borgen gegeven. Hieruit blijkt dat op twee manieren vormgegeven kan worden aan borgen. Ten eerste borgen als eindpunt; Finlay (2000:408-409) geeft bijvoorbeeld aan dat borging van veranderingen kan worden beschouwd als *refreezing*, waarbij het individu de verandering internaliseert en deze verandering het onderdeel wordt van de nieuwe 'normale' gedragingen die leiden tot betere resultaten. De tweede vorm is dynamisch borgen; Schouten (2004:1643) ziet borgen niet per definitie louter als het behouden van het resultaat, maar tevens als vertrekpunt voor het aanbrenge van verdere, nieuwe verbeteringen. Dit onderscheid in vormen van borgen wordt in onderstaande subparagrafen (§ 3.1.1; § 3.1.2) verder uitgewerkt.

##### § 3.1.1: Borgen als eindpunt

De literatuur vermeldt een aantal wijzen waarop een organisatie haar veranderingen kan borgen als eindpunt. Ten eerste noemt Finlay (2000) een indeling van het proces van verandering naar borging, onderverdeeld in drie fasen:

- *unfreezing*, ofwel het loslaten van 'normale' gedragingen, normen en waarden;
- *change*: het aanzetten tot en uitvoeren van de verandering;
- *refreezing*: het uiteindelijk eigen maken van de nieuwe gedragingen en denkwijzen (Finlay 2000:420).

Waar de fasen van Finlay (ibid.) vrij globaal blijven, heeft Kotter (1998) concrete stappen uiteengezet; deze worden hieronder beknopt weergegeven. Het stappenplan begint met het bestaan en uitbreiden van de noodzaak tot verandering (*sense of urgency*) om bepaalde

aspecten in de organisatie te veranderen. Succesvolle transformaties drijven op motivatie van mensen in de organisatie. Vervolgens wordt een heldere, bondige visie aangedragen, omdat deze richting geeft aan de verandering en het uiteindelijke te behalen doel, namelijk de geborgde wijziging in de organisatie. Ten derde wordt het gebruik van hulpmiddelen genoemd, om deze visie te verspreiden; volgens Kotter (1998:3) speelt met name communicatie een grote rol. Want niets ondermijnt verandering meer dan woorden van vooraanstaande personen die niet overstemmen met hun gedrag, aldus Kotter (1998). Daarna is het van belang actie te ondernemen, waarbij autonomie en zelfsturing (*empowerment*) een grote rol spelen. Als volgende stap noemt Kotter (1998) het aandacht besteden aan motivatie van de medewerkers door middel van het plannen, creëren en belonen van zichtbare korte-termijnwinsten. Zonder deze resultaten zullen medewerkers op den duur gaan opgeven of zich verzetten. De stap vóórdat de daadwerkelijke borging plaatsvindt, is gericht op het consolideren van verbetering en het stimuleren van verdere vooruitgang. Dit gebeurt door het aantrekken en ontwikkelen van medewerkers die de verandering internaliseren of geïnternaliseerd hebben, het versterken van het proces door nieuwe projecten en gebruik maken van het toegenomen vertrouwen (ibid.).

Aanvullend op Kotter (1998) en Finlay (2000) zien ook Grol & Wensing (2001) borging als eindpunt van de implementatie van een verandering. "Implementatie kan worden omschreven als 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg'" (Grol & Wensing 2001:31). Dit proces van implementeren wordt door Grol & Wensing (ibid.:77) opgedeeld in een vijftal fasen. Deze fasen zijn specifiek opgesteld voor effectieve implementatie in de patiëntenzorg en zijn afgeleid uit verschillende stapsgewijze modellen uit de literatuur (Grol & Wensing 2001:75). Door deze focus op de gezondheidszorg en samenstelling uit verschillende theorieën zal in deze scriptie gebruik worden gemaakt van bovengenoemde vijf fasen van Grol & Wensing (2001), wanneer het gaat over borgen als eindpunt.

In het eerste stadium staat de oriëntatie centraal: zorgverleners, teams of instellingen dienen eerst op de hoogte te zijn van het feit dat er een innovatie is, waarvoor hun belangstelling dient te worden gewekt. Men moet het idee krijgen dat het interessant is voor het eigen werk. Vervolgens ontstaat inzicht, waarbij de doelgroep precies weet wat de innovatie inhoudt en wat er aan nieuw handelen wordt verwacht en tevens inzicht bestaat in de eigen wijze van zorgverlening (Grol & Wensing 2001:77).

Na deze eerste twee fasen is er sprake van acceptatie: de actoren raken gemotiveerd, ontwikkelen een positieve houding en raken overtuigd dat de nieuwe werkwijzen waardevol en nuttig zijn. Dit zorgt er voor dat ze voornemens zijn volgens deze methoden te gaan werken. Hierbij is het van belang dat duidelijkheid bestaat over de toepassing in de eigen situatie, over mogelijke knelpunten en over hoe die opgelost kunnen worden. Het gevoel moet groeien dat men zelf in staat is de verandering door te voeren (ibid.:77).

De hierop volgende fase is verandering, waarbij men de mogelijkheid moet hebben deze eerst op kleine schaal uit te proberen, te ervaren en benodigde vaardigheden aan te leren. Op basis hiervan wordt bepaald of de verandering werkt of voldoet aan de verwachtingen (ibid.:78).

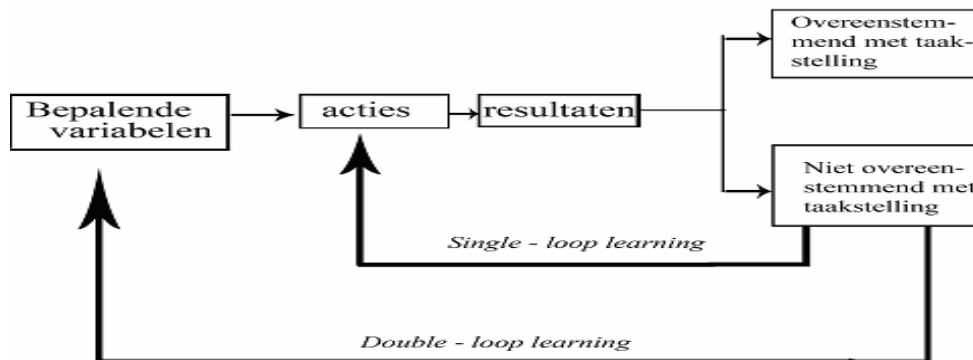
De laatste fase binnen implementeren wordt gevormd door het behoud van veranderingen. De nieuwe werkwijze wordt structureel ingepast in bestaande protocollen of plannen. Men moet hier voorkomen dat medewerkers in oude routines vervallen. Tevens is de verankering in de organisatie van belang; door organisatorische, financiële en structurele voorwaarden maakt de organisatie blijvende toepassing mogelijk (ibid.:78).

Het borgen van de verandering is hierbij het eindpunt van het implementatieproces: het doel van de verandering is deze te integreren in routines en te verankeren in de organisatie (Grol & Wensing 2001:79).

### § 3.1.2: Dynamisch borgen

Schouten (2004:1643) ziet borgen niet als eindpunt van een implementatieproces: een succesvol (Doorbraak)project is het resultaat van het ontwerpen, leren en inpassen, zodanig dat naast het behouden van het gerealiseerde resultaat, ook een structurele basis wordt gelegd voor toekomstige veranderingen. Want hoewel de eenmaal geborgde werkwijzen als 'normale' gedragingen en vaardigheden worden beschouwd, betekent dit niet dat er geen verdere aandacht aan hoeft te worden besteed. Voortdurend ontwikkelen en verbeteren van uitkomsten is van belang om het veranderingsproces tot borging niet keer op keer te hoeven doorlopen. Dynamisch borgen vraagt hiermee om verschillende vormen van leren.

Ten eerste speelt de gangbare manier van leren, ofwel *single-loop learning*, een rol: men identificeert hierbij een fout en voert een interventie uit om deze *error* te corrigeren (Argyris 1991). Maar dit is niet voldoende: om resultaten voortdurend te kunnen verbeteren, dient men juist los te komen van een bestaand kader en te kunnen reflecteren op de manier van denken en handelen. Dit kan door middel van *double-loop learning*, waarin mensen hun eigen veronderstellingen voortdurend kritisch bekijken (Man 2003:8). Weergegeven in een schema, zien de twee collectieve leerprocessen van Argyris (In: Man 2003) er als volgt uit (zie Figuur 1):



Figuur 1: Collectieve leerprocessen volgens Argyris (In: Man 2003)

Het (voortdurend) zetten van onderstaande stappen is hierbij van belang (Pool & Dijk 1999:84):

- inzicht krijgen in en bewust worden van eigen handelen en leren en daarbij het losmaken van gewoonten;
- nieuwe strategieën en competenties ontwikkelen;

- de nieuwe strategieën en competenties omzetten in concrete toepassingen door middel van experimenteren en innoveren;
- de verworven inzichten toepassen als nieuwe vanzelfsprekendheden.

### § 3.2: Succesfactoren

In deze paragraaf wordt uitgewerkt welke succesfactoren een rol spelen in het borgen van veranderingen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar factoren voor succesvol borgen als eindpunt (§ 3.2.1) en dynamisch borgen (§ 3.2.2).

#### § 3.2.1: Succesfactoren binnen borgen als eindpunt

Voortdurende innovaties in de gezondheidszorg beloven effectievere en veiligere patiëntenzorg. Er ontstaan echter moeilijkheden bij het introduceren hiervan in de routine van de dagelijkse praktijk, ofwel borgen. Uit onderzoek (Bodenheimer 1999 In: Grol & Grimshaw 2003:1225) is gebleken dat dit voornamelijk wordt veroorzaakt door discrepantie tussen wetenschap en praktijk. Want zelfs wanneer specialisten zich bewust zijn van de onderzoeksresultaten en bereid zijn te veranderen, blijft het moeilijk vaste patronen van zorg te doorbreken. Dit maakt het belangrijk de meest effectieve en efficiënte benaderingen van veranderingen in de zorg te identificeren. Uit vele *evidence-based* onderzoeken (Grol & Grimshaw 2003:1227) blijkt dat er veel verschillende strategieën zijn om veranderingen in de zorgpraktijk te realiseren; in deze subparagraaf komt een aantal hiervan aan bod.

Grol & Grimshaw (2003:1227) geven een overzicht van een aantal veel gebruikte interventies, gericht op effectieve implementatie van richtlijnen. Hierbij dient dan ook in ogenschouw te worden genomen dat richtlijnimplementatie mogelijk vraagt om andere succesfactoren dan implementatie van bijvoorbeeld nieuwe processen. Maar aangezien ook de implementatie van richtlijnen een borgingsproces doorloopt, kunnen deze factoren relevant zijn voor succesvol borgen van veranderingen binnen Sneller Beter pijler 3.

De drie strategieën waar het overzicht mee begint, staan met elkaar in verband. De eerste is een educatieve strategie waarin wordt geleerd in kleine, interactieve groepen met actieve participatie. Onderzoek heeft uitgewezen (Davis e.a. 1999 In: Grol & Grimshaw 2003:1227) dat een dergelijke strategie meer effecten heeft dan het leren in grote conferenties en cursussen. Hiervoor is geen verklaring gegeven, maar vermoedelijk wordt dit veroorzaakt doordat in dergelijke kleine groepen sneller en meer gerichte discussies tot stand kunnen komen over ervaringen, mogelijke problemen en onduidelijkheden en relatief eenvoudig bepaalde aspecten aangepast kunnen worden.

Het volgende dat wordt genoemd, is het geven van *feedback* (Grol & Grimshaw 2003:1227; Dückers & Wagner 2005:26,49), want accurate en tijdige informatie over de voortgang (via systemen) vergroot de kans op borging (Dücker & Wagner 2005:49). *Feedback* wordt dan voornamelijk gezien in combinatie met onder andere educatie en *reminders* (Grol & Grimshaw 2003:1227). Deze *reminders* worden verder uitgewerkt in de derde interventie: volgens onderzoek van Grimshaw e.a. (2002 In: Grol & Grimshaw 2003:1227) de meest effectieve interventie, met name voor preventie.

De vierde interventie die wordt genoemd, is de vervanging van taken, en dan met name het uitbreiden van de professionals rol. Vervolgens wordt multiprofessionele (team)samenwerking effectief geacht, met name in chronische patiëntenzorg. Als zesde interventie worden massamedia campagnes genoemd; alle onderzoeken naar het effect

hiervan wijzen op verbeteringen in de zorg (Grol & Grimshaw 2003:1228). Dit wordt opgevolgd door financiële interventies om de middelen structureel toe te kunnen wijzen (Grol & Grimshaw 2003:1228; Dückers & Wagner 2005:26,48).

Grol & Wensing (2001:207) vatten deze interventies als volgt samen: de nieuwe werkwijze moet volledig worden ingebouwd in en ondersteund door de zorgorganisatie, zodat blijvende toepassing ervan mogelijk is. Hierbij wijzen zij ook op het belang van aandacht voor de organisatiecultuur (Grol & Wensing 2001:207; Schouten 2004:1643) en de betrokkenheid van leidinggevenden (Grol & Wensing 2001:207; Dückers & Wagner 2005:48).

Dücker & Wagner (2005:48-49) voegen hier nog een tweetal aspecten aan toe. Ten eerste een flexibele organisatorische structuur, waarin sprake is van gedelegeerde besluitvorming: strategisch door afdelingen en operationeel door teams. En daarnaast menen zij dat motivatie van individuen, aangevuld met capaciteit en competenties, een rol speelt in borging. Een eerste reactie op veranderingen is namelijk vaak “waarom iets veranderen als alles in orde is?” en “we doen het altijd zo”, wat vaak wordt opgevolgd door weerstand (Finlay 2000:408-409). Weerstand is dikwijls een reden voor het stranden van innovatie- of veranderingsprocessen, ongeacht de omvang van de verandering (Cozijnsen 1987). Dit maakt het belangrijk voldoende aandacht te besteden aan het creëren van motivatie en begrip voor de verandering en het ontwikkelen van een positieve houding ten opzichte van deze wijziging.

Als laatste maar zeker niet het minste wordt door Schouten (2004) communicatie aangedragen als essentieel voor borging als eindpunt.

### *§ 3.2.2: Succesfactoren binnen dynamisch borgen*

Bovenstaande aspecten zijn gericht op het succesvol borgen als eindpunt. Echter, borgen als voortdurend verbeter- en leerproces vraagt om aanvullende succesfactoren, aangezien het een continu verbeterproces is. Wijngaarden & Bont e.a. (2006:98-100) geven in een proefschrift een overzicht van succesfactoren, gebaseerd op publicaties van Argyris (1999), Senge (1990), Nonaka (1995), Dixon (1999), Garvin (2000) en Popper (2000). Deze factoren worden hieronder verder uitgewerkt.

Ten eerste wordt een gedeelde visie op een gewenste toekomstige situatie genoemd. Een tweede succesfactor die in het proefschrift (Wijngaarden & Bont e.a. 2006) wordt vermeld, is het verzorgen van procedures voor het tot stand brengen van informatie over behaalde prestaties. Vervolgens worden communicatiekanalen benoemd als factor, omdat dit kan leiden tot (collectieve) interpretatie van deze informatie (Wijngaarden & Bont e.a. 2006), maar ook tot verspreiding hiervan en de adoptie van nieuwe werkwijzen en richtlijnen (Grol & Wensing 2001:31). De vierde factor die wordt genoemd, is het decentraliseren van verantwoordelijkheden voor het experimenteren met en implementeren van veranderingen (Wijngaarden & Bont e.a. 2006).

De volgende factor gaat door op paragraaf 3.2.1. Hierin is door Dücker & Wagner (2005:48-49) aangegeven dat capaciteit, motivatie en competenties van individuen succesfactoren zijn in borgen als eindpunt. Dynamisch borgen vraagt als aanvulling hierop om medewerkers die beschikken over de capaciteit en mogelijkheid om zowel individueel als collectief, prestaties (voortdurend) te analyseren en verbeteren (Wijngaarden & Bont e.a. 2006).

Hierna wordt vermeldt dat prikkels voor innovatieve acties en verbeteringen moeten worden gestimuleerd, in plaats van het afstraffen van fouten (ibid.). Want om leren mogelijk te maken, is het volgens verschillende auteurs van belang aan de medewerkers duidelijk te

maken dat fouten maken mag (Dijk & Pool 1999:85; Meijer 2005). Het introduceren van het gezegde 'van fouten kun je leren', is volgens Meijer (2005) fundamenteel voor de overgang naar een lerende organisatie. Want "leren is onvoorspelbaar en vereist een organisatie die continu in wording is. Hiervoor moeten we ander gedrag aanleren en met een andere instelling organisaties beleven (ibid.:1)".

Tenslotte, een aanvulling op een succesfactor binnen borgen als eindpunt: hierin wordt door Grol & Wensing (2001:207) en Schouten (2004:1643) aangegeven dat de organisatiecultuur de medewerkers moet ondersteunen om blijvende toepassing van de geborgde verandering mogelijk te maken. Binnen dynamisch borgen is dit niet voldoende; het vraagt om een leercultuur, waarin medewerkers voortdurend trachten te leren door middel van ervaringen en bereid zijn te experimenteren en prestatie-informatie te verzamelen, delen en bediscussiëren. Hierbinnen vormen vertrouwen, samenwerking, transparantie, gelijkheid en verantwoordelijkheid de kernwaarden (Wijngaarden & Bont e.a. 2006).

### **§ 3.3: Motivatie als succesfactor**

Zoals blijkt uit de informatie over Sneller Beter pijler 3, hebben professionals (specialisten en verpleegkundigen) een belangrijke rol binnen dit programma. Het initiatief tot en uitvoering van vernieuwing en verbetering van de zorg op de werkvloer ligt, middels intensieve multidisciplinaire en afdelingsoverstijgende samenwerking, in handen van deze actoren (Dückers & Wagner 2005:10). Maar om deze vernieuwing en verandering te realiseren, behouden en verbeteren is motivatie van belang, één van de genoemde succesfactoren binnen borgen als eindpunt en dynamisch borgen (§ 3.2). Ten eerste omdat werknemers bereid moeten zijn deel te nemen aan de Sneller Beterprojecten en de bijbehorende nieuwe vaardigheden aan te leren.

Ten tweede, Sneller Beter stopt na verloop van tijd als programma. Dit betekent echter niet dat hetgeen geleerd en veranderd is, dan ook losgelaten kan worden. Het is van belang dat medewerkers de motivatie voelen om de nieuwe werkwijzen, vaardigheden en processen niet alleen vast te houden, maar ook voortdurend te blijven verbeteren. Motivatie is dus ook van belang om te borgen als eindpunt en continu te blijven leren, verbeteren en ontwikkelen, zoals past binnen een verbetercultuur en binnen dynamisch borgen.

Motivatie vormt daarmee een zeer belangrijke succesfactor binnen Sneller Beter pijler 3: het welslagen van dit programma staat of valt met de inzet en motivatie van de mensen op de werkvloer. Invulling geven aan bijvoorbeeld de succesfactor decentralisatie is minder effectief wanneer de werknemer zich niet realiseert wat het nut van de veranderingen is en niet de (intrinsieke) motivatie voelt tot het nemen van verantwoordelijkheden en leveren van inzet, kennis en deskundigheid. Ditzelfde geldt voor bijvoorbeeld (leerzame) communicatie: communicatie wordt lastig wanneer medewerkers de motivatie niet hebben om voortdurend metingen uit te voeren, deze terug te koppelen naar de eigen afdeling of polikliniek en uit te wisselen met en te leren van andere afdelingen en poliklinieken. Zoals Kotter (1998:3) het verwoordt: zonder motivatie en inzicht in de noodzaak om te veranderen, ontbreekt ook de inzet van medewerkers, wat ervoor zorgt dat iedere poging tot borging verspilde energie is. Ook Boxall & Purcell (2003:146) noemen motivatie de factor die organisaties het meest nodig hebben van de medewerkers.



Vanwege het belang van deze succesfactor wordt in deze paragraaf ten eerste een beeld geschetst over motivatie (§ 3.2.1) en worden vervolgens verscheidene motivatiemiddelen genoemd (§ 3.2.2).

### § 3.3.1: *Motivatie*

De 'AMO *theory*' (Boxall & Purcell 2003:137) stelt dat individuele prestatie een functie is van de bekwaamheden van een individu (*Abilities*), diens motivatie (*Motivation*) en de kans op succes in een specifieke context (*Opportunity*). Dit kan worden uitgedrukt in de volgende vergelijking:  $P = f(A, M, O)$ .

Motivatie is dus één van de drie factoren die medewerkers aanzet tot het leveren van de gewenste prestatie. Theorie over motivatie op de werkvloer kent twee dominante stromingen, te weten de *agency theory* en het psychologische contract (Boxall & Purcell 2003:146). In de economische *agency theory* staat een individu (de principaal) verantwoordelijkheden en bevoegdheden af aan één of meer individuen (agent) teneinde de gewenste prestatie te kunnen leveren. Tussen deze principaal en agent bestaat echter wel een belangentegenstelling. De eerste is namelijk neutraal en heeft belang bij een zo groot mogelijk inspanning van de agent; volgens de principaal is de agent daarentegen lui, vermijdt verantwoordelijkheden en handelt enkel vanuit eigen belang en doelen (Boxall & Purcell 2003:147; Vosselman 1996:138-139).

In het psychologische contract daarentegen spelen, naast economische, ook psychologische en sociale processen een grote rol (Boxall & Purcell 2003:150). Dit contract wordt gedefinieerd als een verzameling van ongeschreven, wederzijdse verwachtingen tussen individuele werknemers en de organisatie, waarbij individuele- en organisatiebehoeften op elkaar worden afgestemd (ibid.:151).

Deze twee motivatiestromingen zijn terug te vinden in het *control Human Resource* systeem en *commitment Human Resource* systeem (Boselie & Paauwe 2002:7). Door de negatieve verwachtingen van de principaal ten opzichte van de agent en de belangentegenstellingen binnen de *agency theory*, kan deze theorie worden herleid in het *control HR* systeem. Binnen dit systeem is namelijk sprake van een toezichhoudend systeem van aansturing, met nadruk op directe supervisie, controle, centralisatie en weinig of geen participatiemogelijkheden voor medewerkers.

Het psychologische contract acht een goede verstandhouding tussen werkgever en werknemer van belang; deze motivatiestroming is dan ook terug te vinden in het *commitment HR* systeem. Dit systeem staat namelijk voor participatieve aansturing waarin voor de medewerker nadrukkelijk veel ruimte is voor participatie, decentralisatie, opleiding en training (ibid.:7). Aangezien in de zorgsector arbeid veruit het belangrijkste productiemiddel is en het dit in de toekomst –gezien de beperkte mogelijkheden om arbeid door technologie te vervangen- ook zal blijven, dient het belang van personeel te worden erkend (Dijk & Pool 1999:1; Pool & Dijk 1999:1). Mensen maken een (zorg)organisatie; het aanbod en de kwaliteit van de zorgverlening zijn sterk afhankelijk van de inzet en deskundigheid van zorgverleners (ibid.).

Binnen Sneller Beter pijler 3 dient leiderschap ter ondersteuning en aansturing om uitvoering en borging van het programma mogelijk te maken, in plaats van het opleggen van formele regels, verplichtingen, directe supervisie en centralisatie. Binnen dit programma wordt het juist primair van groot belang geacht dat medewerkers in staat worden gesteld en degenen zijn die de veranderingen uitvoeren, aanleren en eigen maken. Zij bezitten immers de kennis

van en ervaring met de werkvloer en zullen bovendien dagelijks volgens de veranderde werkwijzen gaan werken. Een *commitments* systeem is daarom het best passend binnen Sneller Beter, aangezien ruimte wordt gelaten voor participatie om kennis uit te wisselen, aandacht bestaat voor training en ontwikkeling om de vaardigheden aan te leren en decentralisatie plaatsvindt om bepaalde taken aan (de inzichten van) de deskundigen op de werkvloer over te laten.

De motivatiemiddelen die in de volgende subparagraaf uiteen worden gezet, zijn dan ook gericht op het vergroten van motivatie binnen een *commitment HR* systeem.

### § 3.3.2: *Motivatiemiddelen*

Om de motivatie van medewerkers te bevorderen, kan ten eerste gebruik worden gemaakt van *goal setting*, ofwel het gezamenlijk vaststellen van doelen (Pool & Dijk 1999:37). Door dit gezamenlijke aspect worden de doelen en afspraken door de medewerkers ervaren als 'eigen'. Dit heeft een krachtiger motiverende werking dan wanneer doelen van boven- of buitenaf worden opgelegd.

Pool & Dijk (1999:37-38) noemen een aantal eisen die aan motiverende doelen worden gesteld. Ten eerste dienen ze te voldoen aan de populaire kreet SMART; motiverende doelen zijn specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdgebonden (ibid.:37). Ten tweede noemen Pool & Dijk (ibid.:38) dat doelen uitdagend dienen te zijn: ze moeten ver genoeg afliggen van hetgeen de medewerker reeds weet en kan, maar niet dusdanig ver dat het ontmoedigend werkt. Vervolgens heeft de uniciteit van doelen en afspraken een motiverende werking: medewerkers hebben graag een eigen identiteit en het gevoel van eigendom met betrekking tot bepaalde taken en doelen kan daaraan bijdragen. Pool & Dijk (1999:79) vullen hier ten slotte op aan dat een motiverende werking uitgaat van duidelijkheid over de concreet te leveren resultaten en producten.

Binnen de *goal setting*-theorie wordt gebruik gemaakt van participatie: medewerkers zijn betrokken bij het formuleren van haalbare doelen en afspraken (Pool & Dijk 1999:76). Voor het belang van participatie geven zij een tweetal redenen. Allereerst levert het kennis op over vakinhoudelijke zaken, waar de manager niet altijd meer van op de hoogte is en kan zijn. Daarnaast kunnen de ideeën van werknemers beter worden benut, wanneer hen een stem wordt gegeven in belangrijke beslissingen (Pool & Dijk 1999).

Een volgende strategie die in de literatuur (Pool & Dijk 1999:76) wordt besproken, is het mobiliteitsbeleid: dit is erop gericht om de gemotiveerde werknemer, in het proces van instroom-doorstroom-uitstroom, aan te trekken en behouden. De organisatie besteedt middels dergelijk beleid aandacht aan groeimogelijkheden en investeert in leermogelijkheden. De medewerker zal minder snel geneigd zijn over te gaan naar andere, mogelijk beter passende, organisaties wanneer de eigen organisatie functies aanbiedt die uitdagend en leerzaam zijn. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt in drie hoofddimensies van mobiliteit die een motiverend en leerzaam effect kunnen hebben (ibid.:64-65):

- kleine mobiliteit vindt plaats binnen de functie, zoals taakrotatie en projectactiviteiten. Grote mobiliteit gaat daarentegen over functies en werkplekken heen, zoals promotie en wisselen van werkplek;
- mobiliteit hoeft geen permanente verandering te zijn; ook een tijdelijke overstap kan motiverend en leerzaam zijn. Hierbij kan worden gedacht aan een stage of interim-functievervulling;

- interne mobiliteit betreft mobiliteit binnen de instelling; externe mobiliteit houdt daarentegen (tijdelijke of permanente) wisseling van werkgever in.

Om motivatie van medewerkers ook op de lange termijn te kunnen behouden, is intrinsieke *job satisfaction* van belang. Deze theorie van Rose (1994 In: Boxall & Purcell 2003:157-158,161) stelt dat mensen tevreden zijn met hun werk indien de vaardigheden die zij gebruiken in dat werk (*job skill*) overeenkomen met de vaardigheden die zij zelf bezitten (*own skill*). Dit impliceert dat economische motieven alleen niet voldoen; intrinsieke tevredenheid en mogelijkheden om te groeien in werk (het eerdergenoemde mobiliteitsbeleid) zijn ook belangrijk. Organisaties dienen dan ook op zoek te gaan naar medewerkers die in de betreffende baan mogelijkheden zien haar bekwaamheden toe te passen (ibid.).

Een ander motivatiemiddel dat kan worden genoemd, is het geven van beloning. Dit vormt een belangrijk element in de relatie tussen werkgever en medewerker (Dijk & Pool 1999:130). Het ontvangen van beloningen heeft voor werknemers een aantal functies. Zo geeft het mogelijkheden om in levensonderhoud te voorzien, vormt het een teken van waardering voor geleverde inzet en geeft het *feedback* over (uitzonderlijke) prestaties. Onder beloning kan het verstrekken van een vast salaris worden verstaan, maar ook vanuit incidentele beloning gaat een motiverende werking uit. Het gaat hier dan om incidentele waardering als vormen van spontane en directe reactie op goede prestaties. Hierbij kan worden gedacht aan gratificatie, winstuitkering en bijdragen voor etentjes. Op deze wijze kan de leidinggevende met vrij beperkte middelen op materiële wijze uiting geven aan de intrinsieke waardering die hij/zij voelt voor de prestatie en inzet van de medewerker (Dijk & Pool 1999:139). Maar voor medewerkers, en dan met name in de gezondheidszorg, is financiële beloning doorgaans niet het belangrijkste aspect van werk. Motieven om in de zorgsector te gaan werken, zijn eerder sociaal en hulpverlenend van aard dan financieel en carrièregericht. Bij de keuze tussen blijven werken en vertrekken speelt, naast salaris, ook de waardering anders dan in salaristermen een rol. Incidentele beloning hoeft dan ook niet altijd materiële vormen aan te nemen; ook directe immateriële *feedback* kan als bijzonder belonend worden ervaren (ibid.:139).

Ten slotte wordt door Pool & Dijk (1999:76) aangegeven dat het hebben van autonomie een motiverende werking op werknemers heeft. Op deze manier kunnen ze zelf bepalen op welke wijze ze invulling geven en voldoen aan de gezamenlijk gestelde doelen en afspraken.

Uit voorgaande hoofdstukken is reeds gebleken dat de veranderingen die Sneller Beter met zich meebrengt, vragen om een lerende houding van de medewerkers. Niet alleen om de vaardigheden aan te leren en deze te kunnen borgen, maar tevens om dynamisch te kunnen borgen. Deze vormen van leren kunnen echter niet worden afgedwongen: volgens Finlay (2000:405) moeten medewerkers in zichzelf de motivatie vinden om zich te ontwikkelen. Dit vraagt om de inzet van de juiste prikkels die de werknemers stimuleren tot leren en tot het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden die programma's als Sneller Beter met zich meebrengen.

Voor het creëren van deze prikkels, is ten eerste een belangrijke taak voor het management weggelegd; Dijk & Pool (1999:87) geven aan dat leren een managementverantwoordelijkheid is. Zij verzorgt de randvoorwaarden, zodat de medewerkers zich kunnen concentreren op het verloop, de kwaliteit en innovatie in het primaire proces en ontwikkeling van het zelfsturend en zelflerend vermogen. Om (de effectiviteit van) dit leren te beïnvloeden en bevorderen, is

het volgens Kolb (In: Pool & Dijk 1999:84-86) van belang dat binnen de strategische top inzicht bestaat in de persoonlijke leerstijl van de medewerkers.

Ten slotte wijzen zij (ibid.:84) erop dat aandacht dient te worden besteed aan de transfer; “de overdracht van, in een kunstmatige situatie, opgedane kennis, vaardigheden en houdingsaspecten naar de dagelijkse uitvoeringspraktijk (Dijk & Pool 1999:84)”. Moeilijk in de praktijk uit te voeren vaardigheden en kennis die niet direct toepasbaar is, zijn problemen die tijdens de transfer regelmatig voorkomen. Maar om te kunnen leren en de transfer optimaal te maken, is vertrouwen in het eerdergenoemde motto ‘fouten maken, mag’ van groot belang.

In Hoofdstuk 2 is reeds aangegeven dat binnen Sneller Beter pijler 3 aan leiderschap een rol is toegekend. Maar ook uit voorgaande paragrafen is af te leiden dat goed leiderschap en management van belang zijn voor het (bege)leiden van het borgingsproces en het motiveren tot borging.

Kotter (1998:18-19) en Balogun & Hope Haily (1999:90-91) benadrukken twee essentiële aspecten waarmee het management rekening moet houden om het borgen tot een succes te maken. Ten eerste is het van belang, middels communicatie en gedrag, de medewerkers inzicht te geven in de effecten die de veranderingen met zich hebben meegebracht. Motivatie tot behoud van de veranderingen zal vergroot worden door inzicht in positief resultaat bij het werken naar en behalen van gestelde doelen (Schouten 2004:1643). Ten tweede moet duidelijk zijn dat het management de nieuwe benaderingen ondersteunt en naleeft, om op die manier toewijding aan de verandering uit te stralen. Ook de nieuwe generaties management dienen zich hierbij aansluiten.

Tevens vraagt het creëren van goed motivatiebeleid en van banen waarin zelfsturende en gemotiveerde mensen kunnen werken, om een werksfeer waarin vertrouwen en verbondenheid voortdurend worden gestimuleerd. Whitener e.a. (1998 In: Koene & Paauwe 1999:50-51) onderzochten de rol van manager als initiator van vertrouwen in de organisatie. Hierbij is een vijftal gedragsaspecten naar voren gekomen waarmee een manager vertrouwen kan tonen richting de medewerkers. Ten eerste consistentie in gedrag in de tijd en tussen verschillende situaties, zodat het voor de medewerkers duidelijk is waar men aan toe is en wat men kan verwachten. Daarnaast is het van belang consistent te zijn in woorden en daden om zo integriteit, moraliteit en eerlijkheid uit te stralen. Het derde gedragsaspect is het delegeren van controle, om de medewerkers het gevoel te geven dat er vanuit de organisatie vertrouwen in hen is. Bovendien worden zij op deze manier betrokken bij de beslissingen en veranderingen van de manager, wat op haar beurt kan leiden tot grotere motivatie. Ten vierde is sociaal-emotioneel leiderschap van belang: de manager moet sensitief zijn voor de behoeften en interesses van werknemers, moet belangen van de medewerkers verdedigen en laten zien dat geen misbruik van de machtspositie wordt gemaakt. Het vijfde gedragsaspect is communicatie (Whitener e.a. In: Koene & Paauwe 1999:50-51. Hieronder wordt onder andere het geven van *feedback* verstaan, waarbij de medewerkers informatie krijgen over hun prestaties (Pool & Dijk 1999:76).

### § 3.4: Samengevat

Aan het borgen van veranderingen kan op twee manieren worden vormgegeven. Ten eerste borgen als eindpunt, waarbinnen Grol & Wensing (2001) een vijftal fasen onderscheid, te

weten: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. De tweede vorm, dynamisch borgen, is gericht op het voortdurend verbeteren van resultaten door middel van *single-loop* en *double-loop learning* (Argyris 1991).

Om deze vormen van borgen tot een succes te maken, is in paragraaf 3.2 een overzicht gegeven van verschillende factoren die hieraan kunnen bijdragen. Hierbij gelden voor dynamisch borgen andere factoren dan voor borgen als eindpunt; maar er is ook overlap in succesfactoren tussen deze twee borgingsvormen. Dit geldt in het bijzonder voor motivatie. Deze succesfactor is in paragraaf 3.3 uitgelicht, vanwege haar belang binnen Sneller Beter pijler 3. Medewerkers dienen namelijk de motivatie te voelen aan de, bij het programma behorende, veranderingen mee te werken en deze te behouden en verbeteren, alvorens andere succesfactoren positieve effecten kunnen bieden.

## Hoofdstuk 4: Methoden

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet op welke wijze het onderzoek wordt ingericht om te komen tot het gewenste eindresultaat, ofwel het kunnen doen van aanbevelingen over de wijze waarop Ziekenhuis St. Jansdal de patiëntenlogistiek en -veiligheid kan verankeren.

### § 4.1: Literatuurstudie

De literatuur in het theoretisch kader bestaat uit verscheidene (wetenschappelijke) publicaties en is gevonden middels PiCarta en internet. Ter afbakening van het onderzoek is de literatuur geselecteerd op de termen:

- Sneller Beter (pijler 3);
- implementatie- en veranderingsproces;
- borgen;
- succesfactoren voor implementatie, verandering en borging;
- motivatie;
- middelen ter motivatie.

Uit de probleemstelling, deelvragen en theorie is af te leiden dat een aantal begrippen centraal staat in deze scriptie, te weten 'Sneller Beter pijler 3', 'borgen', 'succesfactor' en 'motivatie'. Om uiteindelijk een antwoord te kunnen formuleren op de probleemstelling en deelvragen, is het van belang dat voor het empirisch (kwalitatief) onderzoek eenduidigheid bestaat over deze begrippen. Om deze eenduidigheid te bereiken, worden de termen hieronder geoperationaliseerd.

#### Sneller Beter pijler 3

De casus binnen deze scriptie wordt gevormd door het Ziekenhuis St. Jansdal dat deelneemt aan het landelijke programma Sneller Beter pijler 3. De beantwoording van de probleemstelling en deelvragen en het doen van aanbevelingen hebben alle betrekking op dit programma. Dit maakt dat de term 'Sneller Beter pijler 3' een belangrijke plaats inneemt binnen deze scriptie.

'Sneller Beter pijler 3' wordt als volgt geoperationaliseerd:

*het landelijke programma dat is gericht op het ziekenhuisbreed nastreven van fundamenteel betere patiëntenzorg door een versnelde implementatie van best practices en het tot stand brengen van een structuur- en cultuurverandering richting verbeterinfrastructuur (Dückers & Wagner 2005:7,65,8).*

#### Borgen

De literatuur geeft aan dat het borgen van veranderingen gaandeweg meer wordt beschouwd als het criterium van effectieve implementatie (Grol & Wensing 2001:206). Ook het Ziekenhuis St. Jansdal streeft borging na van de veranderingen die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt. Om in het empirisch onderzoek inzicht te krijgen in de verwachtingen van en ideeën over borging, is eenduidigheid over de inhoud en betekenis van dit begrip van belang.

Blijkend uit de literatuur kan op twee manieren worden vormgegeven aan borgen, te weten borgen als eindpunt en dynamisch borgen.

'Borgen als eindpunt' wordt als volgt geoperationaliseerd:

*de nieuwe werkwijzen, vaardigheden en processen verankeren in de organisatie, integreren in routines en internaliseren in het individu.*

'Dynamisch borgen' wordt als volgt geoperationaliseerd:

*de nieuwe werkwijzen, vaardigheden en processen niet alleen verankeren, integreren en internaliseren, maar tevens zien als startpunt voor toekomstige, structurele verbeteringen (Schouten 2004:1643).*

#### Succesfactor

De overgang van verandering naar borging is volgens Kotter (1998:3) niet eenvoudig; het overslaan van stappen en het maken van fouten kunnen leiden tot vertraging, negatieve beïnvloeding van resultaten en/of de illusie van vooruitgang. In de literatuur wordt een scala aan factoren genoemd, waarbij deze factoren het borgen van de behaalde veranderingen en resultaten tot een succes kunnen maken. Deze succesfactoren zijn onderverdeeld in factoren voor succesvolle borging als eindpunt en factoren voor succesvol dynamisch borgen.

'Succesfactor' wordt als volgt geoperationaliseerd:

*een interventie, instrument en/of randvoorwaarde voor de succesvolle, efficiënte en effectieve uitvoering en borging van Sneller Beter pijler 3.*

#### Motivatie

Motivatie wordt binnen beide borgingsvormen aangedragen als succesfactor. Kotter (1998:3) geeft aan dat pogingen tot borging zinloos zijn zonder de aanwezigheid van motivatie bij medewerkers. Ook Boxall & Purcell (2003) zien motivatie als de factor die organisaties het meest nodig hebben van hun medewerkers. In paragraaf 3.3 is aangegeven dat motivatie van groot belang is voor het welslagen van Sneller Beter pijler 3. Het is dan ook relevant om in het empirisch onderzoek na te gaan welke rol motivatie speelt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal; hierbij is het relevant om vast te stellen wat in deze scriptie wordt verstaan onder de term motivatie.

'Motivatie' wordt als volgt geoperationaliseerd:

*de (intrinsieke) drijfveer om allereerst actief deel te nemen aan de uitvoer van Sneller Beter pijler 3 en tevens om de veranderingen in werkwijzen, vaardigheden en processen vast houden (borgen als eindpunt) en continu te verbeteren (dynamisch borgen).*

Vanuit deze operationalisatie van de centrale begrippen en de in Hoofdstuk 3 weergegeven theorie wordt de *topiclijst* (zie Bijlage I) opgesteld voor het empirisch, kwalitatief, onderzoek.

### **§ 4.2: Onderzoekstype- en design**

De term 'onderzoekstype' slaat op het doel en het karakter van het onderzoek dat uitgevoerd wordt (Baarda & Goede 1995:23). Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen een kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Het Ziekenhuis St. Jansdal streeft ernaar veranderingen in processen en werkwijzen te borgen teneinde de patiëntenlogistiek en -veiligheid te verbeteren, waarbij speciale aandacht uitgaat naar de ontwikkeling en inzet van de professionals. Het is niet alleen van belang na te gaan welke mogelijkheden hiervoor door de literatuur worden aangedragen. Het is zeker zo relevant te weten wat de mensen in de

organisatie wensen te bereiken, bereid zijn te doen en kunnen doen gezien de voorhanden zijnde middelen. Kwalitatief onderzoek leent zich uitstekend om deze zaken te achterhalen. In deze scriptie is gekozen voor een *case study* als onderzoeksdesign voor het kwalitatieve onderzoek. In een dergelijke studie gaat de onderzoeker diep in op één casus en verzamelt, over een bepaalde periode, informatie (Creswell 2003:14-15). Het onderzoek in deze scriptie wordt uitgevoerd binnen de natuurlijke *setting* binnen één instelling, namelijk Ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk, en is gericht op één situatie waarover redelijk uitgebreid informatie wordt verstrekt. Er wordt namelijk informatie verzameld over de wijze waarop de organisatie haar mensen kan leiden en ontwikkelen tot het leveren van verbeterde kwaliteit van zorg, door middel van het borgen van Sneller Beter pijler 3.

#### **§ 4.3: Dataverzameling en instrumenten**

Baarda & Goede (1995:134) noemen een drietal methoden om data te verzamelen:

1. het gebruik van bestaande informatie;
2. het verkrijgen van informatie via observatie;
3. het verkrijgen van gegevens via een schriftelijk of mondeling interview.

Binnen dit onderzoek is gekozen voor mondelinge interviews, omdat voor de beantwoording van deze centrale vraag opinies en kennis van de respondenten van belang zijn. Door middel van vooraf opgestelde *topics*, semi-gestructureerde vragen en *face-to-face* gesprekken kan dieper op bepaalde zaken worden ingegaan, maar ook van onderwerpen worden afgeweken.

#### **§ 4.4: Sampling**

Bij de selectie van de te interviewen personen dient na te worden gegaan of hun rol in de organisatie van belang is voor het onderzoek. Het is belangrijk dat zij, middels de te stellen vragen in het interview, meerwaarde aan het onderzoek kunnen leveren. Uit het organogram (zie Bijlage II) blijkt dat binnen het Ziekenhuis St. Jansdal vier clusters te onderscheiden zijn, namelijk Ambulante Zorg, Klinische Zorg, Facilitair Bedrijf en F&I Controller. Voor dit onderzoek is ervoor gekozen de respondenten te selecteren die werkzaam zijn binnen de Ambulante en Klinische Zorg, met uitzondering van de Raad van Bestuur, VMS en Hoofd P&O. Deze keuze is gebaseerd op het feit dat binnen deze divisies de projecten van Sneller Beter worden uitgevoerd en alle respondenten direct danwel indirect met Sneller Beter te maken hebben.

In onderstaande subparagrafen staat de motivatie weergegeven voor de keuze van respondenten binnen het Ziekenhuis St. Jansdal.

##### *§ 4.4.1: Raad van Bestuur*

Uit een beknopte samenvatting van het Landelijke Plan van Aanpak Sneller Beter pijler 3 (CBO, iBMG & Orde van Medisch Specialisten 2004) blijkt dat onder andere de rol van de Raad van Bestuur een cruciale succesfactor is om de doelstelling van deze pijler binnen het programma te kunnen realiseren. Zij houdt toezicht en heeft de eindverantwoordelijkheid voor het reilen en zeilen van de organisatie.

Het lid van de Raad van Bestuur dat is geïnterviewd, is één van de programmacoördinatoren binnen het Ziekenhuis St. Jansdal en geeft dus leiding aan het programma. Vanuit deze



functie en rol binnen het programma is het ten eerste interessant na te gaan, welke visie deze respondent heeft op het einddoel van deelname aan Sneller Beter pijler 3, namelijk borging van de nieuwe werkwijzen in processen. Tevens kan worden onderzocht welk (strategisch) beeld dit lid van de Raad van Bestuur heeft van de wijze waarop medewerkers door middel van Human Resource-activiteiten kunnen worden gemotiveerd tot het overnemen van de veranderingen.

#### § 4.4.2: Vereniging Medische Staf

Eerdergenoemde samenvatting van het Landelijke Plan van Aanpak Sneller Beter pijler 3 (CBO, iBMG & Orde van Medisch Specialisten 2004) geeft aan dat ook de rol van Medische Stafbesturen cruciaal is voor het behalen van de gestelde doelen binnen Sneller Beter. Met haar voorbeeldfunctie kan een VMS deelname aan de projecten ondersteunen en stimuleren. Om inzicht te krijgen in het belang van dit Medisch Stafbestuur, is de voorzitter van de VMS, tevens internist/intensivist, geïnterviewd.

#### § 4.4.3: Management

Het management beschikt niet over een *helicopterview*, maar vertaalt de strategische beslissingen die de Raad van Bestuur neemt naar de afdelingshoofden, stuurt deze aan en kent de (directe) effecten van de beslissingen. Eén van de twee managers, manager Klinische Zorg, die geïnterviewd is, is de tweede programmacoördinator en geeft samen met het lid van de Raad van Bestuur leiding aan het programma binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. De tweede persoon binnen het management die geïnterviewd is, is de manager Ambulante Zorg.

De afdelingshoofden beschikken over de informatie die duidelijk maakt wat reeds is gedaan en nog moet worden gedaan om borging mogelijk te maken en medewerkers hiertoe te motiveren. Zij vertalen deze informatie op hun beurt naar de teamleiders. Daarom zijn twee afdelingshoofden geïnterviewd; ten eerste Hoofd Polikliniek en ten tweede het Afdelingshoofd Chirurgie.

#### § 4.4.4: Teamleiders

De teamleiders sturen de mensen op de werkvloer direct aan en hebben daarmee inzicht op de factoren die leiden tot succesvol borgen, motivatie en interesse in leren. Ten eerste is de teamleider Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie gesproken. De tweede teamleider die is geïnterviewd stuurt zes poliklinieken aan.

#### § 4.4.5: Hoofd P&O

Er is voor gekozen het Hoofd P&O te interviewen, aangezien deze actor het strategisch personeelsbeleid doorvertaald naar de medewerkers. Hier vindt dus de schakel plaats van theorie naar praktijk, wat vraagt om inzicht in personeelsbeleid- en activiteiten om te komen tot daadwerkelijke borging van processen.

#### § 4.4.6: Projectmedewerker Sneller Beter

De projectmedewerker Sneller Beter die geïnterviewd is, is één van de twee projectmedewerkers die speciaal zijn aangesteld voor de begeleiding van de projecten en houden daarmee toezicht op het verloop van het programma binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Doordat hiervoor intensieve samenwerking met de medewerkers plaatsvindt, heeft

deze actor goed inzicht in de behoeften om te komen tot borging van Sneller Beter en tot medewerkers die bereid zijn hieraan deel te nemen.

#### § 4.4.7: Professionals

Het programma Sneller Beter pijler 3 wordt uitgevoerd door de medewerkers in het Ziekenhuis St. Jansdal; zij zijn degenen die zich inzetten in projecten en nieuwe werkwijzen aannemen. Hieruit volgt logischerwijs dat zij ook degenen zijn die inzicht hebben in de wijzen waarop borging mogelijk is en zij tot deelname hieraan gemotiveerd worden en blijven. Daarnaast kunnen de professionals, zoals medisch specialisten, doktersassistenten en verpleegkundigen, aangeven wat hen aanspoort tot leren en welk belang zij zien in lerend leren werken.

Er is bewust voor gekozen professionals te benaderen die binnen dezelfde twee bedrijfsonderdelen werkzaam zijn, als de geïnterviewde managers, afdelingshoofden en teamleiders klinische zorg en ambulante zorg. Op deze manier wordt een goed beeld gecreëerd van twee afgebakende bedrijfsonderdelen binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Zoals eerder aangegeven is de internist/intensivist, tevens voorzitter VMS, geïnterviewd. Tenslotte is één van de doktersassistenten op de polikliniek Maag-, darm- en leverziekten gevraagd naar haar ervaringen met en verwachtingen van Sneller Beter en haar kijk op borgen.

#### § 4.4.8: Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) binnen het Ziekenhuis St. Jansdal heeft onlangs een initiatiefvoorstel geschreven over het strategisch opleidingsbeleid binnen de organisatie. Er is namelijk gebleken dat de OR en Raad van Bestuur beide andere verwachtingen hebben van een opleidingsbeleid. Uit het voorstel komt naar voren dat de Ondernemingsraad een duidelijk beeld heeft over leren in de organisatie, ook met het oog op behouden en verbeteren van kwaliteit van zorg in de toekomst. Door middel van het interview kan inzicht ontstaan in haar visie op motivatie van medewerkers en wat belang is om leren inhoud en betekenis te geven binnen het Ziekenhuis St. Jansdal.

### § 4.5: Betrouwbaarheid en validiteit

In kwalitatief onderzoek spelen de begrippen betrouwbaarheid en validiteit een belangrijke rol. Betrouwbaarheid kan gebruikt worden om consistente patronen of themaontwikkeling tussen verschillende onderzoekers binnen één team na te gaan. De interne betrouwbaarheid houdt in dat overeenstemming bestaat tussen verschillende onderzoeken over één onderwerp.

In externe betrouwbaarheid, de reproduceerbaarheid van het onderzoek, gaat het erom de methodes en analyses zo inzichtelijk mogelijk te maken voor de gebruikers of lezers van het onderzoek. De bedoeling hiervan is dat verschillende onderzoekers op eenzelfde wijze tot dezelfde resultaten komen.

Binnen dit onderzoek wordt ernaar gestreefd de betrouwbaarheid zo goed als mogelijk te borgen. Intern door een overzichtelijke, complete lijst op te stellen met daarin de *topics* en semi-gestructureerde vragen (zie Bijlage I). Dit overzicht kan als het ware als protocol dienen voor verschillende, onafhankelijke onderzoekers die zich richten op hetzelfde onderwerp.

Om de reproduceerbaarheid, de externe betrouwbaarheid, van het onderzoek te vergroten, wordt gebruik gemaakt van een vorm van triangulatie (Segers & Hutjes 1999:354). Er wordt namelijk gebruik gemaakt van zowel een literatuurstudie als kwalitatief onderzoek. Vanuit het theoretisch kader wordt een link gelegd naar de empirie van de casus en vice versa.

De validiteit is de kracht van kwalitatief onderzoek; het wordt gebruikt om na te gaan of resultaten nauwkeurig zijn vanuit het standpunt van de onderzoeker, participant of de lezer. Het is dan ook van belang aan te geven vanuit welk perspectief de validiteit van het onderzoek wordt besproken.

Interne validiteit is erop gericht te kijken of verschillende metingen in dezelfde richting wijzen. Hierbij kan de vraag worden gesteld: 'zeggen de data wat ik wil dat ze zeggen?'.

De externe validiteit, ofwel de generaliseerbaarheid, gaat na wat de reikwijdte van de conclusie is. Hierbij wordt de vraag gesteld in hoeverre deze conclusie te generaliseren is naar algemener begrippen, andere populaties of andere omgevingen dan waar het onderzoek is gedaan (Swanborn 1993). Binnen dit onderzoek is er maar één casus, gevormd door het Ziekenhuis St. Jansdal, waardoor niet naar algemener begrippen of andere omgevingen kan worden gegeneraliseerd; er vindt namelijk geen vergelijking met andere, vergelijkbare, situaties plaats. Dit is ook niet het doel van het onderzoek: de generaliseerbaarheid is erop gericht vanuit de onderzoekspopulatie een lijn te trekken naar de gehele populatie in het Ziekenhuis St. Jansdal en aan de hand van vergelijking tussen praktijk en theorie relevante uitspraken en aanbevelingen te kunnen doen voor het Ziekenhuis St. Jansdal. Hierbij wordt niet getracht algemene uitspraken te doen die van toepassing zijn op ziekenhuizen buiten de casus.

De validiteit in dit onderzoek wordt besproken vanuit het perspectief van de onderzoeker. Interne validiteit wordt in dit onderzoek bereikt door in het weergeven van de resultaten zo correct mogelijk te zijn en ook de eventueel ongunstige en/of discrepante informatie weer te geven. Ook worden zaken waar nodig uitgebreid beschreven, zodat de 'lezer' zich kan verplaatsen in de locatie en situatie (Segers & Hutjes 1999:352).

Om te komen tot een hoge externe validiteit wordt er ten eerste naar gestreefd de steekproef representatief te laten zijn voor de gehele populatie (Creswell 2003). Op deze manier kunnen de onderzoeksresultaten namelijk gegeneraliseerd worden naar alle medewerkers van het Ziekenhuis St. Jansdal. Ten tweede wordt de theorie gebruikt als referentiekader waaraan de casus Ziekenhuis St. Jansdal wordt getoetst. Aan de hand van in de literatuur verstrekte definities, succesfactoren en motivatiemiddelen wordt onderzocht in welke mate hiervan sprake is in het Ziekenhuis St. Jansdal en welke mogelijkheden zij heeft om borging van Sneller Beter pijler 3 tot een succes te maken. Op deze manier kunnen uitspraken en aanbevelingen worden gedaan over wijze(n) waarop het Ziekenhuis St. Jansdal succesvolle borging van Sneller Beter pijler 3 kan realiseren.

#### **§ 4.6: Analyse**

De interviews worden gehouden in de vorm van *face-to-face* gesprekken en opgenomen op een geluidsrecorder. De interviews zijn in het geheel uitgetypt en gecodeerd aan de hand van onderwerpen die relateren aan de onderzoeksvraag, deelvragen en de in Hoofdstuk 3 behandelde theorie. De resultaten uit het onderzoek zullen in Hoofdstuk 5: Analyse worden besproken. In deze analyse worden kerncitaten uit de interviews vermeld. Hiermee wordt

getracht een zo volledig mogelijk, algemeen beeld te presenteren van de meningen, ervaringen en verwachtingen van de respondenten binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. In sommige gevallen wordt één citaat vermeld bij een bepaald onderwerp. Dit kan inhouden dat de respondenten over dit betreffende aspect eensgezind zijn en dat dit het meest treffende citaat is of dat er door andere respondenten niet (zo direct) over gesproken is.

In het geval van twee of meerdere citaten kan het ten eerste zijn dat verscheidene citaten interessante informatie geven over één behandeld thema. Maar het is eveneens mogelijk dat de citaten de verdeeldheid onder respondenten aan moeten tonen. Gebleken is namelijk dat de respondenten het niet op alle gebieden met elkaar eens zijn.

## Hoofdstuk 5: Analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek geanalyseerd door theorie en praktijk met elkaar in verband te brengen. De analyse in dit hoofdstuk heeft ten doel uiteindelijk aanbevelingen te kunnen doen over de wijze waarop het Ziekenhuis St. Jansdal haar borgingsproces tot een succesvol einde kan brengen.

In paragraaf 5.1 wordt aandacht besteed aan het borgen van veranderingen, door stil te staan bij de betekenis en wijze van 'borgen' binnen Sneller Beter pijler 3 in het Ziekenhuis St. Jansdal. In de daaropvolgende paragraaf (§ 5.2) worden succesfactoren uit theorie en praktijk besproken. In de laatste paragraaf (§ 5.3) wordt stilgestaan bij één van deze succesfactoren, te weten motivatie.

### § 5.1: Borgen

De projecten binnen Sneller Beter pijler 3 leiden tot nieuwe werkwijzen en vaardigheden voor de medewerkers binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Het streven is om, wanneer dit programma stopt, deze veranderde manieren van werken te borgen. De vraag is echter wat ervoor nodig is om dit ook daadwerkelijk te realiseren. Om hierop een antwoord te kunnen geven, is het allereerst van belang na te gaan wat de term 'borgen' precies inhoudt. Deze paragraaf dient dan ook om eenduidigheid te creëren rond het begrip 'borgen' binnen Sneller Beter pijler 3 (§ 5.1.1) en inzicht te geven in de stappen die het Ziekenhuis St. Jansdal doorloopt om tot borging te komen (§ 5.1.2).

#### § 5.1.1: Borgen binnen Sneller Beter pijler 3

Uit de informatie omtrent Sneller Beter pijler 3, die vanuit de projectorganisatie wordt verstrekt (Dückers & Wagner 2005), blijkt dat binnen dit programma niet eenduidig kan worden gekozen voor slechts één vorm van borgen. Enerzijds: "Sneller Beter pijler 3 is geslaagd zodra er ziekenhuisbreed aantoonbare en blijvende verbeteringen zijn gerealiseerd in de patiëntenzorg" (Dückers & Wagner 2005:22). Anderzijds beoogt het programma middels projecten een verbetercultuur tot stand te brengen, waarbij het vliegwiel niet alleen zorgt voor blijvende, maar ook voortgaande verbetering (ibid.:72).

Zowel verankering in routines en organisatie als dynamisch borgen blijken dus van belang te zijn om de doelstellingen van Sneller Beter pijler 3 te bereiken. Verankering, omdat afhankelijk van het betreffende project bepaalde resultaten allereerst zullen moeten worden vastgelegd in bijvoorbeeld protocollen, alvorens geleerd kan worden van resultaten en de werkwijzen verder ontwikkeld en verbeterd kunnen worden. Maar ook dynamisch borgen met leren en leren leren als eigenschappen past binnen Sneller Beter pijler 3, aangezien in paragraaf 2.2 is aangegeven dat binnen de betreffende organisatie een leercultuur en -houding moet ontstaan (Ferlie & Shortell 2001 In: Dücker & Wagner 2005:17). Op deze manier realiseert men niet alleen de beoogde verbetering, maar kan deze ook voortdurend ontwikkeld worden om te komen tot de gewenste verbetercultuur.

Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal leeft deze opvatting ook; de respondenten geven aan dat borgen niet alleen te maken heeft met het vastleggen en vasthouden van de veranderingen, maar dat men er ook actief mee bezig moet blijven. Hierbij kan het volgende citaat worden geplaatst: "*dat je de resultaten die je behaalt, ook behoudt en continu blijft kijken of het nog beter kan*".

Dit leidt tot vragen over de wijze waarop men bepaalt wat wordt vastgehouden en wat juiste momenten zijn om op zoek te gaan naar betere alternatieven. Hiermee wordt de indruk gewekt dat er een spanningsveld bestaat tussen veranderen en behouden. Een situatie van vóórtdurende verandering leidt namelijk niet per definitie tot verbetering, evenmin als het enkel behouden van resultaten per se bijdraagt aan verbetering.

#### § 5.1.2: Borgen binnen het Ziekenhuis St. Jansdal

In deze subparagraaf worden de vijf fasen, zoals in subparagraaf 3.1.1 benoemd door Grol & Wensing (2001:77-78), uitgewerkt voor de casus binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. De keuze is om een aantal redenen op deze fasen gevallen. Ten eerste is in de theorie reeds aangegeven dat ze zijn gericht op de gezondheidszorg en opgesteld vanuit verschillende theorieën. Wanneer ten tweede naar het borgingsproces in het Ziekenhuis St. Jansdal wordt gekeken, blijkt dat binnen dit proces de fasen van Grol & Wensing (ibid.), bewust danwel onbewust, worden doorlopen. Deze fasen zijn achtereenvolgens:

- oriëntatie;
- inzicht;
- acceptatie;
- verandering;
- behoud.

#### Oriëntatie

De personen binnen de organisatie dienen allereerst op de hoogte te zijn van het feit dat er veranderingen op komst zijn (Grol & Wensing 2001:77). Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal zijn de medewerkers op een aantal manieren op de hoogte gebracht van de deelname aan Sneller Beter pijler 3. Respondenten geven aan dat naast het versturen van memo's, ook gebruik wordt gemaakt van het personeelsblad 'De Cascade' en intranet.

*"Memo's zijn naar leidinggevenden gestuurd, waarin stond aangegeven dat het Ziekenhuis St. Jansdal zich ervoor had aangemeld, dat ze met Sneller Beter mocht starten, welke projecten ze zou oppakken en inhoudelijke informatie over deze projecten".*

De manager Klinische Zorg geeft aan dat deze informatie over Sneller Beter bewust is verspreid, met name via het personeelsblad 'De Cascade'. Het initiatief vanuit de strategische top is er om medewerkers goed in te lichten over de pijler. *"Of zij er ook zo positief over zijn als wij...maar we proberen het wel".*

De introductie van Sneller Beter pijler 3 is positief ervaren, en in een aantal gevallen zijn respondenten over de huidige informatievoorziening ook tevreden. Dit zijn hoofdzakelijk de respondenten die actief deelnemen aan één of meer Sneller Beterprojecten, zoals de doktersassistente MDL als lid van een projectgroep op de polikliniek Interne Geneeskunde en MDL. Zij geeft aan dat het programma leeft onder de medewerkers, mede dankzij berichtgeving hierover in 'De Cascade'. Zij is van mening dat binnen het Ziekenhuis St. Jansdal regelmatig aandacht wordt besteed aan Sneller Beter.

Toch is er ook een aantal respondenten niet zo tevreden; dit zijn voornamelijk diegenen die niet direct deelnemen aan de Sneller Beterprojecten. Deze respondenten menen dat de inspanningen om medewerkers te informeren hoofdzakelijk zijn gericht op hen die wel direct bij de werkzaamheden binnen Sneller Beter betrokken zijn.

De projectmedewerker Sneller Beter zegt hierover bijvoorbeeld: *"ik moet eerlijk zeggen dat nadat het bekend was gemaakt, het minder is geworden wat je erover hoort".* Ook hoofd

Polikliniek geeft aan dat mensen buiten de projecten heel weinig weet hebben van de gang van zaken.

De informatie rondom Sneller Beter die het management verspreid richting de mensen op de werkvloer, wordt door de niet-direct betrokkenen ervaren als onvoldoende, te tijdrovend om in te verdiepen of onvoldoende interessant. De OR verwoordt dit als volgt: *“de organisatie is nogal geneigd om te zoeken naar instrumenten als intranet en Cascade om te communiceren. En wij zeggen dat dat alleen een hulpmiddel mag zijn van de persoonlijke communicatie die je feitelijk hebt. In die lijn moeten dingen gewoon doorgegeven worden. Je hebt nog heel vaak dat zaken boven in de organisatie blijven hangen en beneden in de organisatie niet landen, omdat men alleen maar kiest voor bepaalde instrumenten als Ziekenhuis St. Jansdalnieuws, intranet. Terwijl die instrumenten een aanvulling zouden moeten zijn op de persoonlijke communicatie die je hebt. En die persoonlijke communicatie, daar schort het nog wel eens aan”*.

Opvallend verschil is dus dat de betrokken actoren binnen de projectgroepen het idee hebben voldoende geïnformeerd te worden omtrent de stand van zaken binnen Sneller Beter, terwijl de medewerkers die hieraan geen directe deelname hebben menen niet of onvoldoende op de hoogte te worden gehouden. Risico van dit, bewust of onbewust, voornamelijk verspreiden van informatie over Sneller Beter onder de actief-betrokken werknemers, is dat kennis over Sneller Beter en bijbehorende veranderingen geïsoleerd blijft in tijd, plaats en een beperkte groep mensen. Dit kan ertoe leiden dat de nieuwsgierigheid bij niet-betrokkenen ten aanzien van de innovatie(s) (Grol & Wensing 2001:77) die Sneller Beter met zich meebrengt, onvoldoende wordt en/of blijft geprikkeld. Door het gebrekkig op de hoogte zijn van veranderingen die de projecten in de organisatie teweegbrengen, kan voor (niet betrokken) medewerkers minder het idee leven dat het belangrijk voor het eigen werk kan zijn (Grol & Wensing 2001:77).

Naast het op de hoogte houden van de veranderingen, is het binnen de fase oriëntatie ook van belang dat de medewerkers geïnteresseerd zijn in de inhoud hiervan (Grol & Wensing 2001:77). Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal is deze interesse gewekt, blijkend uit verschillende interviews. Met name respondenten in de strategische top geven hierin aan dat voor deelname aan de eerste 14 projecten met relatief weinig inspanning voldoende aanmeldingen zijn binnengekomen. Dit schrijven zij, naast aansprekende informatie over Sneller Beter pijler 3, ook toe intrinsieke motivatie van medewerkers. Lid van de Raad van Bestuur zegt hierover bijvoorbeeld: *“we hebben vorig jaar als volgt ingestoken: ‘we hebben ‘maar’ 14 projecten, dus wie wil?’ (...) Dat was makkelijk, want de mensen die zich opgeven, zijn de mensen met intrinsieke motivatie. Dus als je kijkt naar artsen die met de projecten meedoen, zijn het over het algemeen artsen die zich vrijwillig aangemeld hebben. (...). Dus nu heb je de enthousiastelingen (...)”*.

### Inzicht

In deze fase staat inzicht in de inhoud van de beoogde veranderingen centraal, waarbij ook duidelijk wordt wat aan nieuw handelen wordt verwacht en naar welk einddoel wordt gestreefd (Grol & Wensing 2001:77). De doelen die binnen de projecten van Sneller Beter pijler 3 zijn gesteld, zijn helder, realistisch en motiverend, aldus onder andere het hoofd Chirurgie en de doktersassistent MDL. Teamleider Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie vult hierop aan dat niet-realiseerbare doelen, niet per definitie diffuus en

demotiverend zijn: “(...) *het is een heel hoog gesteld doel, namelijk 0% decubitus, maar of je dat kunt bereiken? (...) Toch blijft het motiverend om eraan te werken, omdat er veel mensen zijn bij wie decubitus dan wel kan worden voorkomen*”.

Het enthousiasme waarmee medewerkers zich hebben opgegeven voor deelname aan de eerste 14 projecten kan, naast de eerdergenoemde informatie over het programma en intrinsieke motivatie, ook worden verklaard vanuit deze fase en haar doelen. De gestelde doelen maken het interessant deel te nemen aan de projecten binnen Sneller Beter pijler 3, aangezien ze door hun motiverende, heldere en realistische karakter kunnen leiden tot daadwerkelijke verbeteringen binnen het Ziekenhuis St. Jansdal.

Hierbij is het wel van belang dat men inzicht heeft in de eigen manier van werken en in de punten die verbeterd kunnen worden. Respondenten geven aan dat door middel van nulmetingen inzicht ontstaat in aspecten die vragen om verbetering. Hoofd Chirurgie verwoordt dit als volgt: “*bijvoorbeeld bij postoperatieve wondinfecties: we merken hier in het werk dat er toch wel veel infecties zijn of dat het lijkt alsof het steeds meer wordt. Er zijn vaak onderbuikgevoelens door wie het wordt veroorzaakt. Als je dan met zo'n nulmeting kunt laten zien wat de aantallen zijn, (...) schrikken mensen wel: 'jeetje, dat is wel heel veel' ”.*

### Acceptatie

In deze fase raken de actoren in de betreffende organisatie overtuigd van het nut en de noodzaak tot de verandering (*sense of urgency*) en zijn ze gemotiveerd om hier medewerking aan te verlenen (Grol & Wensing 2001:77). Maar zowel besef van het nut als de bereidheid en motivatie deel te nemen aan de veranderingen ontbraken aanvankelijk bij de medewerkers binnen het Ziekenhuis St. Jansdal, aldus verschillende respondenten. In het ziekenhuis loopt namelijk een aanzienlijk aantal projecten naast elkaar; niet alleen Sneller Beter, maar ook NIAZ accreditatie, verbetering van telefonische bereikbaarheid van de poliklinieken en het vaststellen van de patiënttevredenheid. Dit vraagt om tijd, inzet en energie van de medewerkers op de werkvloer. Het gevaar van een dergelijke projectmatige aanpak, inclusief voortdurende verandering, is dat mensen deze tijd en energie gaan beschouwen als onnodig werk en tijdverspilling.

“*Wanneer je een willekeurige verpleegkundige bent op een afdeling, je doet je ding en je vindt dat dat prima gaat, dan is er bij diegene van nature niet de behoefte om te veranderen, laat staan de interne motivatie om mee te werken aan zo'n project. Men ziet dat dan echt als iets dat er weer bij gedaan móét worden (...)*”, aldus de OR. Medewerkers binnen het Ziekenhuis St. Jansdal voelen nog niet altijd de behoefte tot verandering, erkennen nog niet altijd het nut en delen nog niet altijd de *sense of urgency* binnen de strategische top: mensen zijn tevreden met de huidige werkwijzen en bijbehorende resultaten.

Bovendien blijkt uit de interviews dat voor de, als te groot ervaren, hoeveelheid projectactiviteiten onvoldoende tijd is om alle projecten tot een goed einde te brengen. Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal ervaart men projectmoeheid, tijdgebrek en suboptimalisatie. Het afdelingshoofd Chirurgie verwoordt dit als volgt: “*(...) Het is natuurlijk een heel nobel streven om weer 7<sup>e</sup> of 6<sup>e</sup> te worden in de AD-test en door Elsevier als beste ziekenhuis uitgeroepen te worden. Maar wat koop je er feitelijk voor als uiteindelijk je medewerkers met de tong op de schoenen aan het rondrennen zijn. Je moet het wel een beetje in perspectief blijven zien*”.



De manager Klinische Zorg vult hierop aan: *“we gaan bijvoorbeeld heel nadrukkelijk decubitusverbetering borgen. Dat kost energie 10, maar dat betekent tegelijkertijd dat een aantal andere zaken op de afdeling minder aandacht krijgen”*.

Blijkbaar wordt deze ambitieuze instelling van het management niet door de gehele organisatie gedragen. Dit maakt het streven naar verandering en verbetering niet een ‘wens’ van de organisatie als totaal, maar enkel van de strategische top waarbij draagvlak bij de achterban ontbreekt. Opvallend is dat de top van de organisatie inspeelt op het allerbeste willen zijn, terwijl de mensen op de werkvloer andere prioriteiten kennen: directe patiëntenzorg komt op de eerste plaats, daarna volgen het project, de veranderingen binnen dat betreffende project en het allerbeste willen zijn. Het ontbreken van *sense of urgency*, de ervaren verzaaging, het tijdgebrek en de suboptimalisatie kunnen dan ook worden toegeschreven aan het verschil in prioriteitenstelling tussen management en werknemers. Er wordt op de werkvloer namelijk eerder voorrang gegeven aan aspecten die in kortere tijd meer effect opleveren of aan taken die ‘altijd al zo worden uitgevoerd’.

Hoewel nog niet in alle situaties, raken medewerkers meer overtuigd van het nut van de veranderingen die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het volgende citaat: *“bijvoorbeeld bij postoperatieve wondinfecties: (...) als je dan met zo’n nulmeting kunt laten zien wat de aantallen zijn, (...) schrikken mensen wel: ‘jeetje, dat is wel heel veel’”*.

Wanneer dit besef van het nut toeneemt, groeit ook de motivatie om deel te nemen aan, tijd te steken in en moeite te doen voor de werkzaamheden die de wijzigingen vragen van medewerkers. Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal wordt hoofdzakelijk waarde gehecht aan intrinsieke motivatie. Eén van de respondenten zegt hierover: *“er zijn natuurlijk binnen de zorg heel veel projecten waar je aan mee wilt doen om een bepaalde beeldvorming naar buiten toe te creëren van ‘wij zijn een heel geweldig, prachtig mooi ziekenhuis’. En ik denk dat het heel erg belangrijk is om dat naar interne motivatie te gaan vertalen, (...) anders wordt het op een gegeven moment een opeenstapeling van bureaucratie, opgelegd door buiten. En dan staat het dus feitelijk los van de dagelijkse gang van zaken. (...)”*.

Over (de aanwezigheid van) intrinsieke motivatie kan echter ook te makkelijk worden gedacht. De manager Ambulante Zorg meent dat een professional voortdurend moet streven naar verandering en verbetering; deelname aan Sneller Beter zou hiervoor niet nodig moeten zijn. De vraag die hierbij kan worden gesteld, is of het de professionals ontbreekt aan de wil en intrinsieke motivatie of aan de mogelijkheid continu aandacht te besteden aan verbetering. Mogelijk bestaat er een tekort of gebrek aan de benodigde faciliteiten om verbeteringen in te voeren of veranderingen aan te leren. En hier komt ook de prioriteitenstelling aan de orde: de verandering danwel borging wordt mogelijkerwijs door de professionals niet als noodzakelijk, urgent of eigen verantwoordelijkheid beschouwd wat ervoor zorgt dat inspanning en werktijd eerder in andere zaken worden gestoken.

### Verandering

Grol & Wensing (2001:78) geven aan dat in de fase van verandering, de mogelijkheid moet bestaan om de nieuwe vaardigheid of werkwijze op kleine schaal uit te proberen. Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal bestaat deze mogelijkheid: doordat er 14 projecten zijn geselecteerd, worden niet op iedere afdeling en polikliniek projecten van Sneller Beter uitgevoerd. Op de afdeling en polikliniek bestaat de mogelijkheid om de verandering direct aan iedereen aan te

leren; het is ook mogelijk dat een projectgroep de wijzigingen opstart en uitprobeert en deze later aan de collegae aanleert. Wanneer uiteindelijk de gehele afdeling of polikliniek op de hoogte is van en kan werken volgens de nieuwe vaardigheid en/of werkwijze, worden de resultaten verspreid door de gehele organisatie. Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal starten de veranderingen dus op kleine schaal en wordt dit op de lange termijn steeds verder uitgebreid door de organisatie.

Dit draagt bij aan de eerdergenoemde scheiding tussen projectgroepen en de medewerkers die niet direct betrokken zijn bij Sneller Beter pijler 3 (zie fase 'oriëntatie'). De veranderingen worden op kleine schaal, namelijk in projectgroepen of op de eigen afdeling of polikliniek, uitgetoetst en ervaren. De 'rest van het ziekenhuis' wordt enkel op de hoogte gesteld van aansprekende resultaten of behaalde doelen, aldus de doktersassistente MDL.

De zogenaamde buitenstaanders kennen dus slechts deze resultaten en doelen, maar worden niet op de hoogte gebracht van eventuele mislukkingen, niet behaalde doelen, minder sterke resultaten en dergelijke. Op deze manier ontbreekt als het ware het organisatiebrede gevoel 'Sneller Beter pijler 3 is van ons allemaal'.

Veel projecten bevinden zich nog in de fase van het in kaart brengen van de situatie; de echte vertaalslag moet nog gebeuren, aldus de manager Klinische Zorg. Projecten die deze fase reeds hebben afgerond, zijn nu bezig met het doorvoeren van de verandering. Een eerste voorbeeld hiervan is de polikliniek Interne en MDL, waarin medewerkers enkel nog kunnen werken volgens de nieuwe methode van afsprakenplanning. Maar ook op de afdeling Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie wordt, door middel van constante metingen, extra rekening gehouden met de stand van zaken rond decubitus op de afdeling. Deze metingen dienen om na te gaan of de veranderde manier van werken daadwerkelijk leidt tot vermindering van het aantal patiënten met decubitus danwel vermindering van de ernst van decubitus.

De resultaten die worden behaald op bijvoorbeeld de genoemde polikliniek en afdeling, worden nog niet vertaald en verspreid naar andere afdelingen. De doktersassistente MDL geeft aan dat de resultaten wel op de polikliniek zelf worden verspreid, maar nog niet door het gehele ziekenhuis. *"Dat komt wel, maar op zich hebben we nu voor ons wel kleine dingen verbeterd, dus voor ons is het qua werkdruk wat minder. We hebben nog geen resultaten waarvan we zeggen: 'kijk eens, onze wachttijd is nu minder dan een week'. We hebben nog geen doelen behaald; we zijn wel aan het verbeteren, maar zijn er nog niet"*.

Communicatie naar andere afdelingen en individuen die niet direct bij het betreffende project betrokken zijn, wordt hierdoor lastig. Er zijn nog geen concrete doelen gerealiseerd en de resultaten die zijn behaald, zijn nog niet altijd interessant of van betekenis voor deze niet (direct) betrokken partijen. Dit leidt tot onduidelijkheid over wat op dit moment aan de rest van de organisatie kan worden medegedeeld over doelen, resultaten en voortgang van het project.

Daarbij kan de wijze waarop de afdelingen omgaan met elkaar binnen het Ziekenhuis St. Jansdal deze vertaling, verspreiding en communicatie naar andere afdelingen bemoeilijken. De OR geeft aan dat de afdelingen werken als afzonderlijke eilandjes in een zogenoemde eilandenstructuur: *"als collega's onder elkaar kennis delen, is het ook heel erg belangrijk dat je niet op afdeling A het wiel uitvindt en dat je tegelijkertijd op afdeling C hetzelfde wiel uitvindt. En dat kan hier gerust gebeuren. (...) Afdeling C amper weet wat afdeling A*

*überhaupt doet (...)*". Dit bevordert het vertalen naar en ontvangen van andere afdelingen niet.

In de vorige fase, acceptatie, is reeds vermeld dat medewerkers in het Ziekenhuis St. Jansdal overtuigd raken van het nut van de veranderingen; in deze fase wordt deze overtuiging bevestigd door middel van behaalde resultaten. Deze resultaten bewijzen dat de inspanningen en doorgevoerde veranderingen ook daadwerkelijk effecten opleveren en nut hebben. De resultaten die zijn behaald, worden op verscheidene manieren inzichtelijk gemaakt. Zo hangt één van de projectmedewerkers Sneller Beter *"een poster op de polikliniek Interne Geneeskunde en MDL met daarop de meetresultaten en wat we hebben afgesproken"*. Vanuit de deelnemende afdelingen aan het decubitusproject is *"in het restaurant een hele grote thermometer gemaakt, zodat iedere afdeling kan zien hoe ze staan met betrekking tot decubitus"*.

Door verscheidene respondenten wordt deze kennis van de resultaten, effecten en het nut dan ook aangedragen als zijnde een succesfactor. Zo meent projectmedewerker Sneller Beter: *"er is maar één ding dat echt werkt bij mensen en dat zijn toch de resultaten. Dit blijft hen herinneren aan dat het beter gaat of anders moet"*. En ook de teamleider Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie geeft aan dat deze kennis van resultaten bijdraagt aan het begrip van het nut: door middel van de cijfers kan worden aangetoond dat op de afdeling vooruitgang wordt geboekt. Dit heeft ertoe geleid dat de weerstand of projectmoeheid die met de komst van Sneller Beter naar voren kwam, uiteindelijk grotendeels is opgelost.

### Behoud

Volgens de respondenten staat het behoud van veranderingen nog niet bovenaan de agenda. De manager Klinische Zorg geeft aan: *"de vertaalslag moet voor het overgrote deel nog gaan gebeuren. De projecten zitten dominant nog in de fase van het in kaart brengen van de situatie"*.

Hoewel de fasen van Grol & Wensing (2001) stoppen bij deze verankering in organisatie en individu, beoogt het Ziekenhuis St. Jansdal ook de dynamische borging van verandering. Dit blijkt onder andere uit het volgende citaat van het lid van de Raad van Bestuur: *"voor mij is Sneller Beter dat je een verbetercultuur in je organisatie wilt, waarin permanent wordt verbeterd op een aantal cruciale zaken in je organisatie. En dat zijn inderdaad de dingen als patiëntveiligheid, procesefficiëntie, logistiek en patiëntenparticipatie. (...)"*.

Maar evenals het borgen als eindpunt is ook dynamisch borgen nog niet aan de orde; de organisatie is nog niet klaar om te leren van resultaten en deze verder te ontwikkelen en verbeteren. Dat dit echter wel een onderdeel van Sneller Beter pijler 3 is en ook de bedoeling is binnen het Ziekenhuis St. Jansdal, leeft nog niet onder de werknemers. Teamleider Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie geeft aan het personeel daar nog niet over ingelicht te hebben: *"ik hou het gewoon een beetje op de vlakte. Ik zeg dan: 'Aan het eind van het jaar gaan we hiermee stoppen en gaan we anders verder'. (...)"*.

## § 5.2: Succesfactoren

In Hoofdstuk 3 (§ 3.2) is een overzicht gegeven van factoren om borgen tot een succes te kunnen maken. In deze paragraaf wordt nagegaan welke succesfactoren binnen het Ziekenhuis St. Jansdal aanwezig zijn en een rol spelen om borgen mogelijk te maken.

### § 5.2.1: Borgen als eindpunt

De literatuur geeft een uitgebreid overzicht van succesfactoren voor het borgen als eindpunt. In deze subparagraaf wordt nagegaan welke van deze factoren van toepassing zijn op het Ziekenhuis St. Jansdal. Ter verduidelijking worden ze hieronder nogmaals kort uiteengezet.

Grol & Grimshaw (2003) noemen een aantal succesfactoren, te weten:

- educatieve strategie;
- feedback;
- reminders;
- vervanging van taken (zie § 5.2.2);
- multiprofessionele (team)samenwerking;
- massamedia campagnes;
- financiële interventies.

Volgens Grol & Wensing (2001) dient de nieuwe werkwijze te worden ingebouwd in en ondersteund door de zorgorganisatie. Dit kan met behulp van de organisatiecultuur en betrokkenheid van leidinggevenden.

Dückers & Wagner (2005) noemen nog twee succesfactoren, te weten gedelegeerde besluitvorming (zie § 5.2.2) en de aanwezigheid van motivatie, mede om weerstand te voorkomen. Tenslotte noemt Schouten (2004) communicatie.

### Educatieve strategie en multiprofessionele/afdelingsoverstijgende (team)samenwerking

De educatieve strategie houdt in dat de nieuwe werkwijze in kleine, interactieve groepen wordt aangeleerd. Uit de literatuur wordt echter niet duidelijk welke omvang met een 'kleine, interactieve groep' wordt bedoeld: is bijvoorbeeld een cluster te groot, maar heeft één afdeling de juiste omvang of voldoet enkel een projectgroep aan de gewenste hoeveelheid participanten? Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal wordt op dit moment op twee manieren vormgegeven aan het starten, aanleren en doorvoeren van de veranderingen: ten eerste met alle medewerkers gezamenlijk op de afdelingen en poliklinieken zelf (ongeveer 20 leden), ten tweede in projectgroepen binnen deze afdelingen en poliklinieken (ongeveer 6 leden).

Op de chirurgische afdelingen bijvoorbeeld zijn de nieuwe werkwijzen direct uitgevoerd op de gehele afdeling door alle verpleegkundigen.

Op de polikliniek Interne Geneeskunde en MDL daarentegen wordt gebruik gemaakt van projectgroepen. Zo geeft de doktersassistente MDL aan dat periodiek overleg plaatsvindt met de projectgroep, waarbij onder andere aandacht wordt besteed aan de doelen en het aanleren van nieuwe vaardigheden. Hetgeen hierin is besproken en geleerd, wordt vervolgens door twee projectgroepleden vertaald naar collegae.

Zowel de groepen op poliklinisch- of afdelingsniveau als de projectgroepen worden door geen van de respondenten ervaren als te omvangrijk om het aanleren en invoeren van veranderingen mogelijk te maken. Tevens is het, door de beperkte resultaten die op dit moment in de verschillende projecten zijn behaald, nog niet mogelijk objectief aan te geven welke vorm en omvang het meest effectief is. Ten slotte is uit het onderzoek in het

Ziekenhuis St. Jansdal niet af te leiden welke manier van leren naar de mening van de respondenten de voorkeur geniet en de meeste effecten oplevert.

Echter, vermoed kan worden dat de projectgroepen effectiever zijn, aangezien ze, naast hun kleine omvang, zijn samengesteld uit leden die zijn geselecteerd op hun motivatie, kennis van zaken en bereidheid tot participatie. Op deze manier streven de projectgroepleden gezamenlijk dezelfde doelen na; in dit geval het aanleren, doorvoeren, verspreiden en borgen van de Sneller Beterverandering. Op kleine schaal wordt geleerd, gediscussieerd over mogelijke verbeteringen en worden aanpassingen gedaan; vervolgens wordt hetgeen geleerd is, overgebracht aan de andere medewerkers op de afdeling of polikliniek. Dit in tegenstelling tot het aanleren van de veranderingen op de afdeling of polikliniek als geheel. Buiten het gegeven dat de groep groter is dan in het geval van projectgroepen, kan oponthoud ontstaan doordat medewerkers bijvoorbeeld niet bereid zijn tot deelname aan de projecten en discussies of de betreffende verandering niet begrijpen.

De multiprofessionele (team)samenwerking is nog niet aanwezig bij het opstarten, aanleren en doorvoeren van de veranderingen die door Sneller Beter ontstaan. 'Multiprofessioneel' kan in het Ziekenhuis St. Jansdal worden vervangen door 'afdelingsoverstijgend'; afdelingen en poliklinieken voeren de projecten namelijk binnen de eigen muren uit. Ervaringen hebben respondenten, met name op de polikliniek Interne Geneeskunde & MDL, geleerd dat dit monodisciplinair werken kan leiden tot problemen. *"We zijn nog niet echt bezig om radiologie erbij te betrekken bijvoorbeeld. Wij zijn nu onze wachttijd wel aan het wegwerken, maar radiologie heeft een probleem. Zij hebben nu zes weken wachttijd voor een echo, en dat komt mede doordat wij nu een inhaalslag aan het maken zijn. Op dit moment zien wij meer mensen en die worden altijd wel doorgestuurd voor een echo, CT en dergelijke en dan wordt het voor radiologie steeds drukker. Dus wij zitten inmiddels ook op een punt dat we niet verder kunnen, omdat andere afdelingen nog mee moeten"*.

### Feedback

Aan communicatie en terugkoppeling over de voortgang van het betreffende project wordt op kleine schaal reeds aandacht besteed. 'Feedback op kleine schaal', omdat er nog onvoldoende (concrete) resultaten zijn behaald om dit uitgebreider te doen. Volgens de manager Klinische Zorg zitten de meeste projecten nog *"dominant in de fase van het in kaart brengen van de situatie"*. Doktersassistente MDL vult hierop aan dat er nog geen doelen zijn behaald; *"we zijn nu voornamelijk bezig met het op een rijtje zetten van de metingen, aan het kijken wat we waaraan zouden willen doen. (...) Er wordt aan gewerkt, maar we zijn er nog niet"*.

In subparagraaf 3.1.2 is reeds aangegeven dat inzicht in effecten en nut binnen het Ziekenhuis St. Jansdal wordt beschouwd als succesfactor. Tevens is hierin besproken dat niet alleen gezocht wordt naar, maar ook gebruik wordt gemaakt van creatieve manieren om de resultaten inzichtelijk en kenbaar te maken.

### Inbouwen en ondersteunen, betrokkenheid leidinggevenden, organisatiecultuur en reminders

De nieuwe werkwijze inbouwen in en ondersteunen vanuit de organisatie wordt vervolgens als belangrijke succesfactor beschouwd. Het belang hiervan wordt ook gedragen door respondenten binnen het Ziekenhuis St. Jansdal: *"of leidinggevenden aangeven het allemaal maar onzin te vinden of leidinggevenden die erachter staan en er positief over zijn, dat*

*scheelt natuurlijk fors*". Niet alleen wordt dit belang erkend; blijkend uit de interviews wordt het ook nageleefd. Het lid van de Raad van Bestuur geeft aan: *"ik heb ongeveer de helft van de projecten daadwerkelijk onder mijn hoede. In de zin dat ik bij een aantal vergaderingen ben, meekijk in de opstelling van de doelstellingen, meekijk in de metingen, deelneem aan vergaderingen om te kijken hoe het loopt, kijk of er knelpunten zijn en als die er zijn die niet binnen de projectgroep kunnen worden opgelost, probeer ik daar zelf iets op bij te sturen. (...) Op termijn wil ik wel iets meer ruimte geven, zonder het gevoel te geven 'hij heeft er geen zin meer in, hij laat ons zwemmen'. (...) Het is altijd zoeken naar dat mensen niet gedemotiveerd raken of een verkeerd gevoel krijgen bij het feit dat je ergens geen tijd aan besteedt. (...)"*. Een dergelijke betrokkenheid en ondersteuning vanuit de strategische top hoort binnen de organisatiecultuur van het Ziekenhuis St. Jansdal. Uit een interview blijkt dat de cultuur dusdanig is dat de Raad van Bestuur erg betrokken is bij haar medewerkers. *"De Raad van Bestuur zit er kort op. Soms nog wel korter dan de managers"*.

Gevaar hierbij is dat de strategische top te dicht betrokken raakt bij het werk van haar medewerkers en de controle over de activiteiten te strak vasthoudt, waardoor afdelingshoofden, leidinggevend en mensen op de werkvloer niet meer vrij in hun positie kunnen functioneren.

Ondanks dit gevaar wordt de instelling vanuit de Raad van Bestuur, volgens verschillende respondenten, positief ontvangen. Hoofd Chirurgie zegt hierover bijvoorbeeld: *"ik zit meer te denken wat de Raad van Bestuur nog toe zou kunnen voegen aan het geheel. Ze heeft op een gegeven moment de lijnen uitgezet: 'dit gaan we doen'. Dan is het aan de projectleiders toevertrouwd om dit uit te gaan voeren. En de werkgroepen zoals die nu zijn opgesteld, zijn redelijk capabel en nemen de verantwoordelijkheid ook. En wat je merkt, is dat de Raad van Bestuur er zelf ook bij gaat zitten, bij een vergadering om gewoon eens te horen hoe het gaat. De betrokkenheid er wel. Het is niet zo van: 'we gaan nu achterover leunen en het gebeurt'"*.

Wanneer het management en de teamleiders duidelijk achter de verandering en borging staan, komt dit volgens het Hoofd P&O onder andere tot uitdrukking in hun prioriteitenstelling. Periodiek wordt dan door hen teruggegrepen naar verschillende onderwerpen, wat ervoor zorgt dat de aandacht van medewerkers voor de verandering en nieuwe 'normale' werkwijze niet (snel) verslapt. Om dit te bereiken wordt ten eerste op het organisatiebrede niveau vanuit de strategische top en het management geregeld stilgestaan bij vorderingen en stand van zaken binnen Sneller Beter middels informatie in 'De Cascade' en/of op het intranet.

Uit interviews blijkt dat dit ten tweede kan worden bereikt op het niveau van de teamleiders, afdelingen en poliklinieken door overleg te blijven houden met elkaar en metingen vast te blijven houden, zodat je er niet op een gegeven moment gewoon klaar mee bent. Teamleider Traumatologie, Oncologie & Algemene Chirurgie geeft bijvoorbeeld aan decubitusmetingen aan te halen in werkoverleg, de map decubitusmetingen bewust op tafel te laten liggen en medewerkers direct aan te spreken op de stand van zaken rondom decubitus.

Door het gebruik van deze *reminders* wordt de nieuwe werkwijze meer en meer onderdeel van de zorgorganisatie, wat de kans op blijvende toepassing (Grol & Wensing 2001:207) vergroot.

### Motivatie, communicatie en financiële interventies

Uit subparagraaf 5.1.2 is gebleken dat de acceptatie van de veranderingen niet overal in de organisatie soepel is verlopen: het ontbrak, soms ontbreekt, in bepaalde situaties aan motivatie, tijd, inzet en energie van medewerkers, wat om kan slaan in weerstand. Er moeten voor meer dan enkel Sneller Beterprojecten metingen en andere activiteiten worden uitgevoerd, zonder dat hiervoor altijd is gezorgd voor de benodigde extra personen, tijd en dergelijke. De manager Ambulante Zorg tracht hierop in te spelen door de dialoog met leidinggevenden aan te gaan, waarin aandacht wordt besteed aan de activiteiten die op de betreffende polikliniek worden uitgevoerd, wat is nodig voor goede uitvoer hiervan, hoeveel tijd dit kost en de mate waarin de polikliniek hierin ondersteuning ontvangt. Als gevolg hiervan is bijvoorbeeld tijdelijk uitbreiding van de formatie gerealiseerd.

Op deze manier maakt de strategische top nauwelijks tot geen gebruik van de direct financiële interventies die Grol & Grimshaw (2003:1228) noemen als één van de succesfactoren: voor zover bekend wordt er geen zak geld gegeven met de opdracht zelf oplossingen te bedenken. De organisatie financiert indirect door zich, middels bijvoorbeeld zojuist genoemde dialogen, te richten op facilitatie in tijd, middelen, ruimte en personeel. Deze facilitatie wordt afgestemd op en op maat gemaakt voor de betreffende situatie binnen een afdeling of polikliniek. De organisatie kan dusdanig omstandigheden creëren waardoor niet alleen het deelnemen aan, maar ook het borgen van de veranderingen mogelijk en motiverend worden gemaakt. Want *“(…) wanneer je als ziekenhuis vanuit je externe omgeving gedwongen wordt om steeds efficiënter en commerciëler in de wereld te opereren, betekent dat dat je steeds meer van je medewerkers gaat vragen. Daar staat volgens ons dan tegenover dat je ook je best doet voor medewerkers en dat je in hen wilt investeren om ze gemotiveerd te houden mee te blijven werken aan veranderingen en efficiënter te werken”*. Op het motiveren en gemotiveerd houden van medewerkers, wordt in paragraaf 5.3 dieper ingegaan.

### Massamedia campagnes

Massamedia campagnes worden vormgegeven vanuit de centrale organisatie van Sneller Beter. Aan dit programma wordt namelijk landelijk aandacht besteed in de media. Op deze manier worden ziekenhuizen op de hoogte gesteld van de inhoud en het doel van Sneller Beter (pijler 3) en vormt het mogelijk een stimulans tot deelname hieraan. Aan massamedia campagnes wordt door het Ziekenhuis St. Jansdal zelf geen vorm gegeven en uit de interviews is niet af te leiden of deze succesfactor al dan niet een rol speelt of heeft gespeeld binnen het ziekenhuis.

Uit bovenstaande kan worden afgeleid dat binnen het Ziekenhuis St. Jansdal reeds aan een behoorlijk aantal factoren voldoet om het borgen als eindpunt tot een succes te kunnen maken. Tevens wordt uit deze analyse duidelijk welke factoren verder verfijnd kunnen worden en waaraan de organisatie (nog) niet voldoet.

### *§ 5.2.2: Dynamisch borgen*

Hoewel het Ziekenhuis St. Jansdal nog niet klaar is om te leren van resultaten en deze verder te ontwikkelen en verbeteren, wordt in deze subparagraaf nagegaan welke succesfactoren, bewust danwel onbewust, reeds een rol spelen in de praktijk binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Wijngaarden & Bont e.a. (2006) hebben een aantal succesfactoren

aangedragen, die deze dynamische manier van borgen mogelijk kunnen maken. Onderstaand een puntsgewijs overzicht:

- gedeelde visie;
- procedures voor het tot stand brengen van informatie over behaalde resultaten;
- communicatiekanalen;
- decentraliseren van verantwoordelijkheden;
- motivatie tot, zowel individueel als collectief, (voortdurend) analyseren en verbeteren van prestaties;
- stimuleren van innovatieve acties en verbeteringen;
- leercultuur.

#### Gedeelde visie

De visie op een gewenst eindpunt die binnen het management leeft, heeft te maken met het creëren van een verbetercultuur. Door het lid van de Raad van Bestuur wordt dit verwoord als *“een cultuur waarin permanent wordt verbeterd op een aantal cruciale zaken in de organisatie. En dat zijn de inderdaad dezelfde dingen als binnen Sneller Beter, zoals patiëntveiligheid, procesefficiëntie, logistiek en patiëntenparticipatie. Dat je de organisatie op de onderdelen constant prikkelt om te kijken naar hoe anderen dingen doen en of we het zelf beter kunnen”*.

Deze visie wordt echter niet door iedere werknemer gedeeld. Eerder is gebleken dat met name op de werkvloer de prioriteiten niet zozeer bij het continu verbeteren liggen, maar in eerste instantie bij het leveren van goede zorg. Dit betekent echter niet dat het één wordt uitgesloten door het ander: met name in tijden van drukte op de werkvloer zijn medewerkers primair gericht op de patiënt die op dat moment verzorgd dient te worden. Het leren en continu verbeteren komen op die momenten op de tweede plaats, en krijgen op een ander tijdstip aandacht wanneer hier meer tijd voor is.

#### Communicatiekanalen, procedures en motivatie

Zowel in subparagraaf 5.1.2 als 5.2.1 is reeds gesproken over communicatie: medewerkers worden op verschillende manieren op de hoogte gebracht van de stand van zaken rondom Sneller Beter pijler 3. Communicatie binnen dynamisch borgen is meer gericht op het leren van resultaten en ervaringen van de eigen en andere afdelingen en poliklinieken binnen de organisatie. Gebleken is dat communicatie op dit moment hoofdzakelijk wordt gebruikt als informatievoorziening, maar in beperkte mate ook reeds om binnen het betreffende project te leren van de resultaten die zijn bereikt en te komen tot verbeteringen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de afdeling Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie waar consequent decubitusmetingen worden uitgevoerd en deze tevens inzichtelijk worden gemaakt. Dit leidt tot kennis van de stand van zaken en eventuele vooruitgang, waardoor op deze afdeling ideeën en gesprekken ontstaan over mogelijkheden tot (verdere) daling van het decubituscijfer danwel vermindering van de ernst van decubitus.

Uit de interviews wordt niet duidelijk of dit inzicht geven in en communiceren over resultaten gebeurt aan de hand van speciale procedures om informatie over de behaalde resultaten tot stand te brengen of dat het op willekeurige basis plaatsvindt.

Communicatie zoals hierboven aangegeven, vindt echter nog niet door de gehele organisatie plaats. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat nog weinig (aansprekende) resultaten zijn behaald waarvan geleerd kan worden.



In het onderzoek wordt niet duidelijk hoe aan communicatie- en informatievoorziening wordt vormgegeven wanneer Sneller Beter en haar projecten stoppen; het blijft in het midden of deze aandacht voor communicatie dan blijft bestaan of dat de organisatie ervan uitgaat dat haar medewerkers zelf informatie over de voortgang inwinnen.

Ditzelfde geldt voor motivatie: om continu resultaten te interpreteren, daarvan te leren en vanuit daar te komen tot verbetering, vraagt om motivatie van medewerkers. Dit is op dit moment enkel van belang voor de afdelingen en poliklinieken waar reeds interessante uitkomsten zijn behaald. Voor de overige afdelingen en poliklinieken geldt dat aandacht voor motivatie onder medewerkers op dit moment voornamelijk gericht is, op het stimuleren tot deelname aan de projecten van Sneller Beter. Motivatie om continu te leren, zoals binnen dynamisch borgen wordt beoogd, is nu dan ook beperkt aan de orde.

#### Decentraliseren van verantwoordelijkheden, stimuleren van innovatie en leercultuur

In de inleiding van subparagraaf 5.2.1 is aangegeven dat het vervangen van taken en het delegeren van besluitvorming twee succesfactoren zijn binnen borgen als eindpunt. Dit vormt overlap met dynamisch borgen, want hierin wordt een soortgelijke factor genoemd, te weten het decentraliseren van andere en/of extra taken en verantwoordelijkheden aan medewerkers.

Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal is hieraan vormgegeven door medewerkers van alle organisatielagen deel te laten nemen aan projecten. Zo is de medisch specialist voorzitter van een projectgroep, nemen de programmacoördinatoren deel aan de projecten, spelen ook hoofden en teamleiders een belangrijke rol, en is er tevens erkenning voor deelname aan de projecten door mensen van de werkvloer. De doktersassistente MDL is bijvoorbeeld binnen de betreffende projectgroep aangesteld om samen met een collega de nieuwe werkwijzen aan te leren aan andere medewerkers, tevens participeert zij actief in het opstellen van doelen en in het periodiek overleg van de projectgroep. Verschillende respondenten geven aan het decentraliseren van taken en verantwoordelijkheden als belangrijk te beschouwen.

Projectmedewerker Sneller Beter geeft bijvoorbeeld aan: *“ik denk dat het heel goed is, dat wij zijn aangenomen als ondersteuners. Alleen zul je heel goed moeten nadenken over of je zo wilt blijven ondersteunen of dat je toch meer verantwoordelijkheid neer moet leggen bij die teams. (...) Zij moeten het doen en blijven doen in de toekomst”*.

Uit bovenstaande blijkt, dat naast decentraliseren ook aan participatie veel waarde wordt gehecht door de respondenten. De voorzitter van VMS geeft bijvoorbeeld aan dat medewerkers betrokken dienen te worden in de veranderingen: *“je moet het met elkaar samen doen. En dat is, denk ik, vaak ook het geheim van of iets loopt of niet”*.

Bij deze citaten kunnen drie opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste bestaat onduidelijkheid over of alle medewerkers extra danwel nieuwe taken en verantwoordelijkheden willen krijgen teneinde de projecten tot een succesvol einde te brengen. Zo geeft doktersassistente MDL aan dat zij taken van de medisch specialist zou willen overnemen. Hoewel zij erkent dat het voor het specialisme MDL moeilijk is iets te verzinnen om te decentraliseren naar doktersassistentes, denkt zij hierbij bijvoorbeeld aan voorlichting richting patiënten.

Een andere respondent geeft echter de andere kant weer: *“als ik me bijvoorbeeld even concentreer op de Antibiotica Switch, dan is er nu de discussie wie er straks verantwoordelijk is voor de keuze wanneer geswitched moet worden van antibioticum. Chirurgen zouden het erg graag bij de verpleging willen leggen en de verpleging zegt: ‘bekijk het maar, jullie zijn de*

*artsen. Het is een behandeling en jullie zijn daarmee degenen die zouden moeten zeggen wanneer wij moeten switchen'".*

Zoals eerder in subparagraaf 5.1.1 aangegeven, ligt de prioriteit niet voor iedere professional primair bij het veranderen en continu verbeteren; juist het leveren van goede zorg binnen het eigen werkterrein krijgt vaak voorrang. Dit verschil in prioriteitenstelling tussen management en mensen op de werkvloer kan ook het gevolg zijn van onduidelijke verdeling over verantwoordelijkheden en taken, waardoor discrepantie ontstaat tussen wat de professional geacht wordt te doen en welke verantwoordelijkheid hij of zij zelf meent te hebben.

Ten tweede wordt uit de interviews niet duidelijk hoe decentralisatie en participatie in de toekomst na Sneller Beter geregeld worden. Blijven medewerkers dan beschikken over de taken en verantwoordelijkheden die zij binnen Sneller Beter hebben gekregen en wordt ook dan nog een grote rol aan participatie toegekend? Om te komen tot de beoogde Sneller Betercultuur waarin voortdurend geleerd en verbeterd kan worden, lijkt het van belang dat medewerkers in staat worden gesteld om invloed uit te oefenen op de eigen werkomgeving. De gesprekken met de respondenten maken niet duidelijk of hier al dan niet aandacht aan is besteed en zo ja, op welke wijze hieraan invulling gegeven gaat worden.

De derde opmerking is gebaseerd op de literatuur: Wijngaarden & Bont e.a. (2006) noemen het decentraliseren van taken en verantwoordelijkheden als middel ter bevordering van experimenteren met en implementeren van veranderingen. Uit bovenstaande analyse blijkt dat binnen het Ziekenhuis St. Jansdal het belang van participatie en decentralisatie wordt erkend en nageleefd, maar dit heeft nog niet geleid tot een cultuur waarin innoveren en experimenteren op organisatieniveau in handen van de medewerkers ligt (zie verder § 5.3: 'autonomie'). Dit blijkt ten eerste uit een opmerking van de manager Ambulante Zorg: "(...) de teamleiders krijgen heel veel voor de kiezen krijgen en moeten alles uitvoeren wat wij bedenken".

De OR vult hierop aan: "*in veel situaties heerst toch nog het idee: 'wij zijn de deskundigen'. (...) Op bepaalde niveaus worden de beslissingen genomen (...) en wordt soms toch nog te weinig waarde gehecht aan de mensen die dicht bij het vuur zitten, de deskundigen op de werkvloer*".

Hieruit kan worden afgeleid dat de laatst genoemde succesfactor, namelijk de leercultuur, nog niet tot stand is gekomen. Eén van de kenmerken van deze leercultuur is namelijk dat medewerkers bereid zijn continu te experimenteren (Wijngaarden & Bont e.a. 2006). Hoewel die bereidheid tot experimenteren wel degelijk aanwezig kan zijn onder de werknemers, blijkt uit het citaat dat hier vanuit de organisatie niet (altijd) op ingespeeld wordt. In sommige situaties kan deze vrijheid tot experimenteren worden gegeven aan medewerkers, toch worden zij ook verplicht tot het uitvoeren van opdrachten vanuit het management. Ook aan andere kenmerken van deze cultuur wordt niet voldaan: verspreiden en uitwisselen van resultaten spelen op dit moment nog geen rol, als gevolg van gebrek aan concrete resultaten. Aan het laatste kenmerk 'leren van resultaten' wordt, zoals zojuist betoogd, wel op kleine schaal vormgegeven, namelijk binnen het eigen project op de eigen afdeling of polikliniek.

Bovenstaande analyse maakt duidelijk dat binnen het Ziekenhuis St. Jansdal reeds (gedeeltelijk) invulling wordt gegeven aan de succesfactoren gedeelde visie, communicatiekanalen, decentralisatie en participatie, ondanks dat dynamisch borgen op dit moment nog niet (direct) aan de orde is. Uit deze analyse is echter ook af te leiden dat de

focus binnen de organisatie ligt op de huidige stand van zaken rond Sneller Beter en de bijbehorende projecten. Het projectdenken is goed aanwezig en ingevuld, maar onduidelijk blijft wat en hoe dynamisch geborgd dient te worden wanneer het programma Sneller Beter pijler 3 stopt.

### § 5.3: Motivatie als succesfactor

Zoals gebleken uit de theorie vormt motivatie een belangrijke factor voor succesvolle uitvoering en borging van Sneller Beter pijler 3. Maar, zoals eerder aangegeven (§ 5.1.2), kan (intrinsieke) motivatie niet als vanzelfsprekendheid worden beschouwd: het is van belang dit bij medewerkers te stimuleren. De theorie heeft een overzicht gegeven van motivatiemiddelen; deze worden hieronder kort herhaald:

- goal setting;
- motiverende doelen;
- participatie;
- mobiliteitsbeleid;
- job satisfaction;
- belonen;
- autonomie;
- facilitatie van leren vanuit het management;
- binnen strategische top inzicht in persoonlijke leerstijl;
- transfer;
- middels communicatie en gedrag inzicht geven in effecten;
- ondersteunen en naleven van de verandering vanuit het management;
- vertrouwen en verbondenheid.

In deze paragraaf wordt, aan de hand van informatie uit theorie en praktijk, een overzicht gegeven van middelen die binnen het Ziekenhuis St. Jansdal een rol spelen om medewerkers te motiveren en gemotiveerd te houden teneinde borgen binnen Sneller Beter pijler 3 tot een succes te maken.

Van een aantal van bovenstaande middelen is niet uit de interviews af te leiden of ze een rol spelen binnen het Ziekenhuis St. Jansdal; deze worden in de analyse dan ook niet verder uitgewerkt. Deze middelen zijn achtereenvolgens mobiliteitsbeleid, *job satisfaction* en inzicht in persoonlijke leerstijl. Wat betreft mobiliteitsbeleid: uit subparagraaf 5.2.2 kan worden afgeleid dat Sneller Beter pijler 3 leidt tot met name kleine en tijdelijke mobiliteit in de vorm van nieuwe taken en verantwoordelijkheden en het uitbreiden of aanpassen van functies. Uit de analyse in deze zelfde subparagraaf is te herleiden dat niet eenduidig is vast te stellen of medewerkers hiermee tevreden zijn en menen dat dit motiverend werkt. Hier kan dan ook worden gesteld dat de, voornamelijk, kleine en tijdelijke mobiliteit waarschijnlijk eerder een gevolg is van deelname aan Sneller Beter pijler 3 dan dat mobiliteitsbeleid door de strategische top van het Ziekenhuis St. Jansdal weloverwogen is ingevoerd als middel ter motivatie van haar medewerkers.

Vervolgens is een aantal motivatiemiddelen in het overzicht reeds in voorgaande subparagrafen ook benoemd als succesfactor. Deze zijn achtereenvolgens participatie, facilitatie (van leren) vanuit het management, communicatie, inzicht geven in effecten en het ondersteunen en naleven van de verandering vanuit het management. Hieronder wordt ingegaan op een aantal van deze en de overige motivatie-instrumenten.

### Motiverende doelen, autonomie, goal setting, communicatie en participatie

Uit subparagraaf 5.1.2 is reeds gebleken dat de gestelde doelen binnen de Sneller Beterprojecten helder, realistisch en motiverend zijn. Respondenten achten het van belang om duidelijke doelen, verwachtingen en een helder eindpunt te hebben, omdat dit richting geeft aan hun handelen. Het afdelingshoofd Poliklinieken zegt hierover: *“het is altijd makkelijker wanneer de weg waar je heen moet heel duidelijk is”*.

Zoals is gebleken (§ 5.2.2), is vrijheid van medewerkers om op organisatieniveau op eigen initiatief te experimenteren en innoveren met bijvoorbeeld nieuwe vaardigheden of processen beperkt tot niet aanwezig binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Experimenten met en ideeën en initiatieven tot organisatiebrede vernieuwing zijn afkomstig vanuit de strategische top en worden vanuit deze top opgelegd aan de medewerkers. Echter, in de praktische uitvoer van de projecten binnen dit programma beschikken medewerkers wel over vrijheid. Uit de interviews blijkt namelijk dat medewerkers binnen de Sneller Beterprojecten tot op zekere hoogte beschikken over autonomie om zelf invulling te geven en voldoen aan de, door het CBO, gestelde doelen. ‘Tot op zekere hoogte’, omdat leden van het management, in meer of mindere mate actief, deelnemen aan de projectgroepen en op deze wijze indien mogelijk invloed kunnen uitoefenen.

Het hoofd P&O geeft aan dat de doelen per deelproject op de site van Sneller Beter het startpunt vormen om gezamenlijk te kijken hoe ze kunnen worden opgepakt, om te komen tot succesvolle realisatie daarvan. Doktersassistente MDL geeft aan dat periodiek wordt overlegd met de projectgroep over doelen: *“we kijken naar wat ze inhouden, vullen percentages in. Op die manier trachten we de doelen concreter te maken”*. En ook de teamleider Poliklinieken geeft aan dat doelen gezamenlijk worden uitgewerkt en bijgesteld: *“als we een doel stellen en gedurende het project blijkt dat het op weerstand stuit vanuit medewerkers, specialisten, assistentes, patiënten en/of afdelingen, dan denk ik dat we die doelen gewoon moeten bijstellen. Als we er eenmaal met z’n allen toe komen dat het niet haalbaar is, waarom zouden we die doelen dan niet veranderen?”*.

De theorie geeft hieraan de term *goal setting*, maar hoever moet men gaan in het realiseren van gestelde doelen en het behalen van het gewenste eindpunt? Met name respondenten op de werkvloer geven namelijk aan dat het van belang is geen slachtoffer te worden van het eigen (beoogde) succes en het streven naar verandering en borging in perspectief te blijven zien.

Uit de interviews komt naar voren dat communicatie hierbij een belangrijke rol speelt. Het dient namelijk niet alleen als middel om de doelen op te stellen, maar tevens om op tijd in te spelen op problemen met gestelde doelen.

*“Als een doel niet te halen is, wordt besproken of het misschien losgelaten moet worden of dat het vraagt om een andere aanpak. De communicatie is dan gericht op uitwisseling van gedachten en bespreken van probleemgebieden. Uiteindelijk neem je deze invloeden dan mee in het besluit dat je neemt”*. Blijkbaar betekent het opleggen van opdrachten vanuit het management niet dat er geen aandacht is voor de zowel positieve als negatieve ervaringen met gestelde doelen en opdrachten.

Echter, om deze *topdown* en *bottom-up* communicatie te laten slagen, geven respondenten aan dat het management de ‘deskundigen van de werkvloer’ dient te erkennen en aandacht dient te besteden aan hun ervaringen met de projecten. Dit geeft medewerkers het gevoel dat zij gewaardeerd worden om hun intrinsieke motivatie en om de initiatieven die zij tonen voor verbeteringen op de werkvloer, aldus de OR.

### Beloning

Uit de theorie blijkt dat motivatie mede wordt gecreëerd door het geven van beloning. Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal wordt dit met name vertaald naar wat de inspanningen opleveren voor iemand. De beloning ligt dan meer in het gevoel van de werknemer beter te worden van de verandering, ofwel immateriële (incidentele) beloning, dan dat medewerkers extrinsieke compensatie, in de vorm van bijvoorbeeld geld, ontvangen. Het hoofd P&O geeft namelijk aan: “(...) *wanneer je start met het geven van extrinsieke beloningen, stopt het borgen. Want stel dat de beloning van een project is afgelopen, is de motivatie om te borgen ook weg*”.

Hierbij kan een kanttekening worden geplaatst: het stellen van intrinsieke beloning boven extrinsieke is vooral afkomstig vanuit het management en de OR. Maar wordt dit ook gedragen door de mensen op de werkvloer die tijd en energie steken in het uitvoeren van de projecten en aanleren van nieuwe vaardigheden? Het is mogelijk dat zij in ruil voor hun inspanningen wel extrinsieke beloningen verwachten. Eén respondent geeft bijvoorbeeld aan dat zij voor haar extra projectinspanningen ook graag extra, materiële beloningen zou zien: “*er staat geen beloning tegenover meewerken aan Sneller Beter en dat zou ik graag willen zien. Daar ben ik best eerlijk in: je bent toch meer tijd kwijt en krijgt extra taken en verantwoordelijkheden bovenop je gewone werk. (...) Geld is altijd leuk, laten we wel wezen, (...) maar het hoeft niet eens iets heel groots te zijn; gewoon als er een resultaat behaald is, zet bijvoorbeeld een taart neer*”.

### Transfer en communicatie

Ten derde wordt in de literatuur (§ 3.3.2) aandacht voor een goede transfer van theorie naar praktijk genoemd als succesfactor om dit leren en leren leren te mogelijk te maken. Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal speelt dit op dit moment geen omvangrijke rol, omdat het aanleren van bijvoorbeeld nieuwe vaardigheden grotendeels in de praktijk gebeurt, ofwel op de afdeling of polikliniek zelf. Het hoofd Chirurgie geeft bijvoorbeeld aan dat de nieuwe werkwijzen zijn gestart en worden uitgevoerd op de drie chirurgische *units* zelf. Teamleider Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie bevestigt dit door aan te geven dat de metingen voor het verminderen van decubitus direct door iedere verpleegkundige uitgevoerd dienden te worden.

Een voorbeeld van een situatie waarin de transfer wel in acht genomen dient te worden, is de polikliniek Interne Geneeskunde en MDL. Twee leden van de projectgroep hebben eerst zelf de nieuwe vaardigheden uitgezocht en aangeleerd en hebben deze vervolgens overgebracht naar de dagelijkse uitvoeringspraktijk door de vaardigheden uit te leggen en aan te leren aan de andere assistentes.

Daarbij komt dat, met name binnen dynamisch borgen, leren en delen van kennis belangrijk zijn. Ook hierbij speelt, volgens verschillende respondenten, communicatie een belangrijke rol.

*“De leersituatie wordt pas duidelijk wanneer feedback wordt gegeven op hetgeen is uitgevoerd en een persoon wordt aangewezen die de nieuwe handelingen aanleert. Op die manier ontstaat namelijk inzicht in wat nieuwe (leer)aspecten zijn aan het werk”.*

Een dergelijke inrichting van de organisatie en het realiseren van leerzame communicatie, wordt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal echter bemoeilijkt doordat het ziekenhuis veel *parttime* werknemers kent. Dit maakt het moeilijk om veranderingen te borgen en als onderdeel van het gewone werk en denken te maken.

### Steun en naleving en vertrouwen en verbondenheid

Steun en naleving vanuit het management is tenslotte genoemd in de interviews als succesfactor (§ 5.2.2), maar is tevens een manier om motivatie te creëren, vergroten danwel behouden. De manager Klinische Zorg geeft bijvoorbeeld aan: *“of leidinggevend en aangeven het allemaal maar onzin te vinden of leidinggevend die erachter staan en er positief over zijn, dat scheelt natuurlijk fors”*.

Het leiderschap wordt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal als volgt beschouwd en ingevuld: verschillende respondenten geven aan dat het management faciliteert, coacht, participatie bevordert, inzicht geeft in resultaten en haar voorbeeldfunctie erkent. Blijkend uit de literatuur is vertrouwen en verbondenheid ook een vereiste om leiderschap motiverend te maken. Subparagraaf 5.2.2 heeft reeds laten zien dat het belang hiervan wordt erkend en nageleefd. Het management toont zich actief betrokken bij de projecten en veranderingen. Tevens kent het Ziekenhuis St. Jansdal een cultuur waarin de Raad van Bestuur nauw betrokken is bij haar medewerkers. Dat het management vertrouwen in haar medewerkers heeft, blijkt uit het feit dat participatie en decentralisatie van verantwoordelijkheden een grote rol spelen binnen de organisatie.

In subparagraaf 5.1.2 is aangegeven dat het Ziekenhuis St. Jansdal veel waarde toekent aan motivatie; dit komt in deze analyse tot uitdrukking door het grote aantal motivatiemiddelen waaraan het ziekenhuis invulling geeft. In diezelfde subparagraaf is aangegeven dat de aandacht voor motivatie hoofdzakelijk gericht is op intrinsieke motivatie. Ook dit komt naar voren uit bovenstaande analyse, bijvoorbeeld door het feit dat medewerkers geen extrinsieke beloning krijgen voor deelname aan Sneller Beter en het behalen van resultaten. Tevens wijst de analyse uit dat de organisatie tracht te komen tot motivatie door onder andere participatie, doelen, autonomie en ondersteuning vanuit het management. Op geen enkele manier worden medewerkers extrinsiek gemotiveerd; er wordt juist op verschillende wijzen getracht de medewerkers intrinsiek tot actieve deelname en borging te prikkelen.

## Hoofdstuk 6: Conclusie, discussie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk dient ter afsluiting van het onderzoek: hierin worden antwoorden geformuleerd op deelvragen en de probleemstelling (§ 6.1), wordt kritisch gekeken naar de gebruikte methodologie en theorie (§ 6.2) en worden tenslotte aanbevelingen gedaan (§ 6.3).

### § 6.1: Conclusie

In deze paragraaf wordt een antwoord gegeven op de probleemstelling:

**“In welke mate zijn binnen het Ziekenhuis St. Jansdal factoren aanwezig voor het succesvol borgen van de projecten behorend bij Sneller Beter pijler 3?”**

Het formuleren van een concluderend antwoord op deze hoofdvraag gebeurt aan de hand van vijf deelvragen; deze worden in onderstaande subparagrafen uitgewerkt.

*§ 6.1.1: Deelvraag 1: Welke definitie wordt in de literatuur toegekend aan de term ‘borgen’?*

Blijkend uit zowel de literatuur als de analyse kan het begrip ‘borgen’ op twee manieren worden opgevat. De eerste interpretatie is borgen als eindpunt, waarbij de veranderingen van bewezen waarde een structurele plaats krijgen in de organisatie en/of het individu (Grol & Wensing 2001:31). Om dit behoud van de verandering te bereiken, is in de literatuur een vijftal fasen aangedragen. Deze zijn achtereenvolgens: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud.

Voor de tweede vorm van borgen, dynamisch borgen, zijn niet dergelijke eenduidige stappen te benoemen om het einddoel te bereiken. Dit einddoel is het leggen van een structurele basis van toekomstige veranderingen.

*§ 6.1.2: Deelvraag 2: Welke factoren dragen volgens de theorie bij aan het succesvol borgen van veranderingen?*

Literatuurstudie heeft geleid tot een uitgebreid overzicht aan factoren die (kunnen) bijdragen aan succesvolle borging van veranderingen. Binnen dit overzicht is een tweedeling gemaakt naar factoren die bedoeld zijn voor borgen als eindpunt en factoren voor dynamisch borgen. Dit overzicht wordt hieronder kort herhaald.

#### Borgen als eindpunt

Een eerste groep succesfactoren wordt gegeven door Grol & Grimshaw (2003), deze zijn achtereenvolgens: educatieve strategie, *feedback*, *reminders*, vervanging van taken, multiprofessionele/afdelingsoverstijgende (team)samenwerking, massamedia campagnes en financiële interventies.

Vervolgens menen Grol & Wensing (2001) dat de nieuwe werkwijze ingebouwd dient te worden in en ondersteund door de zorgorganisatie. Dit kan met behulp van de organisatiecultuur en betrokkenheid van leidinggevendenden.

Twee succesfactoren die hierop volgen zijn gedelegeerde besluitvorming en de aanwezigheid van motivatie, mede teneinde weerstand te voorkomen (Dückers & Wagner 2005). Tenslotte wordt communicatie aangedragen als zijnde een relevante factor voor goede borging als eindpunt (Schouten 2004).

### Dynamisch borgen

Wijngaarden & Bont e.a. (2006) geven een overzicht van succesfactoren om veranderingen te kunnen borgen:

- gedeelde visie om inzicht te geven en eenduidigheid te krijgen over gewenste toekomstige situatie;
- procedures voor het tot stand brengen van informatie over behaalde resultaten;
- communicatiekanalen om interpretatie van informatie mogelijk te maken;
- decentraliseren van verantwoordelijkheden om implementeren van en experimenteren met veranderingen te bevorderen;
- het creëren of behouden van motivatie tot het (voortdurend) analyseren en verbeteren van prestaties, op zowel individueel als collectief niveau;
- stimuleren van innovatieve acties en verbeteringen, en daarmee het maken van fouten tot op zekere hoogte toe te staan;
- leercultuur waarin het de normale gang van zaken is dat medewerkers voortdurend leren van resultaten en ervaringen, informatie verzamelen en bereid zijn te experimenteren en discussiëren.

#### *§ 6.1.3: Deelvraag 3: Op welke wijze wordt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal het borgen van veranderingen binnen Sneller Beter pijler 3 beschouwd?*

In de eerste deelvraag is uiteengezet dat een organisatie borgen op een tweetal manieren kan vormgeven, namelijk borgen als eindpunt en dynamisch borgen. Zoals uit de analyse (§ 5.1) is gebleken, vraagt Sneller Beter pijler 3 om beide vormen. Ten eerste om de veranderingen die de projecten hebben voortgebracht, te behouden. Behoud is van belang om de wijzigingen in processen, werkwijzen en vaardigheden blijvend toe te kunnen passen. Ook dynamisch borgen kent een rol binnen deze pijler van Sneller Beter om de beoogde verbetercultuur te kunnen realiseren.

Kort gezegd: binnen het Ziekenhuis St. Jansdal geniet geen van beide borgingsvormen de voorkeur, aangezien het programma Sneller Beter vraagt om zowel verankering in organisatie en/of individu van hetgeen is bereikt, alsmede continu verbeteren.

#### *§ 6.1.4: Deelvraag 4: Welke van de, in de literatuur genoemde, succesfactoren zijn op dit moment aanwezig in het Ziekenhuis St. Jansdal om de veranderingen van Sneller Beter pijler 3 te borgen?*

Op basis van de analyse in paragraaf 5.2 kunnen uitspraken worden gedaan over de mate waarin aan de succesfactoren voor borging reeds wordt voldaan. In de beantwoording van deze deelvraag wordt wederom onderscheid gemaakt naar borgen als eindpunt en dynamisch borgen.

### Borgen als eindpunt

Blijkend uit de interviews met de respondenten, speelt al een groot aantal van de, in de literatuur genoemde, succesfactoren een rol in het Ziekenhuis St. Jansdal. Ten eerste wordt het belang van *feedback* erkend en wordt hieraan invulling gegeven, voor zover dit mogelijk is gezien het beperkt aantal concrete resultaten.

Daarnaast wordt het belang van inbouwen in en ondersteunen door de zorgorganisatie volledig erkend en nageleefd. Zo nemen de projectcoördinatoren deel aan de projecten en wordt actief gelet op de houding vanuit het management. Zij tracht actief medewerkers niet



te demotiveren door de indruk te wekken dat er vanuit het management geen interesse en tijd is voor de veranderingen.

Ten derde wordt door deze betrokkenheid vanuit het management en door teamleiders, afdelingen en poliklinieken gebruik gemaakt van *reminders*: getracht wordt de aandacht voor de veranderde werkwijze of vaardigheid niet te laten verslapen door middel van het voortdurend attentie vragen hiervoor. Zo wordt bijvoorbeeld informatie verstrekt in het personeelsblad en op intranet en wordt teruggesproken op de huidige stand van zaken binnen het project en rondom te behalen doelen in bijvoorbeeld werkoverleg.

Vervolgens wordt vanuit de organisatie ook actief ingespeeld op weerstand die bestond, en soms bestaat, tegen de veranderingen die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt. Dit vraagt om een succesfactor die niet in de literatuur over borgen als eindpunt is benoemd, maar wel terugkomt in de theorie over dynamisch borgen, literatuur over motivatiemiddelen en in de interviews, namelijk het faciliteren in tijd, middelen, ruimte en personeel. Hieraan wordt reeds vorm gegeven door bijvoorbeeld extra personeel aan te stellen en personen vrij te stellen van bepaalde werkzaamheden. Hiermee geeft het Ziekenhuis St. Jansdal geen inhoud aan de direct financiële interventies als succesfactor: medewerkers wordt indirect geld gegeven in de vorm van de zojuist genoemde extra tijd, middelen, ruimte en personeel. Tenslotte wordt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal ook vorm gegeven aan het vervangen van taken en delegeren van besluitvorming; deze zijn verder uitgewerkt onder dynamisch borgen.

Er is ook een aantal succesfactoren te noemen waarover onduidelijkheid bestaat, die verbeterd kunnen worden en waaraan (nog) niet wordt voldaan. De eerste mogelijkheid 'waarover onduidelijkheid bestaat' is van toepassing op educatieve strategie: binnen het Ziekenhuis St. Jansdal wordt geleerd door de gehele afdeling of polikliniek òf door een projectgroep die de resultaten later verspreid naar de afdeling of polikliniek. Er is uit het onderzoek niet duidelijk geworden of deze leergroepen te omvangrijk zijn om te kunnen worden aangemerkt als 'kleine, interactieve groepen met actieve participatie' (Grol & Grimshaw 2003:1227). Hier kan dan ook niet eenduidig worden geconcludeerd of aan deze succesfactor al dan niet wordt voldaan.

De tweede optie 'verbeterd kunnen worden' is van toepassing op communicatie: binnen het Ziekenhuis St. Jansdal wordt het belang van goede communicatie erkend en getracht hieraan invulling te geven. Zo worden deelnemers aan de projecten goed op de hoogte gehouden over de stand van zaken rond Sneller Beter. Communicatie wordt tevens gebruikt om weerstand in te perken door aandacht te besteden aan ondervonden problemen en vanuit deze dialoog hierop in te spelen middels, bijvoorbeeld, facilitatie. Uit zowel subparagraaf 5.1.1 als 5.2.1 is echter gebleken dat de invulling die aan communicatie gegeven wordt, verbeterd kan worden. Medewerkers die niet direct bij de projecten betrokken zijn, ontvangen onvoldoende informatie over Sneller Beter.

De derde mogelijkheid 'waaraan (nog) niet wordt voldaan' geldt ten eerste voor afdelingsoverstijgende (team)samenwerking. Projecten worden op dit moment alleen uitgevoerd binnen de eigen afdeling of polikliniek. De veranderingen die deze projecten met zich meebrengen, kunnen gevolgen hebben voor andere organisatieonderdelen. Hier wordt op dit moment binnen het Ziekenhuis St. Jansdal geen rekening mee gehouden.

Tenslotte is vanuit het Ziekenhuis St. Jansdal ook geen invulling gegeven aan massamedia campagnes als laatste succesfactor. Deze factor wordt wel ten uitvoer gebracht door de centrale organisatie van Sneller Beter.

### Dynamisch borgen

Binnen het Ziekenhuis St. Jansdal is nog weinig ingespeeld op succesfactoren die horen binnen dynamisch borgen. De enige factor die in de theorie is genoemd en die reeds uitgebreid in praktijk is gebracht, is het decentraliseren van verantwoordelijkheden. Uit de analyse is naar voren gekomen dat participatie van medewerkers ook wordt beschouwd als succesfactor en ook hieraan al invulling is gegeven. Zo wordt de projectgroep voorgezeten door de medisch specialist, komen in principe alle medewerkers in aanmerking voor deelname aan projecten en worden doelen in samenspraak besproken en eventueel bijgesteld.

Aan de gedeelde visie als succesfactor is gedeeltelijk voldaan. Er bestaat een visie binnen het Ziekenhuis St. Jansdal, maar deze leeft met name binnen het management en wordt niet gedeeld door de gehele werkvloer. De ambitie die de strategische top kent om de allerbeste te zijn, ligt niet in de prioriteitenstelling van iedere medewerker. Het merendeel van de werknemers hecht primair waarde aan het leveren van goede zorg; continu veranderen en verbeteren komt hiermee op de tweede plaats.

Ook aan het creëren van communicatiekanalen, teneinde uitwisseling en interpretatie van en discussie over resultaten tot stand te brengen, wordt slechts binnen een paar projecten voldaan. Het merendeel van de projecten in het Ziekenhuis St. Jansdal is echter nog niet in een dusdanig stadium dat communicatiekanalen reeds organisatiebreed kunnen worden gerealiseerd: leren en interpreteren van resultaten gebeurt op dit moment in de projecten binnen de eigen muren van de afdeling of polikliniek. Onduidelijk is hoe hieraan in de toekomst vormgegeven gaat worden.

De waarde die wordt gehecht aan het decentraliseren van verantwoordelijkheden en participatie van medewerkers heeft nog niet geleid tot de vrijheid om te experimenteren met innovatieve acties, veranderingen en verbeteringen op organisatieniveau. Alvorens iets gebeurt op het niveau van de organisatie, moet het danwel worden goedgekeurd door het management danwel als opdracht vanuit het management aan de medewerkers worden gegeven. Dit gebrek aan vrijheid geldt echter niet voor de praktische uitvoer van Sneller Beterprojecten: uit de interviews is gebleken dat de doelen die door het CBO zijn opgesteld, door de medewerkers naar eigen inzicht gerealiseerd mogen worden. Deze autonomie wordt in de volgende deelvraag nader uitgewerkt.

De overige succesfactoren informatieprocedures, motivatie tot continue analyse en verbetering en een leercultuur spelen op dit moment nog geen rol binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. De oorzaak hiervoor ligt in het feit dat binnen de projecten nog onvoldoende tot geen resultaten zijn behaald om hierover te communiceren, om procedures tot stand te brengen voor informatie-uitwisseling en om te leren van resultaten binnen een leercultuur.

#### *§ 6.1.5: Deelvraag 5: Op welke manier worden en/of blijven de medewerkers binnen het Ziekenhuis St. Jansdal gemotiveerd tot het borgen van de veranderde manier van werken die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt?*

In paragraaf 3.3 is betoogd dat motivatie grote invloed uitoefent op de effectiviteit van de andere succesfactoren en het welslagen van Sneller Beter pijler 3. Zonder (intrinsieke) motivatie zullen de medewerkers ten eerste niet de noodzaak voelen (actief) deel te nemen aan de veranderingen die Sneller Beter met zich meebrengt, en tevens niet bereid zijn tot behoud en continue verbetering hiervan. Dit maakt dat aandacht voor en invulling van

andere succesfactoren weinig tot geen effecten opleveren wanneer medewerkers in de eerste plaats al niet gemotiveerd zijn.

Wanneer binnen het Ziekenhuis St. Jansdal wordt gesproken over 'motivatie' als succesfactor, wordt hiermee over het algemeen intrinsieke motivatie bedoeld. De organisatie meent namelijk dat medewerkers bij zichzelf de motivatie moeten vinden danwel hebben om zich in te zetten voor veranderingen en de borging daarvan. Extrinsieke motivatie wordt beschouwd als tijdelijk hulpmiddel om medewerkers aan te zetten tot het verrichten van dergelijke inspanningen.

De literatuur noemt verscheidene middelen om medewerkers te motiveren en/of gemotiveerd te houden, waarbij gebruik kan worden gemaakt van de *agency theory (control)* en het psychologische contract (*commitment*) (Boxall & Purcell 2003:146; Boselie & Paauwe 2002:7). In paragraaf 3.3.1 is gesteld dat voor Sneller Beter pijler 3 het *commitmentsysteem* als best passend kan worden beschouwd. Blijkend uit de interviews wordt aan bepaalde motivatiemiddelen binnen dit *commitmentsysteem* veel waarde gehecht in het Ziekenhuis St. Jansdal. Van enkele is niet duidelijk vast te stellen of ze binnen de organisatie een rol spelen. Deze middelen zijn mobiliteitsbeleid, *job satisfaction* en inzicht in persoonlijke leerstijl.

Een aantal van de overige motivatiemiddelen is reeds besproken als succesfactor, te weten: communicatie, participatie, facilitatie (van leren) vanuit het management, inzicht geven in effecten en het ondersteunen en naleven van de verandering vanuit het management. Deze en andere motivatiemiddelen die het Ziekenhuis St. Jansdal toepast teneinde medewerkers te motiveren en/of gemotiveerd te houden, worden hieronder uitgewerkt.

Ten eerste wordt getracht medewerkers te motiveren door het gezamenlijk stellen van duidelijke (eind)doelen en verwachtingen. Op deze manier weten medewerkers waaraan en waarvoor zij werken en welk doel hun inspanningen dienen; het geeft richting aan hun handelen. Hierbij spelen binnen het Ziekenhuis St. Jansdal autonomie, participatie en communicatie een belangrijke rol: de medewerkers beschikken over de autonomie om de doelen in samenspraak met de deelnemende actoren in te vullen en zonodig bij te stellen. Hierbij wordt tevens gecommuniceerd over ervaren problemen en onduidelijkheden.

Vervolgens, deelname aan en het behalen van resultaten wordt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal op intrinsieke wijze beloond: zo worden er complimentjes uitgedeeld en behaalde resultaten vermeld in bijvoorbeeld 'De Cascade' of op intranet. Er is bewust voor gekozen geen extrinsieke beloning te geven, omdat de medewerker zich moet laten leiden door haar intrinsieke motivatie en begrip van het nut en niet louter door extrinsieke compensatie in de vorm van bijvoorbeeld geld. Door dergelijke intrinsieke beloning tracht het Ziekenhuis St. Jansdal te voorkomen dat het borgingsproces stagneert wanneer de (extrinsieke) beloning van een project stopt.

Problemen met de transfer doen zich nauwelijks voor, aangezien de nieuwe vaardigheden en werkwijzen hoofdzakelijk worden aangeleerd op de afdeling of polikliniek zelf.

Het belang van motiverend leiderschap wordt binnen het Ziekenhuis St. Jansdal erkend. Zij tracht de medewerkers in woord en daad bij te staan bij de veranderingen die Sneller Beter pijler 3 meebrengt. Daarbij streeft zij ernaar op verschillende manieren aan haar medewerkers te laten zien dat ze betrokken is bij en geïnteresseerd is in de stand van zaken binnen het programma. Dit geeft medewerkers het gevoel niet aan hun lot overgelaten te

worden en dat ze, in sommige gevallen samen met de strategische top, tot betere inrichting van de zorg kunnen komen.

#### § 6.1.6: *Probleemstelling*

**“In welke mate zijn binnen het Ziekenhuis St. Jansdal factoren aanwezig voor het succesvol borgen van de projecten behorend bij Sneller Beter pijler 3?”**

Zoals is gebleken uit de analyse, bevinden de projecten binnen het Ziekenhuis St. Jansdal zich nog grotendeels in de fase van het in kaart brengen van de situatie; een aantal afdelingen en poliklinieken is reeds gestart met de daadwerkelijke verandering. Borging is hiermee binnen het Ziekenhuis St. Jansdal dan ook nog niet direct aan de orde, wat echter niet betekent dat aan dit thema geen aandacht wordt besteed. Ter voorbereiding op het moment dat de behaalde doelstellingen en veranderde werkwijzen, vaardigheden en processen geborgd dienen te worden, heeft het Ziekenhuis St. Jansdal zichzelf de vraag gesteld op welke wijze deze borging plaats kan vinden. Hierbij leeft, hoofdzakelijk in het management, het besef dat Sneller Beter pijler 3 vraagt om zowel het vasthouden van de wijzigingen als het continu verbeteren ervan, ofwel om borgen als eindpunt en dynamisch borgen.

Blijkend uit de literatuur is voor deze beide vormen van borgen een aantal succesfactoren te noemen. De analyse wijst uit dat binnen het Ziekenhuis St. Jansdal op dit moment aan een aantal van deze factoren, in meer of mindere mate, invulling wordt gegeven. Deze zijn achtereenvolgens voor borgen als eindpunt:

- feedback;
- reminders;
- vervanging van taken;
- nieuwe werkwijzen inbouwen in en ondersteunen door de zorgorganisatie;
- betrokkenheid van leidinggevenden;
- gedelegeerde besluitvorming;
- motivatie;
- communiceren

Factoren waarin al dan niet in hoge mate aan wordt voldaan om dynamisch borgen tot een succes te maken, zijn:

- communicatiekanalen;
- decentraliseren van verantwoordelijkheden;
- participatie
- gedeelde visie.

De succesfactor motivatie is extra uitgelicht, vanwege haar belang voor het welslagen van de uitvoer en borging van Sneller Beter. Uit de analyse is gebleken dat het Ziekenhuis St. Jansdal veel waarde hecht aan de (intrinsieke) motivatie van haar medewerkers en hieraan op verschillende manier invulling geeft.

Uit de analyse is af te leiden dat binnen bovengenoemde succesfactoren drie continua te onderscheiden zijn. Ten eerste is het continuüm ‘nu versus toekomst’ te noemen: bepaalde factoren spelen nu nog geen of een beperkte rol, maar worden uitgebreid in de toekomst. Andere factoren, zoals decentralisatie, participatie en autonomie, spelen op dit moment binnen Sneller Beter een belangrijke rol in het Ziekenhuis St. Jansdal, maar onduidelijk is welke invulling hieraan in de toekomst zal worden gegeven.

Vervolgens kan worden gesproken over het continuüm 'project versus organisatie'. Uit de analyse is gebleken dat een aantal factoren is gerealiseerd binnen de projecten, maar nog niet binnen de organisatie als geheel. Dit is bijvoorbeeld het geval bij communicatiekanalen. Tevens is uit de analyse over de vijf fasen in borging (§ 5.1.2) gebleken dat de wijze van communicatie, zoals dat op dit moment binnen het Ziekenhuis St. Jansdal is vormgegeven, leidt tot een scheiding tussen afdelingen en poliklinieken die deelnemen aan Sneller Beter en de 'rest van de organisatie' die hierbij niet direct betrokken is.

Ten slotte is sprake van het continuüm 'organisatieniveau versus zorginhoudelijk niveau'. Op het niveau van de organisatie worden ideeën ter vernieuwing geïnitieerd waarbij de praktische uitvoer hiervan in handen ligt van medewerkers op de werkvloer. Tevens is op basis van de analyse vast te stellen, dat onderscheid kan worden gemaakt in factoren die door de strategische top en het management (moeten) worden geregeld en factoren die betrekking hebben op de gang van zaken op de werkvloer, ofwel het zorginhoudelijke aspect. Bij deze eerste groep factoren kan worden gedacht aan het inbouwen en ondersteunen van de verandering door het management. Een voorbeeld bij de tweede groep factoren is het gegeven dat participatie en decentralisatie worden toegestaan vanuit het management, maar uiteindelijk op het zorginhoudelijke niveau ingevuld door de medewerkers op de werkvloer. Een voorbeeld van een succesfactor dat zowel op organisatieniveau als zorginhoudelijk niveau invulling krijgt, is het geven van *reminders*. Het management, de teamleiders en projectmedewerkers geven prikkels om de aandacht voor de veranderingen en voortdurende verbetering niet te laten verslappen.

Uit het onderzoek blijkt vervolgens dat het belang van bepaalde succesfactoren wel wordt erkend, maar dat deze, bewust of onbewust, nog niet in praktijk worden gebracht. Dit zijn voornamelijk de factoren behorend bij dynamisch borgen, waarbij kan worden gedacht aan het ontwikkelen van een leercultuur en de aanwezigheid van motivatie voor voortdurend analyseren en verbeteren van resultaten. Hieraan kan een tweetal oorzaken ten grondslag liggen.

Ten eerste realiseert men zich, zoals gezegd, dat borgen vraagt om verankering van verandering en tevens voortdurende verbetering. Dit betekent echter niet direct dat alle medewerkers beseffen wat het nut hiervan is, de motivatie voelen om hieraan deel te nemen en bereid zijn hun huidige prioriteitenstelling aan te passen teneinde aan deze ambitie deel te nemen.

Een tweede oorzaak ligt in de fase waarin het Ziekenhuis St. Jansdal zich bevindt; verandering gebeurt op een aantal afdelingen en poliklinieken, maar over het algemeen is de aandacht nog hoofdzakelijk gericht op het inzicht krijgen in en accepteren van de (komende) verandering. Het ontbreekt hierdoor aan concrete resultaten die uitgewisseld kunnen worden en waarvan men kan leren. Het creëren van motivatie om voortdurend te analyseren en verbeteren en het ontwikkelen van een leercultuur zijn hiermee nog niet terzake doende.

Kortom: om het borgen van de veranderingen van Sneller Beter pijler 3 te kunnen realiseren, dient nu en in de toekomst rekening te worden gehouden met en ingespeeld te worden op een scala aan factoren. Het succesvol borgen is daarmee makkelijker gezegd dan gedaan.

## § 6.2: Discussie

In deze paragraaf wordt het uitgevoerde onderzoek in twee opzichten kritisch beoordeeld. Ten eerste wordt gereflecteerd op de methodologie die binnen dit onderzoek is gebruikt; vervolgens wordt aandacht besteed aan de theorie waarop het onderzoek is gebaseerd. In beide gevallen wordt aangegeven wat voor- en nadelen zijn en op welke wijze eventuele beperkingen zijn ondervangen.

### § 6.2.1: Discussie omtrent methodologie

Om een antwoord te kunnen formuleren op de probleemstelling, is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst (zie Bijlage I) zijn verschillende respondenten binnen het Ziekenhuis St. Jansdal geïnterviewd om inzicht te krijgen in diens ervaringen met en verwachtingen van Sneller Beter pijler 3 en de borging hiervan. Voordeel van dit gebruik van kwalitatief onderzoek is dat, ter aanvulling op definities en succesfactoren gegeven in het theoretisch kader, ook kennis ontstaat van wat de medewerkers zelf verstaan onder bepaalde termen, wat zij willen bereiken en, minstens zo belangrijk, denken te kunnen bereiken binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Een voorbeeld dat hierbij genoemd kan worden, is het bereiken van eenduidigheid omtrent de definitie van 'borgen'. De literatuur heeft laten zien dat hieraan op twee manieren vorm gegeven kan worden, te weten borgen als eindpunt en dynamisch borgen. Om vast te kunnen stellen welke succesfactoren binnen het Ziekenhuis St. Jansdal een belangrijke rol (kunnen) spelen voor goede borging, is het van belang te weten wat binnen de organisatie onder 'borging' wordt verstaan. Willen zij enkel alle wijzigingen verankeren of streven zij (ook) continu verbeteren na? Afhankelijk van de definitie die wordt gekozen, zijn andere succesfactoren van belang.

Eén van de selectiecriteria waarop de respondenten zijn gekozen, is hun directe danwel indirecte deelname aan Sneller Beter pijler 3. Voordeel is dat de respondenten inhoudelijke kennis van Sneller Beter hebben, hiermee reeds ervaringen hebben opgedaan en over het algemeen verwachtingen hebben ontwikkeld ten opzichte van wijze(n) en mogelijkheden van borging.

De geselecteerde respondenten zijn voornamelijk werkzaam in het management binnen het Ziekenhuis St. Jansdal; dit varieert van het niveau van Raad van Bestuur tot hoofd van een afdeling of polikliniek. Tijdens de analyse is gebleken dat binnen dit management wel degelijk opvattingen bestaan over hoe Sneller Beter zou moeten lopen en geborgd zou moeten worden. Echter, door het beperkte aantal geïnterviewde respondenten op de werkvloer zelf, ontstond het risico dat bescheiden inzicht ontwikkeld zou worden in de wijze waarop dit mogelijk is in de dagelijkse praktijk en de wijze waarop al deze veranderingen worden ontvangen door de medewerkers op de werkvloer. Antwoorden vanuit het management bleven met regelmaat, doch zeker niet altijd, hangen op 'het zou...', 'het beste is...' en dergelijke. Om dit te ondervangen, zijn dergelijke opmerkingen gekoppeld aan theorie en aan de uitspraken van de vijf respondenten die direct op de werkvloer functioneren. Deze respondenten zijn achtereenvolgens doktersassistente MDL, internist/intensivist, teamleider Traumatologie, Oncologie en Algemene Chirurgie, teamleider Poliklinieken en projectmedewerker Sneller Beter. Op deze manier zijn de geselecteerde respondenten en diens uitspraken wel degelijk als relevant voor dit onderzoek te

beschouwen en is het toch mogelijk de resultaten te generaliseren naar de gehele populatie binnen het Ziekenhuis St. Jansdal.

Het Ziekenhuis St. Jansdal heeft de vraag neergelegd op welke wijze zij de veranderingen van Sneller Beter pijler 3 succesvol kan borgen, waarbij hoofdzakelijk aandacht werd gevraagd voor de (intrinsieke) motivatie van medewerkers. Het analyseren van de interviews creëerde de vraag of deze motivatie werkelijk de grootste succesfactor is om borging tot een succes te maken. Dit leidde tot enige onduidelijkheid: moest worden vastgehouden aan de oorspronkelijke indeling van borgen en middelen ter motivatie of zou uitgebreider onderzoek naar andere succesfactoren leiden tot een bruikbaar stuk voor het Ziekenhuis St. Jansdal? Uiteindelijk is besloten nogmaals de literatuur door te spitten op zoek naar andere factoren. Want om al dan niet te kunnen bevestigen of motivatie de grootste succesfactor is, is kennis van andere factoren vereist om het St. Jansdal goed te kunnen adviseren in de meest passende wijze van succesvol borgen.

Ten slotte, de aanbevelingen en uitspraken die in deze scriptie zijn gedaan, zijn gericht op de situatie van Sneller Beter pijler 3 binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Het is goed mogelijk en waarschijnlijk dat binnen dit ziekenhuis andere inspanningen buiten de Sneller Beterprojecten worden geleverd en andere succesfactoren worden gebruikt om de patiëntlogistiek- en veiligheid te verbeteren. Omdat dit buiten de scope van dit onderzoek (Sneller Beter pijler 3) valt, is hier verder niet op ingegaan.

#### § 6.2.2: *Discussie omtrent theorie*

Het borgen van veranderingen die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt, staat in deze scriptie centraal. Aanvankelijk was de aandacht hierbinnen hoofdzakelijk gericht op de (intrinsieke) motivatie van medewerkers. Zoals zojuist aangegeven, is gedurende het onderzoek besloten het theoretisch kader uit te breiden met andere, mogelijk relevante, succesfactoren voor borging binnen het Ziekenhuis St. Jansdal. Tijdens dit tweede deel van de literatuurstudie is gebleken dat in de theorie zeer weinig te vinden is over borging. Om dit gebrek te ondervangen, is gezocht naar aanvullende literatuur over veranderings- en implementatieprocessen. Hierin zijn namelijk factoren vermeld die leiden tot het uiteindelijke behoud danwel continu verbeteren van de veranderingen en/of innovaties. Vanuit deze theorieën is dan ook een lijn getrokken naar succesfactoren voor borging.

Het is hierbij van belang op te merken dat in deze scriptie niet wordt gepretendeerd een uitputtend overzicht aan succesfactoren te geven; wanneer men nogmaals en eventueel middels andere zoekmethoden de literatuur doorneemt, is het mogelijk dat aanvullende factoren kunnen worden aangedragen. Ditzelfde geldt voor de genoemde motivatiemiddelen in subparagraaf 3.3.2: het overzicht van motivatie-instrumenten is niet volledig. De kennis omtrent Human Resource Management, arbeidsprestatie en motivatie is dusdanig omvangrijk dat in deze scriptie een selectie is gemaakt. Zoals aangegeven (§ 3.3.2), is binnen Sneller Beter pijler 3 het *commitment HR system* van belang, vandaar dat in de literatuur is gezocht naar bijbehorende motivatiemiddelen. Daarbinnen is geselecteerd op middelen die in verscheidene bronnen zijn aangemerkt als motiverend.

Vervolgens, in de literatuur zijn twee vormen van borgen genoemd, namelijk borgen als eindpunt en dynamisch borgen. Omtrent de eerste vorm is, mede dankzij Grol & Wensing (2001), inzicht ontstaan in de stappen die doorlopen worden alvorens een organisatie komt

tot de verankering in organisatie en individu. Echter, voor het dynamisch borgen ontbreekt kennis over dergelijke stappen. Dit leidt tot vragen over de wijze waarop men in een organisatie tot continu verbeteren komt. Is dit net zo statisch als de indeling die Grol & Wensing (ibid.) geven, wordt hierbij hetzelfde proces doorlopen of geldt voor dynamisch borgen een geheel ander proces? Op deze vragen zijn, door het gebrek aan uitgebreide literatuur over dynamisch borgen, (nog) geen antwoorden gevonden.

Ten slotte, zoals blijkt uit het theoretisch kader, vraagt Sneller Beter pijler 3 om gebruik van het *commitmentsysteem* om medewerkers te motiveren. Participatie, decentralisatie en persoonlijke ontwikkeling zijn hierbij van belang, omdat de mensen op de werkvloer beschikken over de benodigde kennis en ervaring. Hierbij ondersteunt het management, stuurt zij medewerkers aan, heeft zij vertrouwen in haar medewerkers en draagt zij zorg voor een uitstraling van ondersteuning en verbondenheid. De analyse (§ 5.3) wijst uit dat ook het Ziekenhuis St. Jansdal grote waarde toekent aan dit systeem en bijbehorende termen ter motivatie van haar medewerkers en succesvolle borging van Sneller Beter. De vraag die hierbij echter kan worden gesteld, is of daadwerkelijk zo eenduidig kan worden gekozen voor alléén het *commitmentsysteem* als best passend binnen Sneller Beter pijler 3. Ligt het niet méér voor de hand een systeem te kiezen dat een optimale mix kent tussen *control* en *commitment*? Uit het geven van participatie, decentralisatie en persoonlijke ontwikkeling blijkt dat het management, zoals binnen het Ziekenhuis St. Jansdal, vertrouwen heeft in haar medewerkers; is dat terecht of zijn in sommige gevallen formele regels, verplichtingen, centrale aansturing en/of direct toezicht juist van belang? Wanneer in het Ziekenhuis St. Jansdal bijvoorbeeld alle aansturing en supervisie wordt gedecentraliseerd naar de medewerkers, is het risico aanwezig dat de afdelingen en poliklinieken enkel voor zichzelf streven naar verandering, verbetering en vernieuwing; dit als gevolg van de eilandenstructuur die op dit moment aanwezig is in de organisatie. Coördinatie van en afstemming tussen de verschillende projecten is hiermee niet gegarandeerd. Daarbij, het decentraliseren van taken en verantwoordelijkheden kent het risico dat medewerkers niet in staat zijn deze over te nemen en uit te voeren. Uiteindelijk zijn actoren in het management opgeleid om een organisatie, clusters of afdelingen/poliklinieken aan te sturen; mensen op de werkvloer hebben deze opleiding niet genoten.

Kan er eigenlijk van worden uitgegaan dat medewerkers zelf in staat en bereid zijn, voortdurend te zoeken naar verbeteracties? Uit de analyse in Hoofdstuk 5 is namelijk gebleken dat naleving, aansturing (bijvoorbeeld door projectcoördinatoren en projectmedewerkers in projectgroepen) en ondersteuning vanuit de strategische top en het management wel degelijk van belang zijn om medewerkers te stimuleren tot deelname, borging en continue verbetering. Dezelfde motiverende werking gaat uit van de resultaten en effecten van de geleverde inspanningen die door het management en de teamleiders inzichtelijk worden gemaakt.

Tevens gaat het *commitmentsysteem* ervan uit dat management en medewerkers hetzelfde doel nastreven en medewerkers behoefte hebben aan participatie; uit de analyse blijkt echter dat dit, in ieder geval binnen het Ziekenhuis St. Jansdal, niet voor iedere situatie geldt.

Hoewel de voorbeelden die hier gebruikt worden lichtelijk gechargeerd zijn, dienen ze ter illustratie dat alleen invulling geven aan het *commitmentsysteem* niet het antwoord hoeft te zijn op de vraag welke rol medewerkers spelen in Sneller Beter en hoe zij tot deelname



gemotiveerd kunnen worden. Dat alleen *control* als systeem ook niet passend is voor dit programma, is reeds betoogd in subparagraaf 3.3.1.

Het is zeer zeker mogelijk dat de ene organisatie wel enkel een *commitments* systeem behoeft om te motiveren, waar de andere organisatie juist behoefte heeft aan *commitment* in combinatie met, in meer of minder beperkte mate van, *control*. Wellicht is het dan ook beter om per Sneller Beterziekenhuis na te gaan wat de best passende mix is tussen *commitment* en *control* om te komen tot het best passende systeem.

### § 6.3: Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor het Ziekenhuis St. Jansdal en voor verder onderzoek.

#### Communicatie

Communicatie is nu nog hoofdzakelijk gericht op het verstrekken van informatie over de huidige stand van zaken en toekomstplannen, en dan met name aan actoren die actief zijn binnen Sneller Beter pijler 3. Uit de analyse is echter gebleken dat ook de medewerkers die hierbij niet direct betrokken zijn, op de hoogte gehouden zouden willen worden. Op dit moment ervaren zij de informatie die zij ontvangen onder andere als onvoldoende of onvoldoende interessant. Hier kan geadviseerd worden om meer aandacht te besteden aan deze groep medewerkers die niet direct bij Sneller Beter binnen het Ziekenhuis St. Jansdal betrokken is.

Hierbij is het wel van belang in ogenschouw te nemen dat communicatie in dit stadium van het programma moeilijk kan zijn: er zijn weinig (aansprekende) resultaten en geen doelen behaald, waarover kan men communiceren. Dit zou kunnen worden opgelost door meer gebruik te maken van persoonlijke communicatie waarin uitgebreid wordt gesproken over ervaringen met het project en wordt afgeweken van het idee dat enkel behaalde resultaten en doelen het vermelden waard zijn. Juist ook inzicht in ervaringen met obstakels, creatieve oplossingen het bijstellen van doelen kunnen interesse wekken in het programma. Tevens kan deze informatie kennis geven of uitbreiden over wat (deelname aan) Sneller Beter betekent voor het eigen werk en de gang van zaken in de organisatie. Op dit moment wordt voornamelijk gebruik gemaakt van het personeelsblad en intranet. Maar juist in bijvoorbeeld teamoverleg kan worden uitgelegd waarom bepaalde medewerkers nog weinig horen over de voortgang van Sneller Beter, kunnen onduidelijkheden worden aangepakt en ontevredenheid over bijvoorbeeld de informatievoorziening worden weggenomen.

Borging van de veranderingen die Sneller Beter pijler 3 met zich meebrengt, vraagt om een andere invulling van communicatie: het dient dan om te kunnen leren van elkaar, inzicht te krijgen in ervaringen en strubbelingen en verspreiding van nieuwe werkwijzen en vaardigheden. Om dit te kunnen bewerkstelligen, strekt het ter aanbeveling reeds aandacht te besteden aan de huidige eilandestructuur. Afdelingen en poliklinieken werken voor zichzelf; hierbij wordt weinig tot geen rekening gehouden met hetgeen, binnen soortgelijke projecten, op andere afdelingen en poliklinieken wordt uitgevoerd. Evenmin wordt stilgestaan bij de effecten die hun werkzaamheden en veranderingen voor andere organisatieonderdelen opleveren. Maar om te kunnen leren van en aan elkaar, is het advies om te stimuleren dat afdelingen en poliklinieken verder kijken dan de eigen grenzen en openstaan voor hetgeen elders plaatsvindt en wordt geleerd. Men kan hieraan vormgeven

door bijvoorbeeld reeds op dit moment, in de fases vóór de daadwerkelijke borging, te starten met het verspreiden van mogelijk behaalde resultaten en met het uitwisselen van ervaringen en verwachtingen.

### Motivatie

Uit de analyse is gebleken dat nog niet iedere medewerker de motivatie en het nut voelt om actief mee te werken aan de activiteiten die binnen Sneller Beter pijler 3 uitgevoerd dienen te worden. Het Ziekenhuis St. Jansdal hecht veel waarde aan motivatie, blijkend uit het feit dat het intrinsieke motivatie als belangrijkste succesfactor voor borgen beschouwt (§ 5.1.2) en dat aan verschillende motivatiemiddelen invulling wordt gegeven (§ 5.3). De aanbeveling hier is deze inspanningen gericht op motivatie niet te laten verslappen; op deze manier kan men nieuwe motivatie creëren en bestaande motivatie behouden.

Door het belang dat wordt toegekend aan intrinsieke motivatie, is het voor de strategische top welhaast een vanzelfsprekendheid geen extrinsieke beloning voor geleverde inspanningen binnen Sneller Beter pijler 3 te verstrekken. Uit de analyse is gebleken dat op de werkvloer deze opvatting niet altijd wordt gedeeld: extra belonen in de vorm van bijvoorbeeld geld wordt door de medewerkers in sommige gevallen wel degelijk als motiverend instrument beschouwd. Hier wordt aanbevolen, middels (persoonlijke) communicatie, overeenstemming te bereiken over wijzen om medewerkers te belonen voor hun inzet binnen het betreffende project.

Dit leidt tot het laatste punt: binnen het Ziekenhuis St. Jansdal ligt de aandacht voor motivatie eenzijdig bij intrinsieke motivatie, terwijl medewerkers ook zeker op andere manieren gemotiveerd kunnen raken. Bovendien wordt niet iedere werknemer op dezelfde manier gemotiveerd. Wanneer een medewerker wil groeien in de organisatie zijn andere zaken motiverend dan een medewerker die enkel werkt om te kunnen voorzien in levensonderhoud. Luister daarom goed naar de medewerkers en pas de motivatiebenadering aan het op het betreffende individu. Tevens is het van belang te realiseren dat demotivatie niet altijd te voorkomen en/of, op korte termijn, op te lossen is.

### Metingen

(Nul)Metingen worden op dit moment binnen de afdelingen en poliklinieken succesvol uitgevoerd. Geadviseerd wordt om deze metingen uit te blijven voeren, aangezien inzicht in resultaten door respondenten is aangedragen als succesfactor. Op deze manier ontstaat kennis van effecten van de geleverde inspanningen, van de stand van zaken en van mogelijke verbeterpunten. Maar daarbij zijn de metingen ook succesvol gebleken om begrip en acceptatie tot stand te brengen en vormen dus een goed instrument voor communicatie over resultaten. Door kwantitatief inzicht te geven in de huidige werkzaamheden, kan twijfel worden gecreëerd over of dit de enige juiste en beste werkwijze is. Op deze manier kunnen dergelijke (nul)metingen inzicht geven in de noodzaak van veranderingen en daarmee motivatie tot stand brengen om deel te nemen aan de activiteiten behorend bij Sneller Beter.

### Ervaringen medewerkers op de werkvloer

Zoals aangegeven in de discussie bevinden veel van de respondenten zich in de managementlaag van het Ziekenhuis St. Jansdal. Hoewel ook een aantal respondenten is gesproken die direct bij de werkvloer betrokken zijn, kan het interessant zijn voor het ziekenhuis na te gaan hoe Sneller Beter pijler 3 leeft onder de overige medewerkers op de

werkvloer. Op deze manier ontstaat inzicht in welke, zowel positieve als negatieve, ervaringen zij opdoen met de projecten en haar bijbehorende veranderingen. Daarbij krijgt de organisatie kennis van de visie die medewerkers hebben op een gewenste toekomst en kan bekend worden wat oorzaken zijn van de verschillen in prioriteitenstelling. De organisatie kan hiervan leren en hierop inspelen, teneinde de betrokkenheid bij de (komende) wijzigingen in de dagelijkse praktijk te vergroten.

Hierbij is het van belang op te merken dat het voor deze inventarisatie niet enkel medewerkers hoeft te betreffen die direct betrokken zijn bij Sneller Beter pijler 3. Ook degenen die hier (nog) niet in de dagelijkse praktijk mee te maken hebben, kunnen veranderingen ervaren, interessante ideeën hebben en op de hoogte gehouden willen worden. Het is dan ook van belang aan deze groep medewerkers voldoende aandacht te besteden.

### Vervolgonderzoek

Verder onderzoek zou gericht kunnen zijn op leren van eerste trancheziekenhuizen en tevens op het leren en uitwisselen van ervaringen met (soortgelijke) tweede trancheziekenhuizen.

In dit onderzoek is gezocht naar succesfactoren die het Ziekenhuis St. Jansdal in acht moet nemen danwel tot goede borging kunnen leiden. Dit ziekenhuis vormt één van de ziekenhuizen die als tweede lichting zijn gestart met Sneller Beter pijler 3. Dit betekent dat er reeds eerder een groep ziekenhuizen is begonnen met dit programma. Het is wellicht mogelijk te leren van hun ervaringen en inspanningen met het borgen van veranderde werkwijzen, vaardigheden en processen.

Aangezien in de literatuur niet uitgebreid wordt gesproken over succesfactoren specifiek gericht op borgen, is het interessant eenzelfde onderzoek uit te voeren in een soortgelijk ziekenhuis als het Ziekenhuis St. Jansdal. Hierdoor ontstaat namelijk kennis van overeenkomsten en verschillen tussen de tweede trancheziekenhuizen die trachten de veranderingen te borgen en ontstaat tevens uitgebreider inzicht in wat reëel is te verwachten van borging van Sneller Beter pijler 3. Dit vergroot eveneens de externe validiteit van dit onderzoek.

## Literatuurlijst

- Argyris, C. 1991. 'Teaching smart people how to learn'. *Harvard Business Review*, May-June:5-15.
- Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede. 1995. *Basisboek Methoden en Technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten:Stenfort Kroese.
- Balogun, J. & V. Hope Haily. 1999. 'Analyzing the change context: the change kaleidoscope'. *Exploring Strategic Change*. Harlow:Prentice Hall.
- (Berg, M.) 2001. *Kaf en koren van kennismanagement: Over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van professionals*. Rede. [Internet]. Berg, M. 01-03-2001, [aangehaald op 11-02-2006].
- Boselie, P. & J. Paauwe. 2002. 'Het geheim ontrafeld? Een bijdrage van Strategisch Human Resource Management aan prestatieverbetering'. *M&O* (3):5-24.
- Boxall, P. & J. Purcell. 2003. *Strategy and Human Resource Management. Chapter 7: Managing individual performance and development*. Hampshire/New York: Palgrave MacMillen.
- Cozijnsen, A.J. 1987. 'Omgaan met weerstand'. In: Cozijnsen, A.J. & W.J. Vrakking. 1987. 'Inleiding in de organisatiewetenschappen' In: Bal, R.A. 2004. 'Reader Veranderen en Vernieuwen. Bachelor 3 2004-2005'. 163-168. Rotterdam:Erasmus Shop.
- Creswell, J.W. 2003. *Research Design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks:SAGE Publications.
- Dijk, J. & J.K. van Pool. 1999. *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, Deel 1. Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*. Houten,Diegem:Bohn Stafleu Van Loghum.
- (Dücker, M. & C. Wagner) 2005. *Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3. Inventarisatie van de mate waarin de opzet van het programma Sneller Beter pijler 3 voldoet aan eisen ontleend aan literatuur*. [Internet] Nivel, 2005 [aangehaald op 29-06-2006]  
bereikbaar op  
<http://www.nivel.nl/pdf/Ex-ante-evaluatie-Sneller-Beter-pijler-3-2005.pdf>
- Finlay, P. 2000. *Strategic Management: An introduction to Business and Corporate Strategy*. Harlow:FT Prentic Hall Financial Times.
- Grol, R. & J. Grimshaw. 2003. 'From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care'. *The Lancet* 362:1225-1230.
- Grol, R. & M. Wensing. 2001. *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen:Elsevier gezondheidszorg.
- Koene, B. & J. Paauwe. 1999. 'Vertrouwen in situaties van verandering'. *M&O* 53 (5):43-56.
- Kotter, J.P. 1998. 'Leading Change: Why transformation efforts fail'. *Harvar Business Review on Change*. Boston:Harvard Business School Press.
- (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, instituut BMG & Orde van Medisch Specialisten) 2004. *Programma Sneller Beter Pijler 3, Samenvatting*. [Internet] Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, instituut BMG & Orde van Medisch Specialisten, 2004 [aangehaald op 11-02-2006]

bereikbaar op

[http://www.ysl.nl/Data/Nieuwe\\_site/SnellerBeter\\_pub/Samenvatting\\_SB.pdf](http://www.ysl.nl/Data/Nieuwe_site/SnellerBeter_pub/Samenvatting_SB.pdf)

- Man, H de. 2003. 'Defensief gedrag in organisaties doorbreken'. *M & O* 57 (2):5-16.
- Meijer, H. 2005. *Van fouten kun je niet leren*. [Internet] Meijer, H., 2005 [aangehaald 20-01-2006]  
bereikbaar op [www.managementenconsulting.nl](http://www.managementenconsulting.nl)
- (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) 2002. *Kwaliteit van zorg*. [Internet] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 04-12-2002 [aangehaald 11-02-2006]  
bereikbaar op [http://www.minvws.nl/images/2340727\\_tcm10-17457.pdf](http://www.minvws.nl/images/2340727_tcm10-17457.pdf)
- (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) 2005. *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. [Internet] Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 11-2005 [aangehaald 11-02-2006].  
bereikbaar op [http://www.hulpguids.nl/wetten/wet\\_kwaliteitzorg.htm](http://www.hulpguids.nl/wetten/wet_kwaliteitzorg.htm)
- Pool, J.K. van & J. Dijk. 1999. *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, Deel 2. Ontwikkeling en dure inzetbaarheid van personeel*. Houten,Diegem:Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pool, J.K. van & J. Dijk. 1999. *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, Deel 3. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven*. Houten,Diegem:Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schouten, L. 2004. 'De achilleshiel van de doorbraakprojecten: verspreiding van resultaten en opgedane kennis stagneert'. *Medisch contact* 59 (42):1642-1644.
- Segers, J. & J. Hutjes. 1999. 'De gevalsstudie'. 339-366 In: Segers, J. 1999. *Methoden voor de Maatschappijwetenschappen*. Assen:van Gorcum.
- (Sneller Beter) 2003. *Sneller Beter*. [Internet] Sneller Beter, 2003 [aangehaald op 11 & 12-02-2006]  
bereikbaar op [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)
- Swanborn, P.G. 1993. *Methoden van social-wetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam:Boom Meppel.
- Vosselman, E.G.J. 1996. *Ontwerp van 'management control' systemen. Een economische benadering*. Deventer:Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Wijngaarden, J. van & A. de Bont e.a. 2006. *Corporation in Care: Integration of care networks by steering, coordination and learning. Chapter 5: Learning enablers in care networks for developing and sustaining integrated care*. Rotterdam:Erasmus Universiteit.

## Bijlage I: Topiclijst

### Functie

1. Wat is uw functie binnen het Ziekenhuis St. Jansdal?
2. Hoe lang bent u werkzaam binnen het Ziekenhuis St. Jansdal?
3. Wat is uw functie/rol bij het programma Sneller Beter binnen het Ziekenhuis St. Jansdal?

### Sneller Beter pijler 3

1. Wat is de aanleiding/reden geweest voor het Ziekenhuis St. Jansdal om deel te nemen aan Sneller Beter pijler 3? (noodzaak om te veranderen?)
2. Wat was uw reactie op deelname aan het programma? (weerstand, enthousiasme, nieuwsgierig)

### Borgen

1. Wat verstaat u onder borgen?
  2. Wat wilt u vasthouden/behouden van Sneller Beter wanneer het programma in het Ziekenhuis St. Jansdal stopt?
  3. Wat is volgens u noodzakelijk om borgen mogelijk te kunnen maken, dus om hetgeen vast te houden dat is bereikt/geleerd? (communicatie, leiderschap, geen weerstand, leren)
  4. Wordt in het Ziekenhuis St. Jansdal al gewerkt aan borging?
  5. Verwacht u obstakels in het borgen van de veranderingen? (onduidelijk communicatie- en informatielijnen; botsing in autonomie, verantwoordelijkheid; te weinig animo voor verandering; weerstand)
  6. Een mogelijk obstakel is weerstand (onvrede met de veranderingen die Sneller Beter met zich meebrengt): is iedereen in de organisatie bereid mee te werken aan Sneller Beter?
  7. Zo niet, wat is de oorzaak hiervan?
  8. Zo niet, op welke wijze wordt in het Ziekenhuis St. Jansdal omgegaan met weerstand? (open communicatie, feedback)
- 
1. Hoe zijn uw ervaringen met het deelnemen aan Sneller Beter tot dusver, en waarom? (nut, plezier, teveel werk)
  2. Heeft Sneller Beter al veranderingen met zich meegebracht?
    - a. Zo ja, welke?  
(zichtbaar: andere overlegvormen, vaardigheden of  
onzichtbaar: andere normen, waarden, andere/meer verantwoordelijkheden, omgangsvormen)
    - b. Zo ja, hoe ervaart u deze veranderingen?
  3. Wat wil het Ziekenhuis St. Jansdal bereiken met Sneller Beter? (einddoel/visie)
  4. Wat is uw mening over deze doel(en)? (duidelijk, teveel, te weinig)
  5. Op welke manier(en) is dit doel bekend gemaakt aan de mensen in het Ziekenhuis St. Jansdal? (intranet, blaadje, mond-op-mond)
  6. Heeft u het gevoel dat de doelen die zijn gesteld door Sneller Beter ook daadwerkelijk te realiseren zijn?
  7. Staan er beloningen tegenover het behalen van resultaten/doelen?
  8. In hoeverre stimuleert dit doel tot het verlenen van medewerking aan het programma?
  9. Ontvangt u informatie over de stand van zaken, zoals het behalen van doelen/resultaten?
  10. Zo ja, hoe wordt dat gedaan?
  11. Wat is daarbij de beoogde doelgroep? (door middel van intranet, blaadjes, tijdens overleg)

12. Wat is het beste moment om resultaten terug te koppelen?

1. Welke ondersteuning wenst u vanuit het management te ontvangen/geven in het borgen van resultaten? (motivatie, ondersteunen in leren, vertrouwen, goede begeleiding)
  2. Stuurt de leiding aan op het motiveren tot meewerken aan Sneller Beter?
  3. Zo ja, hoe? (daagt ze uit achter de nieuwe werkwijzen te staan; heeft het management een duidelijke visie en doelen voor ogen t.a.v. Sneller Beter?)
  4. Houdt het management rekening met normen en waarden die van belang zijn voor de medewerkers? (openheid, eerlijkheid, betrokkenheid, *empowerment*)
- 
1. Worden werknemers actief betrokken bij (belangrijke) beslissingen inzake Sneller Beter? (*empowerment* / participatie)
  2. Wat heeft de invoer van, deelname aan en uitvoer van Sneller Beter(projecten) betekend voor uw functie, autonomie, verantwoordelijkheid, taken e.d.
  3. Hoe ervaart u deze verandering(en)?
- 
1. Zijn er mogelijkheden gecreëerd om de nieuwe vaardigheden aan te leren die Sneller Beter met zich meebrengt? (training, lezingen, intranet)
  2. Wordt er geleerd van de uitkomsten die door Sneller Beter worden behaald? (reageren op resultaten, feedback, verbeteren van uitkomsten)
  3. Hoe wordt dit leren ervaren? (motiverend, betrokkenheid bij de verandering, ontwikkelingsmogelijkheden)
  4. Voelen de nieuwe werkwijzen al als 'eigen'?
  5. Wordt buiten de projecten nog op de oude manieren gewerkt?

### Bijlage II: Organogram Ziekenhuis St. Jansdal

