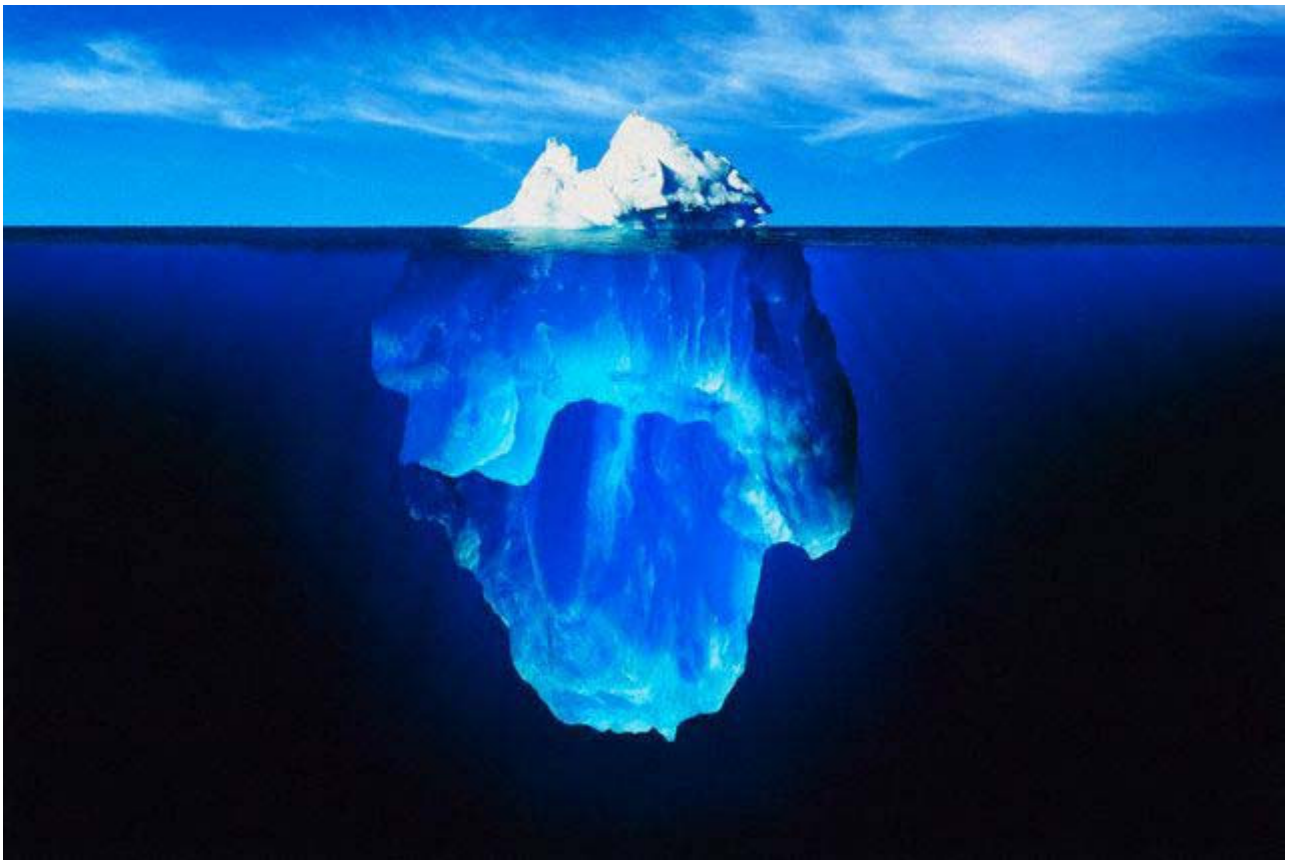


# Onder het topje van de ijsberg

*Het onbewust vernieuwend leervermogen  
bij procesherinrichting van ziekenhuizen*



**Door Annemieke den Hertog**

*Rotterdam, 18 juni 2007*

# Onder het topje van de ijsberg

*Het onbewust vernieuwend leervermogen  
bij procesherinrichting van ziekenhuizen*

**Datum** : 18 juni 2007

**Auteur** : Annemieke den Hertog  
Studentnummer : 296858ah

**Onderwijsinstelling** : Erasmus Universiteit Rotterdam  
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Opleiding : Master Zorgmanagement  
Afstudeerrichting : De rol van het onbewuste in  
veranderingsprocessen in de zorg  
Afstudeerbegeleider : Drs. Anne Marie Weggelaar-Jansen MCM  
Meelezer : Dr. Anne Goossensen

## Voorwoord

Deze scriptie is het eindresultaat van mijn afstudeeronderzoek voor de Master Zorgmanagement van het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG) van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.

Ik wil graag enkele mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze scriptie.

Dat is allereerst mijn afstudeerbegeleider van iBMG, Anne Marie Weggelaar-Jansen. Haar grote kennis over het onbewuste van de mens, haar kritische vragen en opmerkingen en de opbouwende feedback hebben bijgedragen aan de verdieping in deze scriptie. Anne Goossensen, meelezend docent van het iBMG, wil ik bedanken voor het lezen en beoordelen van mijn onderzoeksvoorstel en scriptie.

Ook wil ik de contactpersonen van de drie ziekenhuizen bedanken: Ruth Goedegebuure (stafmedewerker in het Mesos Medisch Centrum in Utrecht), Sietske Huizer (projectmedewerker van Sneller Beter in het ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk) en Wilma Bos (projectmedewerker van het Chirurgisch Behandelcentrum in het UMC Utrecht). Ik heb het contact met de contactpersonen als heel plezierig en prettig ervaren. Zij maakten het mogelijk dat ik alle onderzoeksdata kon verzamelen die ik nodig had. Ik vond het leerzaam en inspirerend om een kijkje te nemen in de drie verschillende ziekenhuizen. Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken voor hun openheid tijdens de interviews en de waardevolle informatie die zij mij daardoor hebben gegeven.

Ook bedank ik hier Diana van de Poll. Zij heeft deze scriptie in de laatste week zorgvuldig en kritisch bekeken op taalfouten en leesbaarheid. Dank je wel voor de tijd die je erin gestoken hebt. Ik wil Patricia Regieli bedanken voor het controleren van de engelse samenvatting.

Tot slot bedank ik mijn familie en vrienden voor de steun die jullie mij hebben gegeven.

## Samenvatting

Dit onderzoek gaat over het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen in een organisatie. Het onbewust vernieuwend leervermogen bestaat uit twee elementen. Dat is allereerst het vermogen van mensen om te onderzoeken welke invloed het onbewuste heeft op hun gedrag en denken. Daarnaast is dit het vermogen om met dat inzicht het onbewuste te beïnvloeden en te veranderen. In organisatieveranderingen wordt rekening gehouden met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen door ontmoetingen te creëren tussen medewerkers waarin ruimte is voor interactie, dialoog, gedeelde betekenisgeving en reflectie. Vernieuwings- en leerprocessen ontstaan als mensen gebruik maken van hun onbewust vernieuwend leervermogen.

Aanleiding voor dit onderzoek is het feit dat veel veranderingstrajecten mislukken. Oorzaak hiervan is dat veranderstrategieën vaak bestaan uit een rationele en planmatige aanpak, waarbij vooral aandacht is voor het bewust beïnvloeden en veranderen van mens en organisatie. Dit terwijl het gedrag van mensen voor het grootste deel bepaald wordt door onbewust en automatisch gedrag. Het onbewuste heeft invloed op de mens zelf en op de organisatie waarin deze zich bevindt, maar die invloed is onzichtbaar.

In dit onderzoek wordt onderzocht hoe drie Nederlandse ziekenhuizen in hun veranderstrategie voor procesherinrichting rekening houden met de invloed van het onbewuste van de mensen in de organisatie, in de vorm van het onbewust vernieuwend leervermogen. Procesherinrichting is een veranderingstraject waarin het zorgproces georganiseerd wordt in zorgprogramma's voor patiëntengroepen. In het onderzoek worden kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Binnen elk PHI-project hebben interviews en reflectiebijeenkomsten plaatsgevonden met projectleiders, projectbegeleiders en projectteamleden.

In het onderzoek worden vier dilemma's zichtbaar waar de drie ziekenhuizen mee te maken hebben als zij in hun veranderstrategie rekening willen houden met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie. Het eerste dilemma is dat een uitgebreide dialoog over de problemen en oplossingen van de procesherinrichting niet vanzelfsprekend de volle aandacht krijgt, aangezien de zorgprofessionals de prioriteit leggen bij de dagelijkse patiëntenzorg. Een tweede dilemma is dat bij zorgprofessionals soms de sense of urgency ontbreekt, waardoor ze niet intrinsieke motivatie hebben om de problemen en oplossingen in het zorgproces grondig te onderzoeken en te bespreken. Daarnaast hebben de ziekenhuizen een hiërarchische organisatiestructuur waarin veel beslissingen over maatregelen en middelen afhankelijk zijn van een beperkt aantal mensen. Hierdoor wordt ruimte voor zelforganisatie beperkt wat leren en vernieuwen in de weg staat. Tenslotte is het lastig om tegemoet te komen aan de diversiteit van perspectieven en meningen onder de zorgprofessionals, als een hele discipline in de projectbijeenkomst vertegenwoordigd wordt door één persoon. Juist de diversiteit aan meningen en perspectieven dragen bij aan een rijker leerproces.

Dit onderzoek biedt handvatten voor het ontwikkelen van een succesvolle veranderstrategie voor procesherinrichting van ziekenhuizen.

## Summary

This research discusses the unconscious renewing learning ability of people in organizations. Unconscious renewing learning ability consists of two components; the first element is the ability to examine the influence of the unconsciousness on someone's thoughts and behavior. The second component refers to the ability to use the results of the former to influence and adjust the unconsciousness. In organizational change, the unconscious renewal learning ability is stimulated by means of meetings between different people with interaction, dialogues, shared sense-making discussions and shared processes of reflection. Through the use of the unconscious renewing learning ability, learning processes and process renewal arise.

Reasons for this research have been the many unsuccessful transformations in organizational change. Failure is usually caused by the transformation strategy, which is often rational and systematic, and focuses on consciously influencing and changing the thoughts and behaviors of human beings and organizations. However, human behavior largely consists of unconscious and automatic actions. Although the unconscious does influence the human being itself and the organization where one works, the influence itself is invisible.

In this exploration it has been examined to what extent the influence of the unconscious behavior, the unconscious renewing learning ability, has been taken into account in the transformation strategy of process redesign in three Dutch hospitals. Process redesign indicates a transformation of hospital care process in care pathways, which are specified by patient groups. In order to achieve the research objective, a qualitative exploration has been conducted, consisting of a couple of interviews and reflective meetings with project designers, project supervisors and project members of each process redesign project. This research aims to contribute in the development of successful transformation strategies of process redesign in the hospital care.

As a result of this research, four issues have been identified with respect to unconscious renewal learning ability and process redesign.

The first issue relates to a priority problem. Medical specialists consider the patient as their number one priority. Therefore, discussions about possible problems and solutions considering the process redesign are deferred.

Secondly, specialists usually fail to notice the sense of urgency, which result in a lack of intrinsic motivation to profoundly examine the problems and solution in the care process. A third problem refers to the hierarchical structure of the hospital. Just a few people have formal competence about decisions related to activities and resources. This results in limited self-organization, with limited possibility for processes of learning and renewal.

The last issue concerns difficultness in meeting the variety and diversity of opinions and points of views of everybody involved in the redesign process, especially, when taking into consideration that most specialties are represented by only one person. Especially the diversity of opinions and point of views stimulates a rich process of learning.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>1</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>2</b>
<b>Summary</b> .....	<b>3</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Theoretisch kader</b> .....	<b>8</b>
1.1 Inleiding.....	8
1.2 Het (on)bewuste van mens en organisatie.....	8
1.2.1 Het (on)bewuste van de mens .....	9
1.2.2 Het (on)bewuste van de organisatie .....	10
1.2.3 Het onbewuste construeren .....	11
1.2.4 Het onbewust vernieuwend leervermogen .....	11
1.3 Lerend vernieuwen.....	12
1.3.1 Definitie .....	12
1.3.2 Theoretische achtergrond.....	13
1.4 Lerend vernieuwen als veranderstrategie .....	14
1.4.1 Veranderstrategieën .....	14
1.4.2 Lerend vernieuwen als veranderstrategie .....	14
1.4.3 Gezamenlijke betekenisgeving .....	16
<b>2. Methoden van onderzoek</b> .....	<b>18</b>
2.1 Inleiding.....	18
2.2 Onderzoekssetting .....	18
2.3 Dataverzameling .....	21
2.4 Data-analyse .....	23
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>24</b>
3.1 Gecreëerde contexten en interventies .....	24
3.2 Barrières en succesfactoren.....	33
3.3 Onbewust vernieuwend leervermogen .....	37
<b>4. Conclusie en discussie</b> .....	<b>39</b>
4.1 Conclusie .....	39
4.2 Discussie.....	43
<b>5. Aanbevelingen</b> .....	<b>47</b>
5.1 Aanbevelingen voor PHI-projecten .....	47
5.2 Aanbevelingen voor nader onderzoek .....	48
<b>Referenties</b> .....	<b>49</b>
<b>Bijlagen</b> .....	<b>51</b>

## Inleiding

De organisatiepraktijk wijst uit dat het veranderen van organisaties een lastige opgave is. In de management- en wetenschappelijke literatuur worden pogingen gedaan om grip te krijgen op datgene wat zorgt voor een succesvol veranderingsproces. Ondanks al de goed doordachte theorieën moeten we na jaren ervaring toch concluderen dat nog steeds het overgrote deel van de organisatieveranderingen mislukt, vroegtijdig vastloopt of niet de beoogde resultaten realiseert (Boonstra 2000:1). De vraag die gesteld kan worden is: hoe komt dat?

Door onderzoekers is vanuit verschillende perspectieven onderzoek gedaan naar oorzaken van deze stagnerende en mislukkende veranderingsprocessen. In de meeste veranderstrategieën wordt gebruik gemaakt van een rationele en planmatige aanpak, waarbij vooral aandacht is voor het *bewust* beïnvloeden en veranderen van mensen en organisaties. In de theorieën over organisatieveranderingen is echter nog weinig bekend over de rol die het *onbewuste* speelt in veranderingen. Dit terwijl het gedrag van mensen voor maar 5% verklaard kan worden door bewust en gepland gedrag en voor 95% door onbewust en automatisch gedrag (Tiggelaar 2005: 19). Het onbewuste en automatische gedrag heeft invloed op de mens zelf en op de organisatie waarin de mens zich bevindt, maar deze invloed is onzichtbaar.

Boonstra (2002) ziet de oorzaken van het mislukken van organisatieveranderingen niet zozeer in het veranderingsproces zelf, maar vooral in de veranderstrategie die gebruikt wordt. De planmatige en rationele aanpak schiet te kort in een dynamische omgeving waarin mensen met elkaar interacteren. Hij introduceert een nieuw concept *lerend vernieuwen*, waarin ruimte geboden wordt aan interactie, dialoog, betekenisgeving en reflectie. Mensen construeren individueel en gezamenlijk verhalen over de eigen werkelijkheid en de dynamische omgeving. Volgens Boonstra (2002) ontstaan hierdoor leer- en vernieuwingsprocessen, die veranderingen teweeg brengen. In de aanpak van lerend vernieuwen wordt rekening gehouden met het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen in de organisatie.

### **Procesherinrichting in ziekenhuizen**

De Nederlandse gezondheidszorg maakt enorme veranderingen door. Door de invoering van gereguleerde marktwerking maken zorgsystemen een omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. De marktwerking heeft grote gevolgen voor patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. Zorgaanbieders moeten concurreren op kwaliteit en prijs. Daarnaast hebben zorgaanbieders te maken met demografische verschuivingen in de patiëntenpopulatie, ontwikkelingen in de medische technologie en burgers die mondiger worden en beter geïnformeerd zijn door de kennisverspreiding via internet en andere media (Vissers & Beech 2005:5). De verschuiving van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg vraagt om veranderingen in de organisatie van de ziekenhuizen. Niet langer wordt de medisch specialist of een medisch specialisme als uitgangspunt genomen voor het inrichten van de zorgprocessen, maar het is nu de patiënt die centraal staat. Momenteel wordt in ziekenhuizen gewerkt aan de herinrichting van processen waarbij een patiëntengroep als uitgangspunt wordt genomen (Vissers & Beech 2005:39). Deze nieuwe processen worden gebundeld in zogenaamde

zorgprogramma's. Het ontwikkelen van zorgprogramma's voor een patiëntengroep is een ingewikkeld veranderingsproces, ook wel procesherinrichting (PHI) genoemd. Zorgprocessen bestaan uit een samenspel van mensen en capaciteit, maar met name van mensen. In een zorgproces zijn verschillende professionals betrokken, zoals de medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici. Zij geven invulling aan onderdelen van het totale zorgproces en maken gebruik van dezelfde capaciteit (zoals verpleegbedden, OK, apparatuur). De zorgprofessionals zijn afhankelijk van elkaar. Om ervoor te zorgen dat de patiënt het zorgproces goed doorloopt is nauwkeurige afstemming tussen de zorgprofessionals noodzakelijk (Vissers & de Vries 2005:31).

### **Onderzoekssetting**

Om de procesherinrichting te realiseren maken ziekenhuizen gebruik van een veranderstrategie. De inhoud van de veranderstrategie wordt beïnvloed door de mensen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van de aanpak en de visie die zij hebben op organisatieveranderingen. In dit onderzoek wordt de veranderstrategie van drie procesherinrichtings-projecten (PHI-projecten) in drie ziekenhuizen onder de loep genomen. Daarbij wordt het accent gelegd op de manier waarop in deze drie ziekenhuizen rekening wordt gehouden met het onbewust vernieuwend leervermogen. Dit is met name voor procesherinrichting een interessante focus, omdat er veel verschillende zorgprofessionals bij betrokken zijn. Mensen en dus ook de zorgprofessionals worden voor 95% bepaald door hun onbewuste, wat betekent dat ook de interactie tussen de zorgprofessionals voor een groot deel beïnvloed wordt door het onbewuste. Inzicht in de manier waarop hier aandacht aan gegeven kan worden in procesherinrichting, draagt naar verwachting bij aan het ontwikkelen van veranderstrategieën die de kans op een succesvol zorgprogramma vergroten.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in drie verschillende ziekenhuizen:

- een academisch ziekenhuis, het Universitair Medisch Centrum Utrecht (het UMC Utrecht);
- een regioziekenhuis, het ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk (St. Jansdal);
- een algemeen stadziekenhuis, het Mesos Medisch Centrum in Utrecht (Mesos).

Binnen deze ziekenhuizen is een PHI-project geselecteerd. In elk PHI-project wordt gebruik gemaakt van een veranderstrategie om de gewenste procesherinrichting te realiseren. De PHI-projecten worden verder toegelicht in hoofdstuk 2.

### **Probleemstelling**

De probleemstelling van het onderzoek bestaat uit een hoofdvraag en vier deelvragen: *Hoe wordt in de veranderstrategie van procesherinrichting (PHI) in het Universitair Medisch centrum Utrecht, het Mesos Medisch Centrum in Utrecht en het ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk door de projectontwerper en projectbegeleider ruimte gegeven aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie en hoe wordt dit ervaren door de projectteamleden?*

1. Welke contexten en interventies worden door de projectontwerpers en projectbegeleiders in het PHI-project gecreëerd om het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie te gebruiken?



2. Welke contexten en interventies worden door de projectteamleden waargenomen die in het PHI-project gecreëerd zijn om het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie te gebruiken en hoe worden deze ervaren?
3. Wat zijn barrières en succesfactoren in de PHI-projecten van de ziekenhuizen om ruimte te geven aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie?
4. Welke factoren dragen volgens de projectteamleden, projectontwerpers en projectbegeleiders bij aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie?

### **Leeswijzer**

In het eerste hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven dat ten grondslag ligt aan dit onderzoek. Daarin worden belangrijke begrippen toegelicht, zoals het onbewuste en het onbewust vernieuwend leervermogen. Ook wordt beschreven wat het concept 'vernieuwend leren' inhoudt.

De methode van onderzoek wordt in hoofdstuk 2 beschreven en toegelicht. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van het onderzoek. Daarin worden de deelvragen beantwoord. In het vierde hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten en het theoretisch kader samengebond tot een conclusie. Datzelfde hoofdstuk bevat een discussie over de inhoud en methode van het onderzoek. De scriptie wordt afgesloten met enkele aanbevelingen.

Aan het eind zijn er enkele bijlagen opgenomen. De bijlage bevat de vragenlijsten die gebruikt zijn tijdens de interviews, een overzicht van de operationalisaties die gebruikt zijn voor de data-analyse en een samenvatting van de veranderstrategie van de drie PHI-projecten.

# 1. Theoretisch kader

## 1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt weergegeven binnen welk theoretisch kader het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarvoor is beschreven wat verstaan wordt onder het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen in de organisatie en hoe verandermanagers hier in hun veranderstrategie rekening mee kunnen houden.

Allereerst wordt een definitie gegeven van het onbewuste van mensen en organisaties. Vervolgens wordt het onbewust vernieuwend leervermogen gedefinieerd. In de derde paragraaf wordt het concept 'Lerend vernieuwen' beschreven. Lerend vernieuwen is een veranderstrategie waarbij rekening gehouden wordt met het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen in de organisatie. In paragraaf 1.4 wordt uitgewerkt hoe lerend vernieuwen vorm kan krijgen in de organisatiepraktijk van alle dag.

## 1.2 Het (on)bewuste van mens en organisatie

Organisaties bestaan uit mensen die door interactie en samenwerking met elkaar een gezamenlijk doel of ideaal nastreven (De Caluwé et al. 2002:21). Organisaties in de gezondheidszorg, zoals ziekenhuizen, bestaan uit autonoom functionerende zorgprofessionals, ondersteunde medewerkers en managers die intensief samenwerken rondom de zorg aan een patiënt. Mintzberg (1979) typeert ziekenhuizen als een professionele bureaucratie (Bolman & Deal 2003:77). Een professionele bureaucratie wordt met name bepaald door een grote groep autonome professionals, zoals medici en verpleegkundigen. Zij werken volgens standaarden maar hebben ruimte om deze voor elke patiënt aan te passen aan de betreffende situatie. Ziekenhuizen kennen een platte organisatiestructuur met tussen de uitvoerende professionals en de directie of Raad van Bestuur weinig managementlagen. Mintzberg (1979) typeerde het ziekenhuis eens als één van de meest complexe bedrijven (Vissers & De Vries 2005:31). Deze complexiteit en dynamiek wordt deels verklaard vanuit een omgeving die minder voorspelbaar is. De ontwikkelingen in de Nederlandse en internationale wet- en regelgeving, de toenemende concurrentiemogelijkheden op de zorgmarkt, de toenemende afhankelijkheid tussen de publieke en private sector en de patiënten die steeds mondiger worden, zorgen ervoor dat de grenzen tussen de zorgorganisatie en haar omgeving vervagen. Een andere belangrijke factor dat maakt dat een (zorg)organisatie een complex en dynamisch geheel is, zijn de mensen die in de organisatie werken. Mensen geven gezamenlijk vorm en betekenis aan de structuur en cultuur van de organisatie. Organisaties zijn bewust gecreëerde sociale verbanden (De Man 2006:66), maar dat betekent niet dat de organisatie enkel gekenmerkt wordt door bewust gepland gedrag. Tiggelaar (2005: 19) zegt dat het gedrag van mensen voor maar 5% verklaard kan worden door bewust en gepland gedrag en voor 95% door onbewust en automatisch gedrag. Dit veronderstelt dat ook de organisatie bepaald wordt door het onbewuste gedrag van haar medewerkers. Wat betekent dat voor het inrichten van zorgprocessen en het realiseren van veranderingen? Om daar een antwoord op te vinden, is het van belang om meer te weten over het onbewuste en bewuste gedrag en denken van mensen.

### 1.2.1 Het (on)bewuste van de mens

Het menselijk brein bestaat uit drie gebieden waarin gedachten en kennis worden opgeslagen, zo blijkt uit een hersenonderzoek van LeDoux (1998). Het eerste gebied is het geheugen waarin kennis in bepaalde structuren liggen opgeslagen. Het tweede gebied is het bewuste, de denkcapaciteit. We kunnen niet alles tegelijk waarnemen en daarom hanteert ieder mens filters om het bewuste te structureren, zodat alleen hetgeen dat onze aandacht trekt en onze focus heeft, bewust waargenomen wordt.

Het derde gebied is het onbewuste. In het onbewuste is allerlei kennis aanwezig dat vaak gekoppeld is aan emoties. Tussen het onbewuste en bewuste is geen verbinding en communicatie (LeDoux 1998, Jansen et al. 2005:164). De onbewuste denkprocessen over een kwestie gaan door zonder dat de bewuste aandacht erop gericht is (Dijksterhuis 2004:588, Dijksterhuis en Nordgren 2006:97). Wilson benadrukt dat het onbewuste niet toegankelijk is voor het bewuste, maar wel invloed heeft op onze oordelen, gevoelens en ons gedrag (Wilson 2002:23). Het bewuste en geplande gedrag wordt voorafgegaan aan overwegingen in ons hoofd. Onbewust gedrag is daarentegen automatisch en niet te herleiden tot een bewuste herinnering in ons hoofd (Tiggelaar 2005:21). De verschillende kenmerken van het onbewuste en bewuste zijn in de onderstaande tabel naast elkaar gezet.

**Tabel 1. Kenmerken van onbewuste en bewuste (Wilson 2002:49)**

Onbewuste	Bewuste
Meervoudige systemen	Enkelvoudig systeem
Online patroonherkenner	Controle achteraf en balans opmaken
Gericht op hier en nu	Oog op lange termijn
Automatisch (snel, zonder intentie, oncontroleerbaar, moeiteloos)	Beheerst (langzaam, met intentie, gecontroleerd, kost moeite)
Rigide	Flexibel
Vroeg wijs	Langzame ontwikkeling
Gevoelig voor negatieve informatie	Gevoelig voor positieve informatie

Het onbewuste werkt snel en moeiteloos, signaleert gevaren voordat het te laat is en herkent gemakkelijk patronen. Daar staat tegenover dat het minder kritisch is dan het bewuste, niet planmatig functioneert en weinig consistent, precies en controleerbaar is (De Man 2006: 70, Wilson 2002: 49, Dijksterhuis 2006:21).

Het onbewuste heeft een zeer grote capaciteit om informatie op te nemen en te verwerken in vergelijking met het bewuste. De verwerkingscapaciteit van ons bewustzijn is ongeveer 50 bits per seconde, terwijl de capaciteit van het onbewuste 11.200.000 bits per seconde is. Doordat het onbewuste veel informatie tegelijk integreert is het snel in staat om patronen te herkennen en conclusies te trekken (Dijksterhuis & Nordgren 2006:7, Wilson 2002:24).

Gladwell (2005) beschrijft de snelle intuïtieve manier waarop wij conclusies trekken en noemt dit de 'hunch power'. Ook wel intuïtie genoemd. Onze intuïtie is afkomstig uit het onbewuste en zorgt ervoor dat we in een paar seconde een situatie inschatten en beoordelen. Een bekend fenomeen daarvan is het sollicitatiegesprek waarbij binnen de

eerste twee seconden al een beslissing gemaakt wordt. Het gevaar van direct reageren op onze intuïtie is dat we verkeerde inschattingen en keuzes maken. Gladwell benadrukt dat onze onmiddellijke oordelen en eerste indrukken gefundeerd en beheersbaar kunnen zijn. Daarvoor is zelfonderzoek cruciaal en moeten we de invloeden herkennen die de producten van ons onbewuste kunnen wijzigen, ondergraven of vertekenen (Gladwell 2005:224).

In organisaties levert het onbewuste gedrag van mensen voordelen op (De Man 2006: 72). Onbewust gedrag werkt efficiënt en automatisch, zonder veel beslag te leggen op de aandacht van de medewerkers. Daarnaast is het onbewuste snel in staat om patronen te ontdekken en problemen te vermijden in specifieke situaties. Organisaties hebben onbewust en routinematig gedrag nodig om te voldoen aan de eis van efficiënt werken. Dit geldt niet alleen voor de eenvoudig uitvoerbare klussen, maar ook voor complex en inhoudelijk werk in professionele organisaties, zoals ziekenhuizen. Echter is er ook een nadeel verbonden aan onbewuste routinematige gedragingen. Het gedrag is rigide en leidt tot stereotype reacties en mogelijk verkeerde inschattingen van situaties. Het vermijden van problemen resulteert in behoudend en niet flexibel gedrag. Nieuwe uitdagingen en mogelijkheden worden niet gezien. Dit heeft tot gevolg dat organisaties enkele routines kennen die ooit wel nuttig waren, maar dat niet meer zijn. De onbewuste gedragspatronen kunnen strategische oriëntatie in de weg staan, doordat het weinig toekomstgericht is. Helaas zijn de routinematige gedragspatronen slecht te doorbreken, waardoor problemen ontstaan bij de implementatie van veranderingen (De Man 2006: 73).

### **1.2.2 Het (on)bewuste van de organisatie**

Tot nu toe is met name gesproken over het onbewuste van de mensen in een organisatie. Daarnaast kent ook de organisatie als geheel een bewuste en een onbewuste. Jansen et al. (2005:105) onderscheiden in groepen en organisaties de drie lagen van het menselijk brein. Elke groep of organisatie heeft een bewuste dat waarneemt in het hier en nu en een geheugen. Het geheugen is bijvoorbeeld het archief of de herinneringen van medewerkers. Daarnaast heeft elke groep en organisatie een onbewuste, zoals de cultuur en taal. Scott-Morgan (1995) noemt dit de *ongeschreven regels van het spel*. In organisaties zijn er twee soorten regels: de expliciete regels en de verborgen regels. Verborgene regels zijn overlevingsregels, die mensen helpen te overleven en succes te hebben in een organisatie. Het zijn deze verborgen regels die het werkelijke gedrag van de mensen verklaren (Scott-Morgan 1995:29-32). Het is daarom van belang om het effect van de ongeschreven regels op de organisatie te ontdekken.

Het onbewuste van de organisatie en het onbewuste van de mensen in de organisatie hebben veel met elkaar te maken. Het onbewuste van de organisatie wordt gevormd in interactie met actoren die beïnvloed worden door bewust en onbewust gedrag en denken. Het onbewuste van de organisatie is onzichtbaar, net als het onbewuste van mensen. Een verschil is wel dat het onbewuste van de organisatie, de ongeschreven regels door nauwkeurig onderzoek blootgelegd kunnen worden (Scott-Morgan 1995: 161). Scott-Morgan heeft daar een analysemethode voor ontwikkeld. Het onbewuste van de mens is echter niet bloot te leggen. Wel kan betekenis gegeven worden aan de invloed van het onbewuste van de mens op het gedrag en denken. Hierover wordt in de volgende paragraaf geschreven.

### **1.2.3 Het onbewuste construeren**

Het is duidelijk geworden dat het onbewuste veel invloed heeft op het gedrag en denken van mensen en organisaties. Om het gedrag en denken te veranderen is het dus van belang om te ontdekken hoe deze beïnvloed worden door het onbewuste. Dat is een moeilijke opgave als we weten dat het onbewuste niet toegankelijk is voor het bewuste (Wilson 2002: 23). Wilson ziet zelfonderzoek, waarbij mensen verhalen construeren over hun leven, als een cruciale manier om een glimp op te vangen van wat verborgen ligt in het onbewuste. Mensen verweven wat ze observeren (de bewuste gedachten, gevoelens, herinneringen, gedrag en de reacties van andere mensen daarop) tot een verhaal dat, met een beetje geluk, ten minste een deel omvat van het onbewuste wat niet direct waargenomen kan worden (Wilson 2002:162). Deze verhalen geven geen objectieve beschrijving van de werkelijkheid, maar een subjectieve weergave daarvan. Ook Gladwell benadrukt de rol van zelfonderzoek in het ontdekken van elementen die de intuïtie beïnvloeden (Gladwell 2005:224).

Zelfonderzoek en self-narratives dragen bij aan de poging tot interpretatie en betekenisgeving van het onbewuste. Dit proces levert meer op als de eigen verhalen en conclusies van introspectie vergeleken en geïntegreerd worden met de reacties van de omgeving en de verhalen die andere mensen hebben. Zo ontstaat een nieuw verhaal over het onbewuste dat dichterbij de werkelijke betekenis komt. Zelfonderzoek en introspectie is een voortdurend proces (Wilson 2002:163).

Door zelfonderzoek ontdekken mensen en groepen mensen in een organisatie waarin zij willen en moeten veranderen. De verandering is vervolgens te realiseren door het gedrag en denken te veranderen. Het menselijk brein kan opnieuw gevormd worden door intensieve en langdurig aanhouden en stimuleren van bepaald gedrag of denken. Daarbij is het van groot belang dat de aandacht bewust gevestigd is op het nieuwe gedrag en denken (Sitskoorn 2007:167). Op deze manier kan het onbewuste en daarmee onze intuïtie toch beïnvloed en veranderd worden (Gladwell 2005, Sitskoorn 2007, Wilson 2002).

### **1.2.4 Het onbewust vernieuwend leervermogen**

In dit onderzoek is de centrale vraag hoe de drie ziekenhuizen in de PHI-projecten rekening houden met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie. Het onbewust vernieuwend leervermogen bestaat uit twee elementen. Dat is enerzijds het vermogen van de mensen om te onderzoeken welke invloed het onbewuste heeft op het gedrag en denken van mensen en groepen mensen. En anderzijds is dit het vermogen om met dat inzicht het onbewuste te beïnvloeden en te veranderen.

Door zelfonderzoek en gezamenlijke betekenisgeving kan de invloed van het onbewuste van mensen en groepen mensen worden onderzocht, opgehelderd en daardoor eventueel beïnvloed en veranderd worden.

Wat betekent dit nu voor organisaties die voor een groot deel bestaan uit mensen met onbewust gedrag en denken? Hoe kunnen onbewuste denkprocessen en het gedrag van mensen door verandermanagers geregisseerd worden om een veranderingen te realiseren? Ook voor organisaties is zelfonderzoek en het reconstrueren van nieuwe gemeenschappelijke verhalen over de mensen en de organisatie een nuttige bezigheid (De Man 2006: 73). Dit kan gestimuleerd worden door mensen met elkaar te verbinden

door een infrastructuur te creëren waarin mensen elkaar ontmoeten (Jansen et al. 2005:106). In deze ontmoeting krijgt men de ruimte om gezamenlijk vorm en betekenis te geven aan de problemen en oplossingen van de organisatie waardoor ruimte en energie ontstaat voor vernieuwen en leren; het onbewust vernieuwend leervermogen wordt gebruikt.

Boonstra (2002) heeft dit samengevat in het concept *lerend vernieuwen*. Lerend vernieuwen houdt kort gezegd in dat de verandermanager contexten creëert en processen ondersteunt waarin medewerkers zelf vorm geven aan vernieuwingsprocessen. In de volgende paragraaf wordt beschreven wat het concept lerend vernieuwen inhoudt en op welke aannames het gebaseerd is.

## **1.3 Lerend vernieuwen**

### **1.3.1 Definitie**

Het concept lerend vernieuwen is geïntroduceerd is door Boonstra in zijn oratie 'Lopen over water' (2000). Boonstra ziet het lerend vernieuwen als een oplossing voor de steeds mislukkende veranderprocessen van organisaties. Volgens hem is een starre planmatige verandering in een dynamische omgeving vol dubbelzinnige vraagstukken niet toereikend. Lerend vernieuwen is een proces waarin organiseren, vernieuwen en leren elkaar in een dynamische wereld ontmoeten. Lerend vernieuwen ontstaat waar actoren met elkaar door dialoog en interactie betekenis en vorm geven aan vernieuwingsprocessen. Deze vorm van leren is vooral van toepassing in veranderingen waarbij sprake is van een instabiele situatie en onvoorspelbare interactiepatronen, met dubbelzinnige vraagstukken en slecht te definiëren problemen (Boonstra 2000:16).

Lerend vernieuwen komt overeen met het niveau van derde-orde-leren. Derde-orde-leren maakt deel uit van een model van organisatorisch leren, dat door Argyris en Schön is ontwikkeld (Argyris & Schön 1978). Voordat beschreven wordt wat derde-orde-leren inhoudt, is het noodzakelijk uit te leggen welke betekenis de voorgaande ordes van leren hebben.

Bij eerste-orde-leren blijft het leren binnen de bestaande referentiekaders. Individuen ontdekken fouten en corrigeren dit zo dat de bestaande organisatienormen in stand gehouden worden (Argyris & Schön 1978:18-20). Deze vorm van leren is mogelijk in situaties waarin de problemen en oplossingen bekend zijn en waarin resultaat bereikt wordt door standaardmethodieken (Boonstra 2000:16).

Tweede-orde-leren is een leerproces waarin het corrigeren van fouten resulteert in aanpassingen met nieuwe normen, missies en strategieën die aansluiten op de veranderde interne en externe omgeving. Deze vorm van leren komt met name voor in situaties waarin de problemen niet eenduidig maar wel kenbaar zijn en waarin ideeën bestaan over de mogelijke oplossingsrichting (Boonstra 2000:16). Net als bij eerste-orde-leren is er sprake van een geplande aanpak waarin de organisatie een overgang maakt van een stabiele situatie A naar een stabiele situatie B (Argyris & Schön 1978:20-26). Bij derde-orde-leren gaat het om reflection-on-reflection-in-action (Schön 1983). Hier betreft het reflecties op het eigen handelen en leren (zowel eerste-orde-leren als tweede-orde-leren) en de achterliggende aannames die hieraan ten grondslag liggen. Dit houdt de wijze in waarop een mens observeert en interpreteert, definieert, analyseert en

conceptualiseert. Het gaat om het herkennen en opnieuw doordenken van eigen aannames, handelingspatronen en leerprocessen (Argyris & Schön 1978:26-28). Reflection-on-action stelt mensen in staat tijd te besteden aan het overdenken en ontdekken van redenen van ons handelen en gebeurtenissen. Reflection-in-action vindt plaats op momenten waarin mensen weinig tijd hebben om te reflecteren. Op deze momenten is er geen tijd om alles opnieuw te overdenken, maar wordt gebruik gemaakt van en voortgebouwd op de ervaringen en het begrip die ontwikkeld zijn door eerdere momenten van Reflection-on-action (Schön 1983). In lerend vernieuwen heeft reflection-on-reflection-in-action een centrale rol. Doordat handelingen, aannames en processen doordacht worden, ontstaat inzicht dat bij kan dragen aan vernieuwingen en een voortduren leerproces.

### **1.3.2 Theoretische achtergrond**

Voordat uitgewerkt wordt hoe lerend vernieuwen vorm krijgt in de praktijk van organisaties, wordt in deze paragraaf eerst de theoretisch achtergrond van het concept lerend vernieuwen uitgewerkt. Het concept lerend vernieuwen is gebaseerd op een combinatie van de dynamische systeemtheorie en het sociaal-constructionisme (Boonstra 2000:24).

De dynamische systeemtheorie veronderstelt dat het organiseren plaats vindt in complexe dynamische systemen waarin actoren voortdurend met elkaar interacteren en betekenis geven aan gebeurtenissen. Organisatie en omgeving zijn in een organisatorisch netwerk complementair aan elkaar verbonden. Een organisatie bevindt zich tussen grenzen van stabiliteit en instabiliteit. Stabiele situaties zijn tijdelijk, omdat nieuwe ontwikkelingen en interactiepatronen aanvangen waardoor de complexiteit weer toeneemt. In een instabiele situaties, waarin doel en richting onvoorspelbaar zijn, ontstaat ruimte voor onvoorziene processen, creativiteit en nieuwe vormen van organiseren. De ruimte en vrijheid om doel en richting te bepalen biedt mogelijkheden voor zelforganisatie. Hierin wordt door interactie en communicatie, betekenis gegeven aan gebeurtenissen en door samenwerking worden nieuwe situaties gecreëerd. Juist de botsende gezichtspunten dragen bij aan creativiteit en vernieuwing (Boonstra 2000: 19).

De basisaanname van het sociaal-constructivisme is dat mensen hun (sociale) werkelijkheid construeren door te interacteren met andere mensen. In het sociaal-constructivisme gaat het om de zienswijze dat mensen hun eigen realiteit construeren op basis van ervaringen. Deze subjectieve realiteit helpt mensen om te begrijpen, te verklaren en te voorspellen wat er gaande is. In een voortdurende en open dialoog waarin pluriforme en meervoudige stemmen de ruimte krijgen, wordt gezamenlijke betekenis en waarde gegeven aan de realiteit van mensen (Hosking & McNamee 2006:23). Door deze interactie proberen mensen de complexiteit van de realiteit begrijpelijk en overzichtelijk te maken en ontstaat er een gezamenlijke betekenisgeving over vraagstukken en mogelijkheden. Door het proces van gezamenlijke betekenisgeving ontstaan nieuwe ideeën en ervaringen, wat bijdraagt aan een dynamiek van vernieuwen en leren (Boonstra 2000:22).

In lerend vernieuwen worden de bovengenoemde theorieën samengevoegd. Boonstra vat het concept in het volgende citaat als volgt samen:

De dynamiek kan gezien worden als een voortdurende bron voor vernieuwing.

Vanuit dit perspectief bevinden organisaties zich op de grenzen van stabiliteit en

instabiliteit. In mijn visie op lerend vernieuwen veronderstel ik dat ontwikkelingen en vernieuwingen op gang gebracht worden door instabiliteit en dialoog over de spanning die dit met zich mee brengt. In lerend vernieuwen wordt kennis uitgewisseld, onafhankelijk denken gestimuleerd en ruimte gecreëerd om verschillende opvattingen te onderzoeken en alternatieven af te wegen. Er worden gedeelde perspectieven gevormd en gezamenlijke handelingspraktijken ontwikkeld. Organiseren, vernieuwen en leren zijn dan dynamische processen waarin mensen organiseren, interacteren, communiceren en construeren. (...) Deze manier van veranderen en leren kent geen heldere doelen. De wijze van handelen is open. (...) Het is de geplande verandering voorbij. (Boonstra 2000:30-31)

## **1.4 Lerend vernieuwen als veranderstrategie**

### **1.4.1 Veranderstrategieën**

De aanpak en strategie van het veranderingsproces heeft invloed op het slagen of falen van een organisatie verandering (Boonstra 2002: 15). Een veranderstrategie is 'een doelgerichte en doelbewuste overweging om met optimaal effect een wenselijke geachte verandering in een organisatie in te voeren en daarbij zo min mogelijk weerstand op te roepen' (De Caluwé et al. 2005:151). Lerend vernieuwen is een veranderstrategie die past bij een wereld waarin dynamiek wordt veroorzaakt door interactie tussen actoren in een omgeving die voortdurend in beweging is. Boonstra (2000:19) gebruikt de metafoor van 'het lopen over water', waaruit de golven op onvoorspelbare momenten opstijgen en wegzakken doordat onzichtbare en onverwachtse onder- en bovenstromen zich vermengen (Boonstra 2000:12). Het water is niet bevroren, maar juist heel onstuimig. Veranderingen zijn onstuimig en soms onvoorspelbaar.

Een tegenovergestelde aanpak van lerend vernieuwen is de planmatige en rationele aanpak. De kern van de planmatige en rationele aanpak is dat verandermanagers de omgeving analyseren, doelstellingen formuleren, ontwikkelen en implementeren volgens een vooraf vastgestelde strategie. De vooronderstelling die hieraan ten grondslag ligt, is dat een organisatie zich in een evenwichtstoestand bevindt die tijdens een verandering doorbroken wordt om vervolgens een nieuwe evenwichtstoestand te vinden. Bij een geplande verandering wordt de organisatie eerst ontdooid, veranderd en volgens weer bevroren (Boonstra 2000: 17, Lewin 1946).

### **1.4.2 Lerend vernieuwen als veranderstrategie**

In de veranderstrategie lerend vernieuwen wordt rekening gehouden met het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen en de organisatie. Bij lerend vernieuwen wordt ervan uitgegaan dat er geen sprake is van een eenduidige werkelijkheid, waardoor interactie, feedback en ruimte voor betekenisgeving noodzakelijk is.

In lerend vernieuwen is het van belang dat er contexten gecreëerd en processen ondersteund worden die ervoor zorgen dat actoren zelf vorm geven aan vernieuwingsprocessen. Dat krijgt vorm in (Boonstra 2000:24-26):



- Zichtbare feedbackprocessen  
Van zichtbare feedbackprocessen is sprake als op expliciete wijze ruimte gecreëerd wordt voor positieve en negatieve terugkoppeling die de huidige manier van organiseren in stand houden of in beweging brengen. Belangrijk is dat negatieve en positieve feedbackpatronen worden herkend en besproken om inzicht te krijgen in de processen en handelingen die elkaar tegenwerken of versterken.
- Ruimte voor processen van zelforganisatie  
Zelforganisatie is een proces waarbij schijnbaar spontaan structuren in de organisatie ontstaan, waarin mensen zelf ontdekken, handelen en leren en zo vernieuwingsprocessen op gang brengen. Een belangrijk kenmerk van zelforganisatie is dat niemand doelbewust structuren in het systeem aanbrengt. Een verandermanager kan wel voor de voorwaarden zorgen waardoor zelforganisatie kan plaatsvinden. Zelforganisatie wordt gestimuleerd door het vormen van coalities rondom ambigue vraagstukken, het geven van ruimte voor handelen en het maken en bijstellen van eigen regels (ongeacht de hiërarchische functies).
- Interactieprocessen tussen actoren  
In interactieprocessen is ruimte voor actie en reactie tussen verschillende actoren. Bij interactieprocessen wordt gedacht in termen van interacties, relaties, en processen in plaats van 'dingen' en stabiliteit.
- Meervoudigheid en variëteit omdat meerdere stemmen klinken  
Meervoudigheid en variëteit in de stemmen die klinken, wordt gestimuleerd door zoveel mogelijk mensen in het veranderproces te betrekken. Hiervoor is het van belang om onderlinge relaties in kaart te brengen, te erkennen en te verhelderen.
- Zichtbare betekenissen en vooronderstellingen  
Om te zorgen dat betekenissen en vooronderstellingen zichtbaar worden, wordt er ruimte geboden aan het uitwisselen van kennis en ervaringen, interpretaties van gebeurtenissen, persoonlijke gevoelens en ambities en perspectieven op de huidige situatie en toekomstige mogelijkheden. Deze uitwisseling is gebaseerd op meervoudige interpretaties, perspectieven en betekenissen.
- Dialogoog met gedeelde betekenisgeving  
Van een dialoog met gedeelde betekenisgeving is sprake als meer dan twee mensen met elkaar in gesprek zijn en na gaan welke perspectieven gedeeld worden over tijd, situaties en relaties heen.
- Gezamenlijke handelsoalternatieven en processen van handelen.  
Gezamenlijke handelingsalternatieven en processen van handelen ontstaan in de dialogen met gedeelde betekenisgeving. Het omvat het streven van mensen naar gezamenlijke actieperspectieven in het handelen.
- Reflecteren  
Reflecteren is het achteraf overwegen en beschouwen van handelingen, gebeurtenissen. Hierdoor worden achterliggende denkbeelden en assumpties van ingesleten gedragspatronen en vanzelfsprekendheden zichtbaar en staan actoren stil bij keuzes die ze gemaakt hebben of gaan maken.

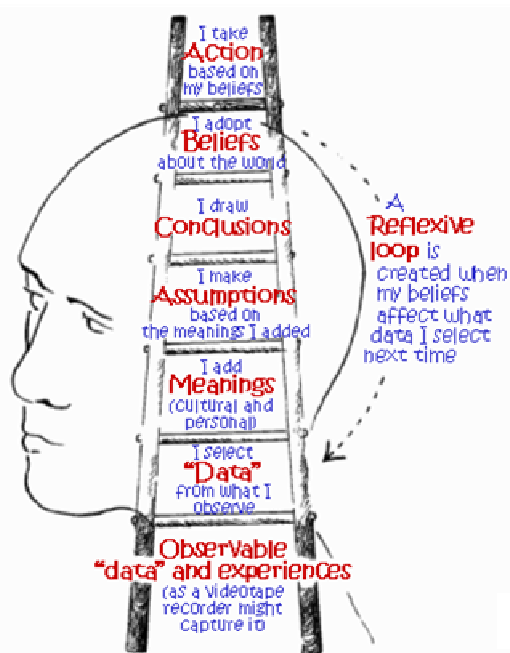
Aangezien gezamenlijk betekenisgeving een essentieel onderdeel is van lerend vernieuwen word daar in de volgende paragraaf een aparte toelichting op gegeven.

### 1.4.3 Gezamenlijke betekenisgeving

In lerend vernieuwen staat de gezamenlijke betekenisgeving centraal. In de paragraaf 1.2 is beschreven dat de combinatie van zelfonderzoek en de verhalen van andere mensen leiden tot beter begrip van de invloed van het onbewuste op het denken en gedrag van mensen. Het is de combinatie van individuele en gezamenlijke betekenisgeving die ervoor zorgt dat het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen wordt gebruikt.

Individuele betekenisgeving is gefundeerd op de identiteitsconstructie van de betekenisgever. Door betekenis te geven aan een situatie geeft de betekenisgever aan wie hij is of wil zijn en wordt een nieuwe zinvolle realiteit gecreëerd en geconstrueerd. Betekenisgeving is een continu en sociaal proces en vindt altijd achteraf plaats. Mensen kunnen alleen begrijpen wat ze aan het doen zijn door te interpreteren wat ze eerder gedaan hebben (Weick 1995).

Volgens Weick (1995:135) is de kern van betekenisgeving het leggen van een relatie tussen een overtuiging en een actie. De stappen die daar tussen liggen behoren tot een proces van betekenisgeving. Argyris heeft het proces van betekenisgeving weergegeven in een hypothetisch model 'The Ladder of Inference' (Argyris 1993:57). De Ladder of Inference geeft een weergave van de manier waarop betekenisgeving van een individu leidt tot een gedragsverandering.



Figuur 1. De 'Ladder of inference'  
(bron: [www.collaborativecoaching.org](http://www.collaborativecoaching.org))

Hij vergelijkt dit proces met het opklimmen van een ladder, waarbij de stappen worden weergegeven van het waarnemen tot het daadwerkelijke handelen. Dit begint met het waarnemen van direct observeerbare data en ervaringen. Dat is informatie die bijvoorbeeld door een videocamera vastgelegd kan worden. De tweede tree van de ladder bestaat uit het selecteren van data waar de aandacht op gericht wordt. Stap drie is het geven van betekenis aan de geselecteerde data. In stap vier worden op basis van de betekenis aannames ontwikkeld. Bij stap vijf worden de conclusies getrokken en tijdens stap zes worden de overtuigingen ontwikkeld. In stap zeven wordt overgegaan tot actie.

De overtuigingen van mensen bepalen welke informatie de volgende keer wordt geselecteerd uit de waargenomen informatie en ervaringen. In gezamenlijke betekenisgeving worden de betekenissen gegeven door met meerdere mensen op basis van meerdere betekenissen voor eenzelfde ervaring of gebeurtenis (Weick 1995).

Dit onderzoek gaat over het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen bij procesherinrichting in ziekenhuizen. Hoe houden de drie betrokken ziekenhuizen in hun veranderstrategie rekening met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie? Zij kunnen dit doen door elementen van lerend vernieuwen en betekenisgeving te integreren in hun veranderstrategie. In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van dit onderzoek beschreven en toegelicht.

## 2. Methoden van onderzoek

### 2.1 Inleiding

Het onbewust vernieuwend leervermogen in de veranderstrategieën van ziekenhuizen is een relatief nieuw en ook complex onderwerp. Om te onderzoeken hoe de ziekenhuizen ruimte, vorm en betekenis geven aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de organisatie is het nodig om de gedragingen en assumpties van de verandermanagers te achterhalen. Voor het beantwoorden van de probleemstelling is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Een kenmerk van kwalitatief onderzoek is dat het inzichten verwerft in de gedragingen, motieven, ervaringen en betekenisgeving van mensen. Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt wanneer beoogd wordt inzicht te verkrijgen in het insiders perspectief: 'grasping the actors's definition of the situation' (Bosch 1996: 23). Daarnaast biedt kwalitatief onderzoek mogelijkheden voor het beschrijven en interpreteren van complexe verschijnselen op relatief nieuwe domeinen ('t Hart et al. 2001). Het onderzoek naar het onbewust vernieuwend leervermogen is een relatief nieuw onderzoeksdomein.

In dit hoofdstuk wordt weergegeven welke onderzoeksmethoden gebruikt zijn om een antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen. Daarin wordt beschreven waar, wanneer en hoe het onderzoek vorm kreeg en wie daarbij betrokken zijn geweest.

### 2.2 Onderzoekssetting

Het onderzoek heeft plaats gevonden in drie verschillende ziekenhuizen:

- een academisch ziekenhuis, het Universitair Medisch Centrum Utrecht (het UMC Utrecht)
- een regioziekenhuis, het ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk (St. Jansdal)
- een algemeen stadziekenhuis, het Mesos Medisch Centrum in Utrecht (Mesos)

In deze drie ziekenhuis wordt gewerkt aan procesherinrichting waarbij zorgactiviteiten georganiseerd worden in zorgprogramma's rondom een patiëntengroep. Deze onderzoekssetting biedt de mogelijkheid om in drie verschillende ziekenhuizen te kijken hoe in de veranderstrategie van de procesherinrichting rekening gehouden wordt met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie. De drie ziekenhuizen hebben verschillende veranderstrategieën toegepast. Het St. Jansdal heeft gebruik gemaakt van de Doorbraakmethode van Sneller Beter. Het UMC Utrecht heeft zich voor dit PHI-project aangesloten bij het Netwerk Klinische Paden. En in het Mesos heeft een organisatieadviseur de PHI-aanpak ontworpen. Binnen deze ziekenhuizen is een lopend PHI-project van een snijdend specialisme geselecteerd. De selectie voor het PHI-project heeft in overleg met een stafmedewerker van het betreffende ziekenhuis plaatsgevonden. In deze paragraaf worden de ziekenhuizen, de achtergrond van de PHI-aanpak besproken en de keuze voor het PHI-project toegelicht.

#### Het UMC Utrecht

Het UMC Utrecht is een academisch ziekenhuis waar 10.000 medewerkers werkzaam zijn in één van de twaalf divisies. Het UMC Utrecht beschikt over 1.042 verpleegbedden. De kernactiviteiten van het UMC Utrecht zijn het bieden patiëntenzorg waar speciale kennis

en expertise voor nodig is, het verrichten van toonaangevend wetenschappelijk onderzoek en het opleiding van studenten, (bio)medische onderzoekers, artsen en andere zorgverleners ([www.umcutrecht.nl](http://www.umcutrecht.nl), juni 2007).

Het UMC Utrecht heeft naar aanleiding van een intern onderzoek en markonderzoek door een extern adviesbureau besloten tot oprichting van het Chirurgisch Behandelcentrum (CBC). Uit het onderzoek bleek dat 75% van de chirurgische verrichtingen voorspelbare ingrepen zijn die het mogelijk maken om in een gestandaardiseerd proces gerealiseerd te worden. Het CBC heeft als doelstelling om de goed planbare en electieve chirurgische zorg efficiënter en patiëntvriendelijker in te richten. Voor de oprichting van het CBC is een projectorganisatie opgezet dat bestaat uit vijf werkstromen. De werkstroom diagnose- en zorgpaden is hier een onderdeel van.

Het uitgangspunt van de werkstroom diagnose- en zorgpaden zijn de processen. *‘De integrale planning en ICT kunnen nog zo goed geregeld zijn, maar als het met de basis, het proces, niet goed zit werkt het niet.’* aldus een projectleider. De projectleiders hebben gekozen om zich aan te sluiten bij het Netwerk Klinische Paden. Dit netwerk biedt ‘een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair team en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie’ (Sermeus & Vanhaecht 2002). Dit leidt naar verwachting tot het concretiseren van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Klinische paden hebben de wortels liggen in de planningsmethoden die in de jaren '50 in de industrie zijn ontwikkeld (Ibidi).

Een klinisch zorgpad bestaat uit een diagnosepad (van verwijzing tot stellen van diagnose) en een zorgpad (van moment van OK-indicatie tot laatste polibezoek). Een klinisch pad omvat naast de (para)medische en verpleegkundige en zorg alle overige (administratieve) activiteiten die bij de patiëntenzorg worden verricht. De methode van het Netwerk Klinische Paden bestaat uit een 30-stappenplan die gebaseerd is op de plan-do-check-act cyclus van Deming (Vanhaecht & Sermeus 2002). Het CBC werkt met een time-taskmatrix. Dit is een hulpmiddel om tot een gestandaardiseerd klinisch pad te komen. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling orthopedie, omdat het project voor het ontwerpen van diagnose- en zorgpaden daar als eerste is gestart. Op dit moment is het gehele diagnostische traject van orthopedische patiënten in kaart gebracht en is vooralsnog geen onderscheid gemaakt in verschillende diagnosepaden.

### Ziekenhuis St. Jansdal

Het Ziekenhuis St. Jansdal is een Christelijk algemeen ziekenhuis in Harderwijk met 1400 medewerkers en 85 medisch specialisten. Het St. Jansdal heeft een regiofunctie en biedt zorg aan de inwoners van de Noordwest Veluwe en een deel van Flevoland. Het ziekenhuis biedt een zo breed mogelijk pakket aan van onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden ([www.stjansdal.nl](http://www.stjansdal.nl), juni 2007)

Het ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk is aangesloten bij het landelijke project Sneller Beter. Sneller Beter is een ondersteuningsproject van het ministerie van VWS dat gericht is op het verbeteren van de kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de curatieve zorg.

De doorbraakmethode PHI is één van de verbeterprogramma's die Sneller Beter aanbiedt. ‘De doorbraakmethode is een strak gestructureerde manier van veranderingen invoeren in meerdere ziekenhuizen tegelijk. Het doel is om in korte tijd de kwaliteit van de zorg

aanzienlijk te verbeteren, onder andere door gebruik te maken van goede praktijkvoorbeelden'. Het doorbraakproject PHI gaat uit van een fundamentele herinrichting van de bestaande zorgprocessen op het niveau van het primaire proces. In zorgprogramma's worden behandeltrajecten voor (clusters van) patiëntengroepen opnieuw ingericht. Hiervoor vindt een gewenste verandering plaats van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg rondom de patiënt. De doorbraakmethode PHI wordt gekenmerkt door de ziekenhuisbrede aanpak waarbij planning, taakherschikking en ICT geïntegreerd worden, wat naar verwachting efficiencywinst oplevert (Zuiderent et al. 2005). Het St. Jansdal is bezig met procesherinrichting voor heup-/kniepatiënten volgens het Joint Care® principe. Het Joint Care® principe houdt in dat het proces van aanmelding tot laatste controle na de operatie wordt gestandaardiseerd, waarbij de patiënten delen van het zorgtraject gezamenlijk doorlopen (Projectbeschrijving PHI Joint Care®, 10 april 2006). De keuze voor PHI-project Joint Care® is gemaakt op basis van pragmatische redenen door de stafmedewerker van het St. Jansdal. Dit was een project waarbij nog geen soortgelijk onderzoek heeft plaatsgevonden en waar projectteamleden tijd hadden om mee te werken.

### Mesos Medisch Centrum

Het Mesos Medisch Centrum in Utrecht is een algemeen ziekenhuis dat beschikt over 529 ziekenhuisbedden. In Mesos werken ongeveer 1500 medewerkers, waarvan ongeveer 100 medisch specialisten en 500 verpleegkundigen. Het Mesos Medisch Centrum biedt verpleegkundige en medisch-specialistische basiszorg aan de bevolking van West-Utrecht en Leidsche Rijn ([www.mesos.nl](http://www.mesos.nl), juni 2007).

Het Mesos Medisch Centrum is in mei 2006 gestart met het project Voorspelde Zorg. Het doel van het project Voorspelde Zorg is: 'in de planbare zorg meer efficiency en uniformiteit te realiseren, met verhoging van de service en doelmatigheid' (projectbeschrijving Voorspelde Zorg 2007). Dit wordt vormgegeven door het ontwikkelen van zorgprogramma's rondom een patiëntengroep. Het project Voorspelde Zorg is in eerste instantie op de poliklinieken en OK gericht, maar in sommige gevallen loopt het proces door in de kliniek en weer terug. De Raad van Bestuur en zorgmanagers hebben een extern organisatieadviseur benaderd om het project vorm te geven en te begeleiden. De organisatieadviseur heeft het project Voorspelde Zorg vorm gegeven vanuit een sociaalconstructivistisch mensbeeld. Zij vindt het belangrijk dat mensen met elkaar in gesprek gaan en met elkaar verbonden worden zodat er een verandermodus ontstaat. Deze elementen heeft ze verweven in de projectopzet. Het project Voorspelde Zorg is gericht op een totaal specialisme, waarbij verschillende zorgprogramma's tegelijkertijd worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Ook voor chirurgie is het project van start gegaan. In samenspraak met de stafmedewerkers van het Mesos Medisch Centrum is gekozen voor chirurgie, omdat de organisatieadviseur daar het minst bij betrokken is. De organisatieadviseur is namelijk tevens begeleider van deze afstudeerscriptie. Hierover wordt in de discussie een toelichting gegeven.

## 2.3 Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de maanden maart en april van 2007. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in drie verschillende fases: een kennismakingsgesprek, open interviews en een reflectiebijeenkomst.

### Fase 1. Kennismakingsgesprek

In het kennismakingsgesprek met een stafmedewerker van het betreffende ziekenhuis is gesproken over de aanleiding, het doel en de opzet van het geselecteerde PHI-project. Daarnaast heeft de stafmedewerker aangegeven welke medewerkers betrokken zijn bij het PHI-project en tevens benaderd konden worden door de onderzoeker voor een open interview. Bij de selectie van de respondenten was het criteria dat de respondenten uit verschillende disciplines kwamen. In de kennismakingsgesprekken zijn de volgende documenten ontvangen waarin de aanleiding, het doel en de opzet van de PHI-projecten beschreven worden:

- Draaiboek Procesherinrichting, Sneller Beter pijler 3 2005 (St. Jansdal)
- Projectbeschrijving PHI Joint Care, ziekenhuis St. Jansdal, 10 april 2004
- Projectbeschrijving van het project Voorspelde zorg, juni 2007 (Mesos)
- Projectplan project Chirurgisch Behandelcentrum, werkstroom diagnose- en zorgpaden, 8 september 2006 (het UMC Utrecht).

Op basis van de informatie uit het kennismakingsgesprek, de bestaande documenten en het theoretische kader is een vragenlijst ontwikkeld voor de open interviews (Bijlage A). De vragenlijst bestaat uit topicvragen.

### Fase 2. Open interviews

De open interviews behoren tot de kern van het onderzoek. In open vraaggesprekken worden naar verwachting de assumpties, motieven en gedragingen van de mensen in de organisatie blootgelegd.

Er vonden in totaal zeventien open interviews plaats met projectontwerpers, projectbegeleiders en projectteamleden. Projectontwerpers zijn de mensen die het project ontworpen hebben. Projectbegeleiders zijn de mensen die het project begeleiden. Projectteamleden zijn de mensen die deelnemen in het projectteam of op een andere manier nauw betrokken zijn bij de organisatie van het project. De rol van projectontwerper en projectbegeleider werd in twee ziekenhuizen door dezelfde persoon vervuld. Aan de projectontwerpers en projectbegeleiders is gevraagd hoe het project ontworpen en begeleid wordt en hoe dit bijdraagt aan het leervermogen van de organisatie. Aan de projectteamleden is gevraagd te beschrijven hoe het project eruit ziet en welke ervaring zij hebben met de afzonderlijke projectonderdelen.

In de open interviews stonden de vragen van de vragenlijst centraal (Bijlage A), maar deze werden aangevuld met verdiepende vragen om de gegeven antwoorden te verhelderen.

In totaal zijn achttien personen benaderd voor een interview. Eén projectteamlid van het UMC Utrecht wilde niet meewerken vanwege een reeds volle agenda.

In de onderstaande tabel (tabel 2) is weergegeven welk soort respondenten per project geïnterviewd zijn. De projectteamleden van het Mesos en het St. Jansdal zijn vanaf het begin bij het project betrokken. In het UMC Utrecht zijn twee projectteamleden pas een

halfjaar na de start van het PHI-project ingestroomd in het projectteam. Om ervoor te zorgen dat de respondenten anoniem blijven worden niet meer gegevens van de respondenten vrijgegeven.

**Tabel 2. Overzicht van alle respondenten**

Respondenten	Mesos	UMC Utrecht	St. Jansdal
Projectontwerper	1	1	1
Projectontwerper/begeleider		1	1
Projectbegeleider	1		
Projectteamlid	4	3	4
<b>Totaal aantal respondenten</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Totaal aantal projectleden</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
<b>% respondenten (-projectontwerper) t.o.v. projectleden</b>	<b>83%</b>	<b>66%</b>	<b>55%</b>

De interviews duurden gemiddeld 37 minuten. Twee interviews hebben telefonisch plaatsgevonden, omdat de telefonische afspraken beter in te plannen was in de agenda van de respondent en de onderzoeker. De interviews zijn opgenomen op een MP3-speler en voor het grootste deel woordelijk uitgetypt. Alle respondenten hebben een interviewverslag per mail ontvangen, zodat zij aan konden geven of het interview een juiste weergave was van hun betekenisgeving van de realiteit. Hierdoor zijn onvolledigheden of onjuistheden weggenomen, waardoor de betrouwbaarheid van de data vergroot is. Drie respondenten hebben het interview met kleine wijzigingen terug gestuurd.

### Fase 3. Reflectiebijeenkomst

Eind mei heeft voor elk project een reflectiebijeenkomst plaatsgevonden. In de reflectiebijeenkomst werden de resultaten van de interviews teruggekoppeld en werd doorgesproken over de factoren die het vernieuwen en leren belemmeren of juist stimuleren. Het doel van de reflectiebijeenkomst was om de projectbegeleider en het projectteamlid met elkaar te laten discussiëren over de onderzoeksresultaten om zo het waarom van en de redeneringen achter de waarnemingen bloot te leggen. Door naast de individuele gesprekken reflectiebijeenkomsten te voeren heeft er triangulatie in de dataverzameling plaatsgevonden. De reflectie tijdens de reflectiebijeenkomsten versterkte de validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens, doordat fouten in de waarnemingen van de onderzoeker door de respondenten benoemd werden. In de gesprekken werden de bevindingen van de onderzoeker veelal bevestigd en met achterliggende verklaringen aangevuld. In de reflectiebijeenkomst is gebruik gemaakt van het overzicht dat in bijlage B is toegevoegd. Bij de reflectiebijeenkomst was in ieder geval een projectbegeleider en projectteamlid aanwezig (tabel 3). Het was lastig om meerdere respondenten op hetzelfde moment bij elkaar te krijgen voor de reflectiebijeenkomst. Om de reflectiebijeenkomst door te laten gaan moesten minimaal een projectbegeleider en projectteamlid aanwezig zijn. Bij het UMC Utrecht was daarnaast ook de projectontwerper aanwezig. Er is niet voor gekozen om andere personen dan de reeds geïnterviewde respondenten uit te nodigen. Hier wordt in de discussie op teruggekomen.



De reflectiebijeenkomsten duurde gemiddeld 45 minuten, werden opgenomen op een MP3-speler en uitgewerkt in een verslag.

**Tabel 3. Overzicht van respondenten reflectiebijeenkomst**

<b>Respondenten</b>	<b>Mesos</b>	<b>UMC Utrecht</b>	<b>St. Jansdal</b>
Projectontwerper		1	
Projectontwerper/begeleider		1	1
Projectbegeleider	1		
Projectteamlid	1	1	1
<b>Totaal aantal respondenten reflectiebijeenkomst</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Totaal aantal respondenten</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>% respondenten reflectiebijeenkomst t.o.v. totale aantal respondenten</b>	<b>33%</b>	<b>60%</b>	<b>33%</b>

## 2.4 Data-analyse

De uitgetypte interviews dienden als input voor de data-analyse. De interviews zijn geanalyseerd door middel van coderen. Het coderen gebeurde deels aan de hand van open codes en deel door middel van een gedefinieerde codesleutel.

De eerste twee deelvragen zijn beantwoord door middel van een codesleutel. De codesleutel bestaat uit de acht contexten/processen die volgens Boonstra (2002) gecreëerd moeten worden om vernieuwings- en leerprocessen op gang te brengen. Deze acht contexten/processen zijn geoperationaliseerd (Bijlage C). Vervolgens is gekeken in welke vorm de contexten/processen voorkwamen in de veranderstrategie van het desbetreffende project.

Voor de derde en vierde deelvraag is gebruik gemaakt van open coderen. Open coderen houdt in dat alles wat met betrekking tot de deelvragen opvalt in de verslagen een trefwoord of code krijgt (Bosch 1996: 49). Deze trefwoorden bestaan voor een groot deel uit de letterlijke woorden van de respondent of de samengevatte woorden die in het verslag zijn geconstrueerd. Vervolgens wordt selectief gecodeerd. Selectief coderen houdt in dat op basis van de ontwikkelde ideeën in de probleemstelling, theoretisch kader en het onderzoek de aandacht gericht wordt op het selecteren van kerncategorieën (Bosch 1996: 95). De open codes zijn samengevoegd in een overzichtelijk codeschema dat aan de deelvragen gekoppeld is.

De data-analyse heeft in verschillende stappen plaatsgevonden. Allereerst zijn de deelvragen per project geanalyseerd: de projectanalyse. De resultaten van de analyse vormden de input voor de reflectiebijeenkomsten. Het verslag van het reflectiebijeenkomst werd verwerkt in de projectanalyse. De drie projectanalyses zijn vervolgens met elkaar vergeleken. Aan de hand daarvan zijn de resultaten beschreven. De resultaten volgen in het volgende hoofdstuk.

### 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven door antwoord te geven op de deelvragen. Deelvraag één en twee worden in de eerste paragraaf behandeld. Deelvraag drie en vier volgen in de twee paragrafen daarna. Dit hoofdstuk is vooral beschrijvend van aard. In de conclusie worden de resultaten van dit onderzoek gekoppeld aan de theoretische concepten van het onbewust vernieuwend leren, zoals in het theoretisch kader is gegeven. In Bijlage D is een korte beschrijving te vinden van de veranderstrategie van de drie PHI-projecten.

#### 3.1 Gecreëerde contexten en interventies

In deze paragraaf wordt beschreven welke contexten en interventies door de projectontwerpers en projectbegeleiders in het PHI-project gecreëerd zijn om het onbewust vernieuwend leervermogen van de organisatie te gebruiken. Deze worden vergeleken met de contexten en interventies die de projectteamleden waarnemen en ervaren. De interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de acht contexten en interventies die volgens Boonstra (2000:24-26) gecreëerd moeten worden om het vernieuwend leervermogen van de organisatie te gebruiken. De barrières en succesfactoren om ruimte te geven aan de contexten en interventies van Boonstra worden hier benoemd en in paragraaf 3.2 uitgebreider besproken.

##### Zichtbare feedbackprocessen.

Van zichtbare feedbackprocessen is sprake als op expliciete wijze ruimte gecreëerd wordt voor positieve en negatieve terugkoppeling over de huidige manier van organiseren. Feedbackprocessen worden in de drie PHI-projecten zichtbaar tijdens projectbijeenkomsten. In de projectbijeenkomsten wordt besproken wat de status is van het project, of alles nog volgens plan verloopt en wat verbeterd kan worden. Dit wordt ook besproken tijdens één-op-één gesprekken van de procesbegeleider en individuele projectteamleden en projectteamleden onderling. In het Mesos en het UMC Utrecht wordt de voortgang van het project geëvalueerd door een stuurgroep. In het UMC Utrecht gebeurt dit daarnaast ook wekelijks door het kernteam. In het kernteam zitten de projectleiders van het project diagnose- en zorgpaden en de projectleiders van de deelprojecten.

Projectteamleden hebben de vrijheid om zelf invulling en ruimte te geven aan terugkoppeling naar collega's die zij vertegenwoordigen. Dit wordt vaak tijdens het teamoverleg gedaan, maar ook spontaan tijdens de koffiepauze. In het St. Jansdal hangt er op de verpleegafdeling een knelpuntenformulier waarop alle verpleegkundigen hun bevindingen kunnen opschrijven.

In het Mesos vindt de zichtbare feedback met name plaats tijdens de implementatiefase. Het specialisme chirurgie moest op het moment van het onderzoek nog beginnen met de implementatiefase. De intentie is om in de implementatiefase regelmatig momenten in te bouwen waar ruimte is voor terugkoppeling door betrokken medewerkers.

### Ruimte voor processen van zelforganisatie

Zelforganisatie is een proces waarbij schijnbaar spontaan structuren in de organisatie ontstaan. Een belangrijk kenmerk van zelforganisatie is dat niemand doelbewust structuren in het systeem aanbrengt. Een verandermanager kan wel voorwaarden creëren waardoor zelforganisatie kan plaatsvinden.

In de projecten werd de ruimte voor processen van zelforganisatie heel verschillend ingevuld en ervaren. De projectontwerpers en begeleiders geven aan dat de intentie om ruimte te geven aan zelforganisatie aanwezig is. In het UMC Utrecht vertellen de projectontwerpers/begeleiders:

*“We willen dat de medewerkers zelf de problemen oplossen. Onze rol ligt vooral in het ondersteunen en aanreiken van kennis en adviezen waar nodig.”*

En *“Het heeft geen zin om een vast stappenplan naar binnen te rijden. Dat gaat toch vaak niet werken. We geven ze input om vervolgens zelf het project vorm te geven. We proberen het aan te passen aan de groep mensen die het gaat doen en laten het ook door henzelf aansturen.”*

De projectteamleden van het UMC Utrecht zien wel dat er ruimte is om invulling te geven aan het projectontwerp, maar vinden dat beslissingen over heel veel schijven moeten, voordat ze genomen zijn. De ruimte voor zelforganisatie wordt hierdoor beperkt. In de reflectiebijeenkomst is hierop teruggekomen. De aanwezigen bevestigen dat er weinig ruimte is voor zelforganisatie. Dit wordt met name veroorzaakt door de organisatiestructuur die haaks staat op een organisatiestructuur van zorgpaden. De organisatie is georganiseerd rondom specialismen. Nu het proces georganiseerd wordt rondom patiëntgroepen moeten de specialismen samenwerken en worden beslissingen per specialisme (en ook andere functieafdelingen) overwogen en ingestemd (dit punt wordt verder uitgewerkt in paragraaf 2.2).

Het St. Jansdal kent een andere situatie. Daar is het heup-/knieproject door de Raad van Bestuur opgelegd. Het project is geïnitieerd vanwege de concurrentiepositie in de regio. Binnen de door de Raad van Bestuur vastgestelde doelstellingen kreeg het projectteam ruimte om een eigen invulling te geven. Hierover zegt een projectteamlid gezegd:

*‘Het is prima dat het ziekenhuis het project graag wil uitvoeren, maar als dan blijkt dat daarvoor geld en tijd nodig is, duurt het vervolgens lang voordat dat beschikbaar is.’*

Het project moet gerealiseerd worden, maar de projectteamleden ervaren dat er weinig middelen zijn om uitvoering te geven aan het project. Hierdoor wordt de ruimte voor zelforganisatie beperkt. Daarnaast werken de orthopeden, die een leidende rol hebben in de uitvoering van het project, niet altijd even goed mee, waardoor de andere projectteamleden belemmerd worden in vrijheid om zelf zaken te organiseren. De ontwerper van het PHI-project van Sneller Beter benadrukt dat het heel belangrijk is dat mensen zelf vorm geven aan de procesherinrichting, anders werkt het niet. Maar hij geeft wel aan dat de Raad van Bestuur middelen en menskracht ter beschikking moet stellen om het project te kunnen realiseren.

In het Mesos wordt expliciet ruimte gegeven aan zelforganisatie. Aan het einde van de brainstormdag wordt besproken welke randvoorwaarden nodig zijn om de zorgprogramma's te realiseren en welke stuurindicatoren nodig zijn om de zorgprogramma's te monitoren. De projectontwerper ziet het vervolgens als haar taak om bij de stuurgroep te zorgen dat de randvoorwaarden (financiële, organisatorische, bouwkundige) door de Raad van Bestuur beschikbaar gesteld worden. Dit doet zij door de

problemen zo te verzwaren dat de Raad van Bestuur het belang inziet van de investering. De gewenste situatie wordt vervolgens in een implementatieplan weergegeven door het afdelingshoofd en een vertegenwoordiger van de specialisten. Binnen de randvoorwaarden hebben zij de ruimte om hier zelf invulling aan te geven. De ervaring leert dat echte zelforganisatie direct na de brainstormdag ontstaat, voordat het implementatieplan gemaakt is. Mensen komen met nieuwe plannen en energie terug van de brainstormdag en willen gelijk aan de slag. De projectontwerper zegt hier het volgende over:

*‘Je ziet op het moment dat je het plan aan het maken bent dat er al een heleboel gebeurd is. De één is al bezig gegaan met folders en de ander is wat anders gaan doen. Mensen komen op de dag en hebben allemaal energie en hebben er zin in om de schouders eronder te zetten. En als je dan een plan gaat maken ga je weer vastleggen wat iedereen moet doen. Dan kijken mensen naar het plan en denken: oké ik hoef niets want dat is verantwoordelijkheid van iemand anders. Dan schieten mensen onmiddellijk terug in hun oude structuur van verantwoordelijkheden. Dat wil ik niet, want als iemand op de brainstormdag helemaal begeistert is geworden dan zeg ik ‘ga het doen, ga ermee aan de gang, steek er tijd en energie in, morgen!’. Daar waar je niet teveel stuurt, gebeurt er van alles. En is het misschien wel veel belangrijker om te kijken waar het stopt en wat je moet doen om de barrières weg te halen.’*

Door ervoor te zorgen dat er tijd zit tussen de brainstormdag en het implementatieplan wordt ruimte geboden aan zelforganisatie. De medewerkers die van de brainstormdag terug kwamen bevestigden dat ze het liefst direct aan de slag wilden en ook de ruimte ervaarden om dat te doen. Een projectteamlid vertelt echter:

*“Teveel ruimte kan er ook voor zorgen dat je niet zo goed weet hoe je het op moet pakken. Je hebt geen houvast. Op de dag zijn zoveel onderwerpen aan bod gekomen. Alles heeft met alles te maken. Het zijn ook onderwerpen die mij en de verpleegafdeling niet altijd aangaan. Het is teveel. Dan kun je niet zeggen ‘ga er maar wat uithalen’. We hebben het [implementatie]plan wel echt nodig gehad.”*

Ondanks deze kanttekening hebben de projectteamleden enkele zaken zelfstandig opgepakt.

#### Interactieprocessen tussen actoren.

In interactieprocessen is ruimte voor actie en reactie tussen verschillende actoren. De interactie tussen de betrokken medewerkers wordt gefaciliteerd in bijeenkomsten waar projectteamleden bij elkaar komen.

In het St. Jansdal komt het projectteam gemiddeld één keer per maand bij elkaar.

Daarnaast hebben zij een gezamenlijk bezoek gebracht aan een ziekenhuis dat reeds met het concept Joint Care® werkt en bezoeken zij de landelijke dagen van Sneller Beter. Vooral de interactie met collega's uit het bezochte ziekenhuis werd als heel leerzaam ervaren. De interactie in het projectteam wordt niet als stimulerend ervaren. Het project verloopt traag en dat demotiveert projectteamleden. Tijdens bijeenkomsten worden volgens de projectteamleden niet veel besluiten genomen. De projectbegeleider denkt dat dit vooral ligt aan een combinatie van karakters en mensen die elkaar niet stimuleren. Daarnaast ontbreken volgens haar natuurlijke leiders onder de zorgprofessionals. Zij heeft in de weken vlak voor de reflectiebijeenkomst ervaren dat veel interactie een stimulerend

effect heeft op de voortgang van het project. Door een memo van de Raad van Bestuur werd de projectgroep opgeroepen om de vaart in het project te houden. Direct daarna hebben de projectteamleden contact gezocht met de projectbegeleider en is de projectgroep bij elkaar gekomen. Volgens de projectbegeleider droegen deze contactmomenten bij aan een versnelde voortgang van het project omdat de interactie tussen de projectteamleden gestimuleerd werd.

Het projectteam in het UMC Utrecht komt wekelijks bij elkaar. Daarover zegt de projectbegeleider:

*‘Het heeft met name op orthopedie een belangrijke impact, dat mensen nu makkelijker met elkaar om gaan dan in het verleden en elkaar kennelijk makkelijker durven aan te spreken. Dat is ontstaan omdat we toch wekelijks tijd vinden om met elkaar te praten.*

*Dat is ook een stukje verandering, een stapje in de goede richting.’*

De projectteamleden benadrukken allen het belang van de wekelijkse bijeenkomsten. Op de projectbijeenkomsten wordt aan de hand van een agenda gesproken over actuele onderwerpen. Een projectteamlid vertelt:

*“Het is denk ik belangrijk dat we regelmatig bij elkaar komen. Dan houd je de vaart erin en blijven mensen met het proces bezig. Mensen hoeven niet elke keer opnieuw te beginnen. Je houdt er toch een bepaalde betrokkenheid bij.”*

De projectteamleden interacteren op hun beurt weer met collega's op de werkvloer. Zij doen dit om directe collega's betrokken te houden bij de verandering. Hun input en reacties worden belangrijk gevonden, omdat zij degene zijn die met de systematiek op de polikliniek werken en veel beter weten waar de schoen wringt.

In het Mesos zijn verschillende interactiemomenten in het projectprogramma gecreëerd. Dat is onder andere een interview van de stafmedewerker met alle sleutelfiguren en een focusgroep waarin patiënten vertellen over hun ervaringen. Met name op de georganiseerde brainstormdag staat interactie tussen medewerkers centraal. De brainstormdag duurt van acht uur 's ochtends tot acht uur 's avonds, waardoor het normale werkritme verstoord wordt en mensen niet het idee hebben dat dit het zoveelste werkoverleg is. Tijdens de brainstormdag zijn de betrokken medewerkers van de afdeling bij elkaar om het analyserapport van de huidige situatie te bespreken en nieuwe zorgpaden te ontwikkelen. Interactie is op die dag heel belangrijk. Interactie wordt gecreëerd door enerzijds in groepen met elkaar in gesprek te gaan en anderzijds door voldoende rustmomenten/pauzes in te lassen, waarin ruimte wordt geboden voor spontane ontmoetingen.

Op één moment in het project wordt interactie bewust voorkomen. Het analyserapport, dat bestaat uit de resultaten van de analyse van de huidige situatie (resultaten van interviews, focusgroepen, kwantitatieve gegevens), wordt pas kort voor de brainstormdag uitgedeeld. Dit is vaak maximaal zeven dagen voor de brainstormdag met altijd een weekend ertussen. Hierdoor wordt zo weinig mogelijk ruimte gelaten voor ongewenste bilateraaltes en reeds vooringenomen individuele standpunten.

De projectontwerper zegt over de brainstormdag:

*“Ik geloof ook heel erg in de brainstormdag. Doen we ook bewust buiten het ziekenhuis, geen piepers mee. Het kost mensen tijd om buiten de eigen kaders te denken. Ik geloof niet dat je dat kunt doen als je het in werkgroepen doet, dat is niet effectief. Ik vind het zo inefficiënt vergaderen (...) Je moet het met de hele groep in een lange periode doen..*

*Een lange periode maakt dat mensen veel gemakkelijker uit de context kunnen stappen en de methodologie te pakken krijgen om die toe te passen voor een ander zorgpad.”*

De projectteamleden zijn erg enthousiast over de brainstormdag. In eerste instantie vroegen ze zich af hoe veilig het was om op de brainstormdag van alles te zeggen waar iedereen bij is, met name ten aanzien van de chirurgen. Maar op de dag zelf hebben zij dit als minder bezwaarlijk ervaren. Over de interactie tijdens de pauze zegt een projectteamlid:

*“Je hoort op zo’n dag wel heel veel en je praat ook tijdens de pauze, dan hoor je de meeste dingen.”*

En een ander projectteamlid vertelt:

*“Het is leerzaam dat je het überhaupt eens met je collega’s hebt over de processen. Interdisciplinair en ook multidisciplinair. Wanneer praat je nou met de mensen in huis over dat soort processen.”*

Ook in het UMC Utrecht zijn bij aanvang van het project twee middagsessies georganiseerd, waarbij een projectteamlid van orthopedie aanwezig was om te praten over de problemen op de afdeling orthopedie. Zij vertelt over deze middagen:

*“Dat was heel leerzaam om daarover mee te praten, te horen en te zien wat binnen twee uur tot stand gebracht wordt met elkaar. Terwijl als je dat binnen de organisatie allemaal apart gaat doen, zal dat weken in beslag nemen. Plus dat iedereen het idee had dat ze gehoord werden.”*

#### Meervoudigheid en variëteit omdat meerdere stemmen klinken.

Meervoudigheid en variëteit in de stemmen die klinken, ontstaan doordat veel verschillende disciplines en zorgprofessionals betrokken worden in het project.

In elke veranderstrategie is multidisciplinariteit een uitgangspunt. In de drie projecten zijn de meeste disciplines vertegenwoordigd. Disciplines die maar een klein deel van het proces invullen, worden gevraagd aan te schuiven als het over een voor hun relevant onderdeel van het project gaat. De vertegenwoordigers van de disciplines (de projectteamleden) bespreken de projectvoortgang tijdens werkoverleggen met collega’s. In het UMC Utrecht namen bij de aanvang van het project alleen teamleiders en afdelingshoofden deel aan het projectteam. Men ontdekte dat de expertise ontbrak van mensen op de werkvloer met kennis over de praktijk van alle dag. Vanaf dat moment zijn polikliniekmedewerkers uitgenodigd om deel te nemen in de projectteam. In het UMC Utrecht vinden de projectteamleden het belangrijk dat ook de stem van hun achterban goed doorklinkt. Een polikliniekassistent vraagt daarom regelmatig een collega mee naar de projectbijeenkomsten en vraagt op verschillende momenten naar de mening van haar collega’s.

In het Mesos worden alle sleutelfiguren van het specialisme geïnterviewd en op de brainstormdag waren in totaal vijftig medewerkers van het specialisme aanwezig. Verder worden huisartsen door middel van een huisartsenchannel en patiënten door middel van focusgroepen gevraagd naar hun mening over de zorg die door het specialisme verleend wordt. Meervoudigheid wordt op deze manieren gestimuleerd. Dit wordt gedaan om te laten zien dat de stem van alle medewerkers mee telt en om meningen en inzichten te horen van mensen die op verschillende manier bij het zorgproces betrokken zijn.

In het St. Jansdal geeft een projectteamlid aan dat het soms lastig is om af te spreken doordat er zoveel verschillende disciplines betrokken zijn. Een projectteamlid vertelt:

*“Omdat je met veel verschillende disciplines te maken hebt is het soms lastig om tijd te vinden om bij elkaar te zitten. Elke discipline heeft zo zijn eigen afbakening. OK is alleen maar OK. Fysiotherapie wandelt een ander stukje mee met de patiënt. De poliassistenten zien de patiënt nog het meeste. De ene disciplines heeft niet altijd inzicht in het werkgebied van een andere disciplines. Dat inzicht wordt wel gegeven in het projectteam.”*

De inbreng van verschillende disciplines geeft een totaalbeeld van het gehele proces. Dit is een belangrijke reden om in de veranderstrategie ruimte te creëren voor variatie en meervoudigheid van de betrokken medewerkers.

### Zichtbare betekenissen en vooronderstellingen

De verschillende betekenissen en vooronderstellingen worden zichtbaar waar ruimte geboden wordt voor het uitwisselen van kennis en ervaringen, interpretaties van gebeurtenissen, persoonlijke gevoelens, ambities en perspectieven op de toekomstige mogelijkheden. Deze ruimte wordt met name geboden in bijeenkomst van het projectteam in het UMC Utrecht en het St. Jansdal, de kickoff-bijeenkomst van het UMC Utrecht en de interviews en brainstormdag van het Mesos.

In het UMC Utrecht vinden de projectleiders het belangrijk dat mensen hun ideeën en inzichten delen en voortbouwen op de kennis die er al is. Maar de projectbegeleider van het UMC Utrecht vindt het lastig om tot elkaar te komen en sturing te geven als alle ideeën en betekenissen uitgewisseld worden. De projectteamleden vinden dat ze in de projectbijeenkomsten ruimte hebben om hun mening en ideeën te geven en dat er naar hen geluisterd wordt. Vooral tijdens de kickoff-bijeenkomst aan het begin van het project werd ruimte gegeven aan het uitwisselen van ideeën en ervaringen. Hierbij was echter maar één van de geïnterviewde projectteamleden aanwezig.

In het Mesos worden betekenissen, meningen en ervaringen over de huidige situatie verzameld door middel van interviews in de eerst fase van het project. Ook het ochtenddeel van de brainstormdag wordt gebruikt om betekenissen over de huidige situatie te delen. In de middag wordt in kleine groepen inhoud gegeven aan de zorgprogramma's. Dan worden betekenissen gedeeld over de gewenste situatie.

De projectbegeleider vertelt over de brainstormdag:

*“Je hoopt dat door met de mensen aan tafel te zitten, begrip gecreëerd wordt voor de verschillende beelden die over eenzelfde situatie bestaan.”*

De interviews hebben hierin een speciale functie. Hierover zegt de projectbegeleider:

*“In een interview hebben alle betrokkene de gelegenheid om te zeggen wat hun dwars zit of waar ze positief over zijn. De ervaring leert dat medewerkers in het interview meer vrijheid ervaren om alles te zeggen dan op een brainstormdag of andere bijeenkomsten. Door een interview komen belangrijke knelpunten zoals bijvoorbeeld de samenwerking tussen chirurg en verpleegkundige aan het licht.”*

De projectteamleden vinden de interviews prettig en leuk en hebben het idee dat er echt naar hun mening geluisterd wordt en dat het er iets toe doet.

In het St. Jansdal vindt het uitwisselen van ideeën alleen plaats tijdens de projectbijeenkomst. Daarin wordt met elkaar gesproken over de problemen en oplossingen van de procesherinrichting. Projectteamleden hebben het idee dat ze hun mening en ervaring kunnen delen en dat er naar hen geluisterd wordt.

In de projectbijeenkomsten van de drie projecten zijn er projectteamleden aanwezig die hun achterban vertegenwoordigen. Hier ligt de veronderstelling achter dat alle leden van een discipline dezelfde mening hebben over een onderwerp. Dit is echter niet altijd zo. Een projectteamlid van het UMC Utrecht vertelt:

*“Als je een groep hebt en je zet er van elke discipline één persoon in dan ga je ervan uit dat die persoon de mening heeft voor al die personen uit die disciplines. In ons groepje zat bijvoorbeeld één specialist die zegt ‘de dokters zeggen dit’. Dan ga je ervan uit dat dat de mening van de dokters is. Terwijl als je met zes dokter om de tafel zit, daar ook weer drie verschillende meningen in zitten. Dat betekent niet dat je iedereen altijd maar in elk groepje moet zetten. Maar in die bijeenkomst zaten een heleboel dokters. Dat betekent wel dat als iemand zegt ‘wij doen dat altijd zo’ dat helemaal niet zo is. En dat je dat ook tegen elkaar uit durft te spreken. Dat lukt alleen als je de hele club bij elkaar hebt.”*

In de drie projecten wordt dit opgelost doordat de projectteamleden de voortgang van het project bespreken tijdens teamoverleggen en werkoverleggen. Op deze manier worden de verschillende meningen en ervaringen van collega's verzameld. In het UMC Utrecht nemen de projectteamleden soms een collega mee, zodat deze zelf de betekenissen over de onderwerpen kan uitwisselen. Tijdens de brainstormdag en de interviews wordt in het Mesos een poging gedaan om zoveel mogelijk mensen uit te nodigen om zo meerdere perspectieven (van eenzelfde discipline) te horen. In het St. Jansdal hangt op de verpleegafdeling een knelpuntenformulier waarop alle verpleegkundigen hun feedback, ervaringen en ideeën kunnen opschrijven. Met name in het UMC Utrecht en het St. Jansdal worden alle verzamelde meningen en ideeën door een projectteamlid samengevat en als één perspectief van de gehele discipline in een projectbijeenkomst ten gehore gebracht. Hierdoor wordt tekort gedaan aan de enorme variatie van perspectieven die binnen disciplines leeft.

#### Dialogoog met gedeelde betekenisgeving

Van een dialogoog met gedeelde betekenisgeving is sprake als meer dan twee mensen met elkaar in gesprek zijn en na gaan welke perspectieven gedeeld worden over tijd, situaties en relaties heen.

De dialogoog met gedeelde betekenisgeving wordt in het St. Jansdal en het UMC Utrecht gevoerd tijdens de projectbijeenkomsten. In het Mesos draagt de brainstormdag en de bijeenkomsten van de stuurgroep bij aan het dialogoog van gedeelde betekenisgeving.

Tijdens de brainstormdag van het Mesos staat het gesprek over de gedeelde betekenissen centraal. De projectontwerper zegt hierover:

*“Je merkt vooral dat het gaat om het met elkaar discussiëren. Waarom doen we het altijd zo? Kan het ook anders? En waarom zouden we dat willen? Op één of andere manier werkt dat altijd heel goed en vraag me niet hoe. Je ziet ook dat het in de simpele dingen zit. En dat door er met elkaar over te praten oplossingen komen die zo simpel lijken, maar nooit zijn gezien. Het heeft er waarschijnlijk mee te maken dat je die dag structuren legt om met elkaar te discussiëren, waardoor iemand ineens zegt ‘nou joh, dat ga ik voor je doen, want als ik dat opschrijf kun jij ermee verder’. Dat ze ineens inzien wat de ander doet en wat eigenlijk overgenomen kan worden van elkaar waardoor het voor de ander weer makkelijker wordt.”*



Ook als het rapport van de brainstormdag naderhand besproken wordt met de stuurgroep worden kernpunten geformuleerd en betekenis gegeven aan de problemen en oplossingen die door de afdelingen aangedragen worden.

Projectteamleden ervoeren tijdens de brainstormdag dat door dialoog nieuwe ideeën ontstaan waar ze met z'n allen achter kunnen staan. Geen van de projectteamleden liet weten niet achter de nieuwe ideeën te staan.

In het UMC Utrecht vindt het dialoog wekelijks plaats. De projectbegeleider zegt hierover:

*“Doordat je de knelpunten met elkaar bespreekt kom je sneller achter de goede oplossing voor iets.”*

Een hulpmiddel om problemen en knelpunten te bespreken en verbeterpunten te formuleren is de time-task-matrix. De projectontwerper zegt:

*“Een goed idee ontstaat zelden in je eentje achter een bureau. Goede ideeën zijn daar wel uitgewerkt, maar je hebt anderen nodig om ze te bedenken.”*

Het projectteamlid dat op de kickoff-bijeenkomst aanwezig was, vindt de gedeelde betekenisgeving vooral zichtbaar tijdens die bijeenkomst.

Voor het St. Jansdal wordt vanuit Sneller Beter de processtap geadviseerd, waarin de huidige en gewenste situatie wordt besproken en beschreven. Daar komen dan knelpunten uit voort die aangepakt kunnen worden. Sneller Beter wil geen standaardoplossingen aanbieden voor de procesherinrichting, maar wil dat ziekenhuizen binnen hun eigen context naar oplossingen zoeken. De projectontwerper zegt;

*“De ervaring leert dat ziekenhuizen hele creatieve dingen gedaan hebben terwijl wij dat niet bedacht hadden”.*

In het St. Jansdal wordt tijdens de projectteambijeenkomsten gezocht naar een goede beschrijving van huidige en gewenste situatie. Echter is de doelstelling en een groot deel van de invulling van de gewenste situatie (Joint Care) door de Raad van Bestuur opgelegd. De patiënten die komen voor heup-/knieoperatie worden gezamenlijk behandeld. De projectteamleden hebben niet de vrijheid om dat ter discussie te stellen, waardoor geen ruimte is om een andere betekenis te geven aan de problemen en oplossingen. In de volgende paragraaf wordt hier uitgebreider op ingegaan.

#### Gezamenlijke handelingsalternatieven en processen van handelen.

In de dialogen met gedeelde betekenisgeving wordt gestreefd naar gezamenlijke actieperspectieven in het handelen. Uit de interviews komt naar voren dat besluitvorming hierin een belangrijke factor is. In de dialoog met gedeelde betekenisgeving worden de problemen, knelpunten en oplossingen benoemd. Om te komen tot een gezamenlijke actieperspectief in het handelen moeten besluiten genomen worden waar de medewerkers die ermee gaan werken achter kunnen staan.

In het Mesos worden deze besluiten bewust niet te vroeg genomen. Aan het einde van de brainstormdag worden bijvoorbeeld geen besluiten genomen. Er zit bewust tijd tussen de brainstormdag en het moment dat alle plannen in een implementatieplan worden vastgelegd. Hierdoor wordt het ontstaan van spontane handelingsalternatieven gestimuleerd. De belangrijkste besluiten worden genomen door de stuurgroep. Het afdelingshoofd van chirurgie gaat samen met de vertegenwoordiger van de chirurgen naar de stuurgroep om de nieuwe plannen daar voor te leggen. In de stuurgroep vertellen zij welke zorgpaden bedacht zijn en wat de ideeën zijn van de medewerkers. De stuurgroep

geeft vervolgens toestemming om met de zorgpaden aan de slag te gaan. De zorgpaden worden vervolgens in een kleinere groep uitgewerkt in een implementatieplan. In het St. Jansdal wordt de besluitvorming rondom gezamenlijke handelingsalternatieven als heel traag ervaren door zowel de projectbegeleider als de projectleden. In de reflectiebijeenkomst komt naar voren dat de besluitvorming daarin een belangrijke rol speelt. Een projectteamlid beklagt:

*“Het duurt vaak heel lang voordat er besluiten zijn genomen.(...) Alles wordt doorgeschoven naar een volgende keer en alles en iedereen is afhankelijk van elkaar ”*

Volgens de projectbegeleider is een belangrijke oorzaak hiervan dat de projectteamleden niet allemaal de beslissingsbevoegdheid van hun achterban hebben. Hierdoor moeten veel onderwerpen eerst met de achterban besproken worden voordat een algemeen besluit genomen kan worden.

Ook voor het UMC Utrecht geldt dat het lang duurt voordat besluiten genomen worden. In de reflectiebijeenkomst vertelt een projectteamlid:

*“Het is lastig omdat er naast het project ook andere veranderingen bezig zijn waar wij geen grip op hebben, maar die maken dat wij onze beslismomenten niet goed kunnen bepalen.”*

De projectonderwerpen hangen samen met andere veranderingen. Hierdoor kunnen sommige besluiten niet genomen worden. De projectbegeleider waarschuwt dat het niet altijd nodig is om alles van elkaar afhankelijk te laten zijn. Ze zegt hierover:

*“Je bent geneigd om alles van elkaar afhankelijk te laten zijn. Dat kan ook een valkuil zijn. Want de vraag is of dat wel nodig is. Is het wel terecht dat je even niet verder kan?”*

Gezamenlijke handelingsalternatieven zijn aanwezig, maar besluitvorming tot gezamenlijk handelen wordt door verschillende factoren bemoeilijkt. In het Mesos is de besluitvorming geïntegreerd in de veranderstrategie waarbij de mensen met beslissingsbevoegdheid op een belangrijk moment de besluiten nemen.

### Reflecteren

Reflecteren gebeurt door het project van een afstand te bekijken en achteraf te overwegen wat de achterliggende denkbeelden en assumpties zijn voor de wijze van handelen, betekenisgeving en gebeurtenissen. Alle respondenten zeggen dat in de drie projecten zeer beperkte ruimte wordt gegeven aan reflectie. Reflectie krijgt een weinig expliciete plek in de veranderstrategie.

In het UMC Utrecht reflecteren de projectontwerpers en -begeleiders wel regelmatig over de projecten, maar zij doen dit niet in het projectteam. Ook de stafmedewerkers van het Mesos reflecteren het proces onderling, met de projectontwerper of met het afdelingshoofd van de afdeling, maar niet met alle projectteamleden. Onder de projectteamleden vindt reflectie gaandeweg plaats en tussen de werkzaamheden door.

In het St. Jansdal vraagt de projectbegeleider zich af of reflectie zin heeft. Deze zegt:

*“Als je ‘en-group’ reflecteert heeft dat volgens mij maar een tijdelijk effect. Net als bij een teamoverleg. Je krijgt er energie van als je met elkaar reflecteert. Maar om het effect vast te houden moet je dat wel regelmatig herhalen.”*

De projectontwerper van het UMC Utrecht zegt over reflectie:

*“Je wordt vaak gestuurd door de waan van de dag. Waar te weinig tijd voor genomen wordt is inderdaad even terugkijken en goed na denken over wat zien we nou eigenlijk. Hoe zijn we gekomen op de plek waar we nu zijn.”*

### 3.2 Barrières en succesfactoren

In de voorgaande paragraaf is beschreven hoe de acht contexten en interventies van Boonstra (2002) vorm krijgen in de drie PHI-projecten. Er blijken veel factoren een rol te spelen, waardoor de ruimte voor het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie vergroot of beperkt wordt. In deze paragraaf worden die factoren belicht en besproken. Daarbij worden de barrières, maar ook de succesfactoren benoemd en tegenover elkaar geplaatst.

#### Urgentiebesef

Allereerst is het belangrijk dat medewerkers de urgentie van de procesherinrichting inzien. Als het urgentiebesef onder de projectteamleden en andere medewerkers ontbreekt, wordt het een lastig en mogelijk traag proces om veranderingen en vernieuwing te realiseren.

In het St. Jansdal had het project een vreemde start. De Raad van Bestuur besloot dat er vanwege de concurrentiepositie in de regio Joint Care® moest komen voor patiënten die een heup- of knieoperatie ondergaan. Dit betekent dat de patiënten in groepen van vier patiënten verzorgd en behandeld worden. De projectbegeleider vertelt:

*“Je gaat ervan uit het gezamenlijk behandelen van patiënten een meerwaarde heeft voor de patiënt en hun genezingsproces. Over die veronderstelling is niet iedereen het eens. Dat zou naar mijn mening de bindende factor moeten zijn. Maar omdat het opgelegd wordt door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis zelf is dat lastig. De medewerkers willen wel echt, maar ze geloven niet in het doel. Dat gevoel heb ik. Dan wordt het lastig om aan de intrinsieke motivatie te appelleren.”*

De projectteamleden beseffen dat het project belangrijk is voor de Raad van Bestuur vanwege de concurrentiepositie van het ziekenhuis in de regio. Maar zij denken niet dat het Joint Care® zoveel meerwaarde heeft voor de patiënt. Hierdoor ontbreekt het de projectteamleden aan sense of urgency. Dit is de intrinsieke motivatie en veranderbereidheid waardoor mensen gemotiveerd zijn problemen en oplossingen grondig te onderzoeken om zo te kijken hoe het beter kan. Een projectteamlid verwoordt het als volgt:

*“Het is een project waarvan we weten dat het voor het ziekenhuis alleen gebruikt wordt als reclamemateriaal. Meer is het niet. We hebben niet het gevoel dat we de patiënt beter en sneller het ziekenhuis uit krijgen.”*

Het project verloopt volgens de projectleden in het St. Jansdal mede hierdoor zeer traag. In het Mesos is juist een enorme drive onder de projectteamleden aanwezig om aan de slag te gaan. Een projectteamlid spreekt haar vertrouwen uit over het project en zegt:

*“Daarnaast is er ook het vertrouwen dat het iets oplevert. Dat hebben we vanaf het begin gehad. Dit is gewoon een heel goed initiatief. Daar vraagt de maatschappij steeds meer om. We merkten dat het goed was om het in beeld te brengen en zelf hadden we die behoefte ook om structuur aan te brengen in het doorloopp proces van de patiënt. Wat voor mensen of afdelingen grijpen op dat proces in en waar gaat het dan mis? We hadden echt zoiets van: dat moet wat opleveren, geweldig, we willen er iets mee.”*

Doordat de projectteamleden enthousiast zijn over het project en de intrinsieke motivatie hebben om het zorgproces eens goed onder de loep te nemen, denken ze graag mee en worden verbeterpunten sneller opgepakt.

De projectontwerper van het Mesos benadrukt dat het voor het realiseren van een verandering van groot belang is om bij medewerkers veranderbereidheid te kweken en motivatie te vergroten. Dit doet zij op verschillende manieren. Dat is allereerst door het vinden van een passiepunt bij mensen en hen daarop aan te spreken. Dit gebeurt door medewerkers in de interviews te vragen naar hun dromen. Een tweede manier is het kweken van nieuwsgierigheid onder de medewerkers naar hoe het specialisme ervoor staat. Dit kan gebeuren door data aan te leveren waardoor inzicht gegeven wordt in bijvoorbeeld de positie van het specialisme ten opzichte van de concurrent. Als derde vindt de projectontwerper het belangrijk dat de medewerkers methodieken aanleren, zodat ze zelf in staat zijn om de zorgpaden te ontwerpen.

De projectontwerper van het UMC Utrecht vertelt over het creëren van veranderbereidheid: *“Dat is de uitdaging. Het is zoeken naar de juiste argumenten om te overtuigen. Je moet ze voor houden wat het concreet gaat opleveren. Ik ben enorm voorstander van kleine stapjes voorwaarts. Door te laten zien dat de kleine stapjes werken kun je mensen meekrijgen en kan er een soort vliegwieleffect ontstaan. Het moet energie geven waardoor je elke keer weer nieuwe dingen kunt oppakken.”*

#### Top-down benadering

Een goede start is een belangrijke succesfactor voor het verdere verloop van het project. Uit de praktijk van de drie PHI-projecten is dit ook gebleken.

In het UMC Utrecht heeft het project op orthopedie aan het begin een valse start gemaakt mede door een top-down benadering van de projectleiders. Een projectteamlid geeft aan:

*“Er zijn veel mensen bij betrokken geraakt uit het managementteam. Mensen die al hele goede ideeën hadden en niet bij de polikliniek werkten, maar wel veel inzicht hadden in patiëntenstromen. Die hebben daar een heel plan op gemaakt. Maar niet echt goed gecommuniceerd met de leiding van de polikliniek en al helemaal niet naar de werkvloer. En dat was een valse start. Dat wordt nu ook herkend. Het geeft zoveel weerstand van de mensen die de projectgroep betrokken zijn. Zo van ‘Je zit wel aan mijn polikliniek en we gaan niet zomaar dingen veranderen waarin je mij niet in betreft’. Na zo’n start duurt het maanden voordat de neuzen weer in dezelfde richting staan.”* (projectteamlid UMC)

Deze top-down benadering belemmerde de ruimte van medewerkers om zelf na te denken over vernieuwing. De weerstand die dat oplevert, vertraagt het vernieuwingsproces en het leerproces. Na veel overleggen staan de neuzen weer dezelfde richting.

Ook in het Mesos werd vanuit de top van het ziekenhuis bepaald dat de zorgpaden er moesten komen. Het was de Raad van Bestuur die het project Voorspelde Zorg initieerde. Maar het project is op een manier opgezet, waardoor de top-down beslissing vervolgens bottom-up werd ingevuld. Door de interviews en de brainstormdag krijgen de medewerkers de gelegenheid om te zeggen hoe de huidige situatie er volgens hen uitziet en welke situatie gewenst is en wat er moet gebeuren om daar te komen. Hiermee worden de zorgpaden van henzelf omdat zij de vorm en invulling zelf bedenken. De projectbegeleider zegt hierover:

*“Het respecteert de cultuur en de kwaliteit van mensen. Het brengt daar verbeteringen aan waarvan wij zeggen dat we het zien zitten. Het is mooi om dat te bereiken. Dat je mensen er vol van krijgt [die zeggen:] ‘Het is goed, het staat op papier en is goed besproken met elkaar, iedereen is ervoor terwijl het leek dat iedereen tegen was.’ Mensen krijgen ineens het gevoel dat er nog veel winst te halen is.”*

Een top-down benadering van de Raad van Bestuur vormt een barrière om rekening te houden met het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen in de organisatie. Door de invulling van de zorgpaden over te laten aan de mensen zelf worden zij gestimuleerd tot het creëren van vernieuwing.

Hierbij moet opgemerkt worden dat de goedkeuring van de Raad van Bestuur voor het project van cruciaal belang is voor de medewerkers. Hierover zegt een projectbegeleider van het Mesos:

*“Hier in het ziekenhuis is de goedkeuring van de Raad van Bestuur wel belangrijk. Hier in het ziekenhuis is het wel eens voorgekomen dat de Raad van Bestuur niets deed met initiatieven die opkwamen van de werkvloer. In de interviews kwam dat ook naar voren. Mensen zijn kritisch, cynisch en zelfs een beetje boos. Dan is het ook wel weer de kunst om dat bij te stellen door aan te geven dat we het nu met elkaar in eigen hand hebben er een andere draai aan kunnen geven.”*

Een projectteamlid zegt ook:

*“Het is een helder en gedegen project. Door de manier waarop het geïnitieerd is en ook dat het een besluit van de Raad van Bestuur is om tijd en aandacht te besteden aan dit project, dat is een goede basis.”*

### Tijd en prioriteit

Er is tijd nodig om met elkaar in gesprek te gaan en te praten over de verschillende betekenissen van problemen, knelpunten en oplossingen. En tijd is schaars in een ziekenhuis. De tijd die er is, wordt door een zorgprofessional allereerst besteed aan de patiëntenzorg.

Een projectontwerper van het UMC Utrecht benadrukt dat het lastig is om tijd en aandacht te krijgen van de medewerkers voor het project:

*“En daar zit ook gelijk het grootste probleem: de kans krijgen. Mensen moeten er open voor staan en de tijd eraan willen besteden. Dat blijkt lastig te zijn.”*

Projectteamleden moeten het werk voor het project naast de dagelijks patiëntenzorg realiseren. Een projectteamlid van het St. Jansdal vertelt:

*“Het is natuurlijk lastig als je een drukke praktijk hebt. Er komt een hoop op je af en het heup-/knieproject is één van de vele dingen wat er nog even bijkomt. Dat betekent ook dat het absoluut niet mijn volle aandacht heeft gehad.”*

De aandacht van de projectteamleden wordt verdeeld over de patiëntenzorg en daaraan gerelateerde belangrijke projecten en activiteiten. Prioriteiten worden gesteld op basis van de beschikbare tijd. Hierdoor krijgt het project niet altijd de volle aandacht. Dit is met name in het St. Jansdal het geval. Doordat de medewerkers alles in hun ‘eigen tijd’ moeten doen, zijn ze minder bereid de tijd te nemen om met elkaar om tafel te zitten. Hierover zegt een projectteamlid van het St. Jansdal:

*“Vergaderen gebeurt in de eigen tijd, dus als het niet nodig is hebben ze het liever niet”.*

In het Mesos vertelt een projectteamlid: *“Altijd als je vijf mensen bij elkaar wil zetten in een ziekenhuis kost dat gemiddeld vier, vijf weken voordat je een afspraak kan maken met elkaar.”* Het blijkt lastig te zijn om meerdere mensen bij elkaar te krijgen voor een gezamenlijk gesprek.

Een mogelijke oplossing hiervoor is om medewerkers een of twee dagdelen vrij te maken van de patiëntenzorg voor het project. In het UMC Utrecht is hiervoor gekozen. Zij hebben enkele projectteamleden op de donderdag vrij gepland van de patiëntenzorg, zodat ze op

de wekelijks vergaderingen aanwezig zijn en de mogelijkheid hebben om taken uit te voeren voor het project. De projectteamleden kunnen hierdoor het project de volle aandacht geven. Dit heeft een positief effect op de voortgang van het project. Vooral met betrekking tot de artsen wordt gebrek aan tijd en prioriteit als storend ervaren. In de projectgroepen hebben de artsen een belangrijke rol. Zij hebben een grote beslissingsbevoegdheid en hebben een leidende rol in bijvoorbeeld de planning van patiënten voor een operatie. Als een arts niet of maar voor een deel bij een projectbijeenkomst aanwezig is, kunnen de noodzakelijke beslissingen niet altijd genomen worden.

### Beslissingsbevoegdheid

Voor het uitvoeren van een project is het belangrijk dat projectteamleden de beschikbaarheid en beslissingsbevoegdheid hebben over de middelen en maatregelen die nodig zijn om het project uit te voeren. Als zij dat niet hebben, wordt de ruimte voor zelforganisatie sterk belemmerd en daarmee tevens de ruimte voor vernieuwen en leren. Het is de taak van de Raad van Bestuur om de nodige middelen ter beschikking te stellen aan de projectteamleden. Een projectteamlid uit het St. Jansdal verwoordt deze barrière als volgt:

*“Het project verloopt traag. Dit komt onder andere doordat beslissingen over teveel schijven gaan voordat ze genomen kunnen worden. Het moet via het hoofd van die ene gevraagd worden aan het hoofd van de ander. Vanuit de Raad van Bestuur wordt het project aangestuurd, maar ik vind wel dat je dan degene die daarvoor verantwoordelijk is, de verantwoordelijkheid en beschikbaarheid geeft over de middelen die nodig zijn.”*

De projectbegeleider van het St. Jansdal zegt dat projectteamleden niet allemaal de beslissingsbevoegdheid hebben van hun achterban, waardoor veel overleg buiten de projectteambijeenkomsten nodig is.

In het UMC Utrecht vertelt een projectteamlid:

*“Je hebt wel heel erg te maken met beslissingen die met mensen besproken moeten worden, voordat er iets gedaan kan worden. Daardoor duurt het wel lang voordat je iets kunt veranderen.”*

In de reflectiebijeenkomst kwam naar voren dat dit voor een belangrijk deel veroorzaakt wordt door de organisatiestructuur van het ziekenhuis die haaks staat op de zorgpaden. De ziekenhuizen zijn georganiseerd rondom het specialisme en niet rondom de patiënt. Om een proces rondom de patiënt te organiseren zijn veel verschillende specialismen en ondersteunende diensten betrokken, waardoor beslissingen ingewikkeld en diffuus worden. De respondenten waren het met elkaar eens dat elke organisatiestructuur (georganiseerd rondom specialismen of patiëntengroepen) beperkingen kent. De projectontwerper benoemt als oplossing om de projectstructuur zo te integreren in de formele organisatiestructuur, dat de implementatie van de projectresultaten gewaarborgd wordt. Dit kan onder andere door de projectgroep voldoende beslissingsbevoegdheid te geven, maar ook door ervoor te zorgen dat het lijnmanagement de plannen van het projectteam overneemt.

In het Mesos worden medewerkers gestimuleerd om na de brainstormdag, nog voordat het implementatieplan geschreven is, zelf aan de slag te gaan met de plannen en afspraken die op de dag bedacht zijn. Daarnaast worden het afdelingshoofd van de afdeling en een vertegenwoordiger van de specialisten verantwoordelijk gemaakt voor het

opstellen en uitvoeren van het implementatieplan. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid maakt dat er meer beslissingsbevoegdheid beschikbaar is bij de invulling en uitvoering van de zorgpaden.

### Een veilige sfeer

Door ruimte te geven aan interactie en dialoog wordt volgens de theorie van Boonstra (2002) ook ruimte gegeven aan vernieuwings- en leerprocessen. Maar deze interactie tussen mensen kan ook een andere werking hebben. Interactie kan er ook voor zorgen dat mensen elkaar belemmeren om te leren en te vernieuwen. In het Mesos geven enkele projectteamleden aan dat zij op de brainstormdag, waar heel veel medewerkers en ook de specialisten aanwezig zijn, niet alle vrijheid ervoeren om alles te zeggen wat zij vinden. Dit is opgelost door veel medewerkers voor de brainstormdag te interviewen. De interviewresultaten worden gebundeld in een analyseverslag. Hierdoor is het niet nodig dat medewerkers alles benoemen op de brainstormdag, omdat het voor een deel al op papier staat en door iedereen gelezen kan worden. Een projectteamlid vertelt:

*“De praktijk laat zien dat medewerkers in een interview meer zeggen dan ze zeggen als bijvoorbeeld de desbetreffende chirurg naast hen zit.”*

De projectontwerper van het UMC Utrecht benadrukt in de reflectiebijeenkomst dat de ruimte voor leren en vernieuwen vergroot wordt als er een veilige sfeer is waarin mensen met elkaar praten en elkaar bevragen. Uit de interviews is niet duidelijk geworden hoe deze veilige sfeer gecreëerd wordt.

### **3.3 Onbewust vernieuwend leervermogen**

In deze laatste paragraaf worden de factoren benoemd die volgens respondenten bijdragen aan onbewust vernieuwend leren.

Alle respondenten geven aan dat leren en vernieuwen ontstaat door met elkaar te praten over de problemen en oplossingen. De volgende citaten geven hier invulling aan:

*“Ik vind het wel waardevol om met z'n allen om de tafel te zitten, met elkaar de ideeën over het revalidatieproces te delen en dat je daarvan beter wordt en verder vooruitgaat.”*  
(Projectteamlid St. Jansdal)

*“Al pratend kom je ineens tot een conclusie, dit zou wel eens een goede aanpak kunnen zijn.”* (Projectontwerper UMC Utrecht)

*“Nieuwe ideeën ontstaan doordat iedereen de verhalen hoort van elkaar en begrip toont voor elkaar. Het inzicht dat ze elkaar nodig hebben om ergens te komen is erdoor gestimuleerd.”* (Projectteamlid Mesos)

Daarbij benadrukken twee respondenten dat het bevragen van elkaar belangrijk is om in een gesprek van elkaar te leren.

*“Door kritische vragen aan elkaar te stellen en elkaar de eigen ervaringen te vertellen, leer je meer van elkaar.”* (Projectteamlid St. Jansdal)

*“Als je iemand hebt die jou de juiste vragen stelt en jou op de juiste manier aanspreekt en niet genoeg neemt met wat niet kan, dan help je iemand om op een andere manier naar het probleem en de oplossingen te kijken. Met het gevolg dat iemand, als je allang weg bent misschien, gaat denken ‘hé, misschien had hij wel gelijk!’. Ik denk dat dit veel beter werkt.”* (Projectontwerper UMC Utrecht)

De projectontwerper van het Mesos hecht belang aan het verbinden van mensen met elkaar. Het is volgens haar belangrijk dat mensen tot het inzicht komen dat er verschillende opvattingen bestaan over eenzelfde gebeurtenis of ervaring. Door mensen met elkaar te verbinden door bijvoorbeeld een interview of een brainstormdag, leren mensen met elkaar te praten en kan het begrip ontstaan voor de verschillende perspectieven. De projectleider van het Mesos benadrukt dat mensen tijd nodig hebben om buiten de eigen kaders te denken en uit de bestaande context te stappen. Dat is essentieel om tot nieuwe ideeën te komen. Daarom is er in het Mesos een brainstormdag georganiseerd. Deelnemers van de die dag vonden de dag “inspirerend”, “leerzaam” en “verhelderend”.

De kickoff-bijeenkomsten in het UMC Utrecht zijn vergelijkbaar met de brainstormdag van het Mesos. Ook daar wordt in een grote groep en kleine groepen op open manier nagedacht over de huidige en gewenste situatie. Het projectteamlid dat erbij was ervaart de bijeenkomsten als heel “leerzaam” en “nuttig”. Zij vindt dat wat in die twee uur durende sessie tot stand gebracht is alleen mogelijk is doordat “*je de hele club bij elkaar hebt.*”

De projectteamleden van het Mesos vragen zich tijdens het interview af of het plenaire gesprek op de brainstormdag, waarbij ongeveer vijftig mensen aanwezig waren, wel zo nuttig is. Uit de reflectiebijeenkomst komt naar voren dat de gesprekken in de grote en kleine groep even leerzaam zijn, maar dan wel op een verschillende manier. Het plenaire ochtendgedeelte geeft veel duidelijkheid over het grote geheel en hoe andere mensen tegen de zaken aankijken. Maar de gesprekken in de kleine groepen verlopen veel vlotter en leveren meer concrete plannen op. Een projectteamlid van het St. Jansdal is van mening dat een klein projectteam beter werkt:

*“Je moet met projectgroepen ervoor zorgen dat je niet te groot wordt. Dat er niet mensen nutteloos aan tafel zitten. Hoe kleiner het clubje hoe enthousiaster je ze houdt. En hoe sneller vaak beslissingen worden genomen.”*

Over de voor- en nadelen van een grote dan wel kleine groep voor het onbewust vernieuwend leervermogen is verder niet ter sprake gekomen.

De antwoorden op de bovenstaande deelvragen hebben tevens een antwoord gegeven op de hoofdvraag:

*Hoe wordt in de veranderstrategie van procesherinrichting (PHI) in het Universitair Medisch centrum Utrecht, het Mesos Medisch Centrum in Utrecht en het ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk door de projectontwerper en projectbegeleider ruimte gegeven aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie en hoe wordt dit ervaren door de projectteamleden?*

In het volgende hoofdstuk volgt de conclusie en discussie van dit onderzoek. In de conclusie worden de resultaten geïnterpreteerd door ze te koppeling aan het theoretisch kader.



## 4. Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk bevat de conclusie en discussie van dit onderzoek. In de conclusie wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. Deze bevindingen worden tegelijkertijd gekoppeld aan de theoretische concepten van het onbewust vernieuwend leervermogen. De discussie bevat een kritische reflectie op de opzet en uitvoering van dit onderzoek.

### 4.1 Conclusie

De veranderstrategieën van de drie PHI-projecten vertonen een grote variatie. In elk PHI-project is op verschillende manieren ruimte gegeven aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie. Hierdoor is het niet mogelijk om een eenduidig antwoord te geven op de probleemstelling van dit onderzoek. Er zijn echter wel interessante dilemma's zichtbaar geworden waar verandermanagers in ziekenhuizen mee te maken hebben als zij ruimte willen geven aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie. De dilemma's hangen samen met de barrières en succesfactoren die in paragraaf 3.3 besproken zijn. De dilemma's vormen het tweede deel van de conclusie van dit onderzoek. Allereerst wordt beschreven welke factoren bijdragen aan het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen. Daarvoor worden de opvattingen van de respondenten en de bevindingen van het theoretisch kader aan elkaar gekoppeld.

#### 4.1.1 Onbewust vernieuwend leervermogen

De onderzoeksdata geven inzicht in de manier waarop de drie ziekenhuizen in hun PHI-project ruimte geven aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie. In het theoretisch kader is beschreven dat het onbewust vernieuwend leervermogen uit twee elementen bestaat. Dat is allereerst het vermogen van mensen om te onderzoeken welke invloed het onbewuste heeft op het gedrag en denken van mensen en groepen mensen. Daarnaast is dit het vermogen om met dat inzicht het onbewuste te beïnvloeden en te veranderen. Vernieuwings- en leerprocessen ontstaan als mensen gebruik maken van hun onbewust vernieuwend leervermogen. In de onderzoeksdata worden enkele factoren benoemd, die bijdragen aan het onbewust vernieuwend leervermogen.

#### Interactie en betekenisgeving

Ruimte voor vernieuwing en leren ontstaat volgens de respondenten in de PHI-projecten als mensen met elkaar in gesprek gaan. Het gesprek kent een aantal belangrijke elementen. Dat is enerzijds het vertellen van verhalen en ideeën en het delen van perspectieven en meningen. Anderzijds is het belangrijk dat de mensen naar elkaar luisteren, elkaar bevragen en elkaar aanvullen. Door deze interactie ontstaat begrip en leren mensen dat er verschillende opvattingen bestaan over dezelfde gebeurtenis of ervaring. Dit is ook wat Wilson (2002) beschrijft als hij het heeft over het construeren van het onbewuste. Hij geeft aan dat door zelfonderzoek en introspectie betekenis gegeven kan worden aan de invloed die het onbewuste heeft op gedrag en denken van mensen.

Het proces van zelfonderzoek levert meer op als het aangevuld wordt met reacties en verhalen van andere mensen. Wij zullen nooit concreet weten welke invloed het onbewuste heeft op ons denken en gedrag. Het is een blinde vlek. Het zelfonderzoek zorgt ervoor dat de blinde vlek (tijdelijk) kleiner wordt. Enkele respondenten benadrukken het belang van de kritische vragen. Dit is in het theoretisch kader niet aan bod gekomen. Door de kritische vragen te stellen worden mensen gestimuleerd om op een andere manier naar een specifieke ervaring te kijken. Hierdoor komt de ervaring in een ander licht te staan, waardoor een groter en misschien nieuw begrip ontstaat.

#### Tijd en aandacht

Geconcludeerd wordt dat organisaties rekening houden met het onbewust vernieuwend leervermogen door ruimte te geven aan het gesprek en de interactie tussen medewerkers, waarin zij elkaar kunnen bevragen en aanvullen. Om ervoor te zorgen dat mensen in de organisatie buiten de alledaagse en eigen kaders denken en tot een nieuwe gedeelde betekenis komen is tijd een cruciale factor. Uit de onderzoeksdata kwam naar voren dat mensen tijd nodig hebben om te vertellen, te luisteren en tot een nieuwe reconstructie te komen van een (gedeelde) werkelijkheid. Schon (1983) maakt onderscheid tussen reflection-in-action en reflection-on-action. Reflection-on-action vindt plaats als er tijd is om een situatie van een afstand te bekijken en de achterliggende aannames en handelingspatronen te ontdekken. In situaties waarin weinig tijd is, handelen mensen naar het begrip dat eerder ontwikkeld is in de reflection-on-action. Als er dus te weinig tijd genomen wordt voor reflectie kan het zijn dat iemand altijd hetzelfde blijft handelen en dezelfde stereotype reacties geeft. Dit kan soms negatief zijn. Deze rigiditeit is ook een kenmerk van het onbewuste. Door tijd en aandacht te besteden aan zelfonderzoek en de gewenste verandering van de invloed van het onbewuste, is echte verandering mogelijk (Sitskoorn 2007, Wilson 2002, Gladwell 2005). Maar daar is tijd en aandacht voor nodig.

#### **4.1.2 Dilemma's in ziekenhuizen**

Procesherinrichting in ziekenhuizen is multidisciplinair mensenwerk en is mede daardoor een dynamische en complexe organisatieverandering, waar veel onbewuste processen doorheen lopen. Boonstra (2002) benadrukt dat interactie, dialogen en gezamenlijke betekenisgeving juist in een dynamische omgeving zo cruciaal zijn. Dan ontstaat er ruimte voor nieuwe ontwikkelingen en leerprocessen. Omdat de omgeving voortdurend verandert, is ook het construeren van de (onbewuste) werkelijkheid een proces dat nooit ophoudt (Wilson 2002, Gladwell 2005).

In deze paragraaf worden de dilemma's besproken waar ziekenhuizen mee te maken hebben als zij in hun veranderstrategie rekening houden met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen en dus ruimte willen bieden aan interactie, dialogen en gezamenlijke betekenisgeving.

#### Tijd en prioriteit

Voor het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen in een organisatie is het de ideale situatie als medewerkers veel tijd en hoge prioriteit geven aan het PHI-project. In deze situatie is er tijd en aandacht voor de interactieve en kritische reflecties met gezamenlijke betekenisgeving, waardoor vernieuwingen gerealiseerd kunnen worden. Tegenovergesteld is de situatie waarin weinig tijd en geen prioriteit is. Dan zullen mensen

niet in gesprek gaan omdat het gewoonweg niet de prioriteit heeft en de tijd door andere, meer belangrijke zaken, wordt gevuld. De ruimte voor vernieuwen en leren is dan zeer beperkt.

In de ziekenhuizen is tijd een schaars goed. De zorgprofessionals en met name de medisch specialisten hebben een volle agenda waarin de patiënt voor gaat. De aandacht wordt verdeeld over patiëntenzorg en daaraan gerelateerde activiteiten en projecten. Dit heeft tot gevolg dat ook prioriteiten verdeeld moeten worden over de beschikbare tijd, wat tot gevolg heeft dat niet altijd het PHI-project de volle aandacht krijgt. Doordat de tijd schaars is, is het verleidelijk om de zorgprofessionals een min of meer kant-en-klaar procesherinrichtingsproces aan te bieden wat zij alleen nog maar moeten invoeren. Dat stuit op weerstand, zoals ook in het UMC Utrecht en het St. Jansdal gebeurde. Boonstra (2002) zegt ook dat een planmatige aanpak in een dynamische wereld ontoereikend is. En dat blijkt ook uit de praktijk van de ziekenhuizen.

Maar hoe kan toch voldoende tijd een aandacht gecreëerd worden voor dialoog en interactie waarin voldoende ruimte is voor een vruchtbare reflectie? In de praktijk van de onderzochte PHI-projecten werd dat op twee manieren opgelost. In het UMC Utrecht worden medewerkers één of twee dagdelen vrij geroosterd, zodat zij in die tijd hun volle aandacht kunnen besteden aan het project. In het Mesos wordt tijd gevraagd voor een interview van een uur en een brainstormdag die een volle dag in beslag neemt. Deze tijd kan gevraagd worden van medewerkers als zij weten wat van hen verwacht wordt en hoeveel tijd en aandacht het gaat kosten. Belangrijk is dat het dan achteraf niet ineens meer tijd blijkt te kosten. Om ervoor te zorgen dat ze er prioriteit aan geven is een sense of urgency nodig. Hierover gaat het volgende punt.

### Sense of urgency

Medewerkers moeten de urgentie zien van de noodzakelijke procesherinrichting en moeten met al hun kennis en kunde betrokken worden in het leren en vernieuwen. Hierdoor ontstaat enerzijds een intrinsieke motivatie om de problemen en oplossingen te onderzoeken. Daarnaast vergroot het de veranderbereidheid. De projectontwerpers hebben verschillende manieren benoemd om deze 'sense of urgency' voor de procesherinrichting onder medewerkers te vergroten. Dat is allereerst inzicht geven in de omvang van de problemen binnen een specialisme, wat procesherinrichting noodzakelijk maakt. Dat kan door met de juiste argumenten te komen, maar ook door data aan te leveren waardoor de problemen inzichtelijk worden. Daarnaast moeten medewerkers op hoogte te zijn van wat het PHI-project hen gaat opleveren. En is het van belang om het passiepunt van de medewerkers aan te spreken, datgene waarvoor de zorgprofessional zijn werk doet. Ook benoemt één projectontwerper het belang van de kleine stapjes. Door met kleine stapjes te beginnen, geeft het succes van de ene stap, motivatie voor een nieuwe stap in de verandering. Daarnaast is het belangrijk dat medewerkers methodieken aanleren, waardoor ze zelf de zorgpaden kunnen ontwikkelen en invoeren.

Sense of urgency zorgt dat mensen gemotiveerd zijn om met elkaar in gesprek te gaan en gezamenlijk te reflecteren op de processen. Het gesprek draagt vervolgens bij aan inzichten die de veranderbereidheid vergroten.

### Zelforganisatie

De ruimte voor zelforganisatie, wat volgens Boonstra (2002) bijdraagt aan leren en vernieuwen, wordt volgens in ziekenhuizen beperkt door de formele organisatiestructuur. Dit dilemma wordt door veel respondenten benoemd. Ziekenhuizen hebben een hiërarchische organisatiestructuur waarin veel beslissingen over maatregelen en middelen afhankelijk zijn van medisch specialisten, de Raad van Bestuur, managers en afdelingshoofden. De respondenten geven aan dat beslissingen over veel schijven moeten voordat ze genomen kunnen worden. Het is niet alleen de Raad van Bestuur die het laatste woord heeft. Daarnaast hebben namelijk ook de medisch specialisten het laatste woord. Hierdoor kan het lang duren voordat besluiten genomen worden en helaas hebben de medewerkers op de werkvloer daar niet altijd invloed op. Dat merken de projectteamleden ook tijdens de projectbijeenkomsten. Als een medisch specialist niet aanwezig is, kunnen bepaalde besluiten niet genomen worden. Hierdoor hebben de projectteamleden niet altijd ruimte om de zaken zelfstandig uit te voeren.

Maar een organisatiestructuur wordt niet zomaar veranderd. Daarbij komt dat elke organisatiestructuur beperkingen heeft, er is geen optimum. Belangrijker is om binnen de grenzen van organisatiestructuur de ruimte voor zelforganisatie te optimaliseren. Dit kan bijvoorbeeld door de afstemming tussen de projectorganisatie en de lijnorganisatie te optimaliseren. De projectorganisatie moet op een goede manier ingebed worden in de lijnorganisatie, waar voor beide kanten duidelijk is wel ruimte aanwezig is om de problemen en oplossingen zelfstandig aan te pakken. Het is daarbij van groot belang dat mensen met beslissingsbevoegdheid over middelen en maatregelen nauw betrokken worden in de projectorganisatie en weet hebben van de urgentie van problemen en noodzakelijke oplossingen. Daarnaast is het essentieel voor zelforganisatie als Raad van Bestuur voor de randvoorwaarden zorgt waarbinnen en waardoor de projectteamleden vrij kunnen handelen. Dat kan bijvoorbeeld door het ter beschikking stellen van financiële middelen, het goedkeuren van een verbouwing of door het implementeren/uitbreiden van een managementinformatiesysteem.

### Diversiteit binnen disciplines

In de projectbijeenkomsten is vaak één vertegenwoordiger van een discipline aanwezig. Van deze persoon wordt verwacht dat hij of zij de mening van een discipline vertelt. Maar binnen een discipline werken veel verschillende mensen met verschillende perspectieven en meningen. Hoe kan één persoon in een projectbijeenkomst recht doen aan al die stemmen? In het Mesos is geprobeerd om door middel van de interviews en een brainstormdag waar alle medewerkers uitgenodigd worden, tegemoet te komen aan de meerstemmigheid binnen een specialisme. Hierdoor worden veel meer perspectieven en meningen gehoord dan mogelijk is in een projectteam dat wekelijks of maandelijks bij elkaar komt. Doordat medewerkers in ziekenhuizen weinig tijd en prioriteit hebben voor bijvoorbeeld een PHI-project lijkt het onmogelijk om alle medewerkers te horen, maar toch blijkt dat er meer mogelijk is. Als medewerkers van de werkvloer het idee hebben dat er ook naar hen geluisterd wordt en dat ze deel uit maken van de gezamenlijke betekenisgeving, groeit de veranderbereidheid om mee te werken in de procesherinrichting.

De bovengenoemde dilemma's geven aan dat de onderzochte ziekenhuizen te maken hebben met grenzen waardoor de ruimte voor het onbewust vernieuwend leervermogen beperkt wordt. Terwijl het juist bij procesherinrichting belangrijk is dat disciplines kritisch zelfonderzoek doen om te ontdekken welke onbewuste invloeden hun gedrag en denken bepalen. Daarbij is het belangrijk dat ze over hun eigen muren heen kijken naar het werk van andere disciplines om te leren hoe zij tegen de werkelijkheid aan kijken. De oplossingen blijken dan vaak zo eenvoudig en dichtbij.

Het is een uitdaging voor de projectontwerpers en -begeleiders van PHI-projecten in ziekenhuizen om met de bovengenoemde dilemma's om te gaan. Binnen de grenzen van de organisatiestructuur en -cultuur kunnen zij toch ruimte creëren voor dialoog, gezamenlijke betekenisgeving, meerstemmigheid en zelforganisatie. Dan ontstaat er ruimte voor leren en vernieuwen, waardoor de herinrichting van het proces een stuk makkelijker en succesvoller verloopt.

## 4.2 Discussie

Deze paragraaf bevat een kritische reflectie op de opzet en uitvoering van het onderzoek. Tijdens het onderzoek zijn op verschillende momenten keuzes gemaakt die gevolgen hebben voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. De gevolgen van deze keuzes worden hieronder besproken en daarbij wordt aangegeven hoe hier in vervolgonderzoek mee omgegaan kan worden. Achtereenvolgens wordt reflectie gegeven op de probleemstelling, het theoretisch kader, de onderzoeksopzet, de dataverzameling en data-analyse.

### Probleemstelling

Dit onderzoek bevat geen eenduidig antwoord op de probleemstelling. Dat heeft enkele oorzaken:

- De probleemstelling van dit onderzoek bevat op twee niveau's een vergelijkend onderzoek. De eerste vergelijking vindt plaats binnen één PHI-project. Dat is de vergelijking tussen de contexten en interventies die door de projectontwerpers en projectbegeleiders in de veranderstrategie zijn gecreëerd met de contexten en interventies die de projectteamleden waarnemen. Vervolgens wordt gekeken of de projectteamleden de contexten en interventies ervaren zoals de projectontwerpers/begeleiders dat beoogd hebben. De tweede vergelijking vindt plaats tussen de drie PHI-projecten. De bevindingen uit de eerste vergelijking van drie PHI-projecten worden met elkaar vergeleken. Deze dubbele vergelijking wordt onoverzichtelijk, doordat de veranderstrategieën van de PHI-projecten een grote meervoudigheid vertonen. Doordat in elke veranderstrategie op verschillende manieren ruimte gegeven wordt aan het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen is het lastig om tot een eenduidige conclusie te komen over de discrepantie tussen de intentie van projectontwerpers/begeleiders en de ervaringen van projectteamleden van de drie PHI-projecten samen. Het onderzoek bevat teveel variabelen voor een eenduidige conclusie. In vervolgonderzoek kan dit voorkomen worden door te kiezen voor één veranderstrategie in verschillende contexten (of verschillende veranderstrategieën in dezelfde context) in plaats van drie verschillende veranderstrategieën in drie verschillende contexten.

### Theoretisch kader

In het theoretisch kader is aangenomen dat een ziekenhuis in de veranderstrategie rekening houdt met het onbewust vernieuwend leervermogen door rekening te houden met de contexten en interventies van 'lerend vernieuwen' volgens Boonstra (2002). Maar mogelijk zijn er ook andere manieren waarop in een veranderstrategie rekening gehouden kan worden met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie. Jansen et al. (2005) vragen zich bijvoorbeeld af welke rol zintuiglijke ervaringen spelen in het veranderen van mensen (2005:109). Hoe kunnen humor, licht, kleuren en geuren bijdragen aan positieve energie bij mensen en hoe kunnen hierdoor ontmoetingen van mensen beïnvloed worden? Uit onderzoek van Dijksterhuis (1998) blijkt dat mensen slimmer worden als ze aan professoren denken en trager als ze aan bejaarden denken. Hieruit blijkt dat het mogelijk is om filters van het bewuste te veranderen, waardoor het onbewuste gestimuleerd wordt (Jansen et al. 2005:109). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van zintuiglijke prikkels in organisatieveranderingen. Daarbij is het onderzoek dat gedaan is naar de rol van het onbewuste in veranderingen nog erg beperkt. Voor onderzoekers ligt hier onderzoeksterrein waar nog veel ontdekt kan worden.

### Onderzoeksopzet

Tijdens de opzet van dit onderzoek zijn de volgende keuzes gemaakt die tekortkomingen in het onderzoek veroorzaakt hebben. Deze worden hieronder benoemd.

- De externe validiteit van dit onderzoek is niet sterk. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in drie ziekenhuizen waarin één PHI-project is geselecteerd. Er is bewust gekozen voor een academisch ziekenhuis, een regioziekenhuis en een algemeen stadsziekenhuis. Nederland heeft in totaal 140 ziekenhuislocaties. Deze zijn georganiseerd in 94 organisaties, waarvan 8 academische ziekenhuisinstellingen (Mac Gillavry & Zwakhals 2005). De drie ziekenhuizen nemen slechts 2% van het totale aantal Nederlandse ziekenhuizen in. Voor drie PHI-projecten is het percentage van het totaal aantal PHI-projecten nog veel kleiner. De resultaten zijn dus niet zomaar te generaliseren naar alle PHI-projecten van alle ziekenhuizen.
- Daarnaast is bij de selectie van de PHI-projecten gekeken naar de achtergrond van de projectopzet. In de PHI-projecten waren Sneller Beter, het Netwerk Klinische Paden en een organisatieadviseur betrokken bij de opzet van het PHI-project. Sneller Beter en het Netwerk Klinische Paden bieden de ziekenhuizen een redelijk vrijblijvend advies voor de invulling van de veranderstrategie voor het project. De projectbegeleiders van de ziekenhuizen bepalen zelf hoe zij de geadviseerde richtlijnen vorm geven in de praktijk. Zo bleek uit de resultaten dat Snelle Beter adviseert om als projectteam één keer per week bij elkaar te komen. In het St. Jansdal komt de projectgroep van het heup/-knieproject een keer per maand bij elkaar. Dit is een grote afwijking. Dit onderzoek kan dus niet aangeven waar de aanpak van Sneller Beter, het Netwerk Klinische Paden en de aanpak van de organisatieadviseur vergelijkingen en verschillen vertonen wat betreft het onbewust vernieuwend leervermogen. Wel geeft het aan hoe de drie PHI-projecten in hun eigen context ruimte geven aan het onbewust vernieuwend leervermogen.

- Een andere kritische noot betreft de interne validiteit van het onderzoek. Het onderzoek in de PHI-projecten was gericht op het projectteam dat nauw betrokken is bij de procesherinrichting. De medewerkers buiten het projectteam zijn niet geïnterviewd. Als deze medewerkers wel betrokken waren geweest in het onderzoek had dat mogelijk voor aanvullende en misschien conflicterende inzichten geleid over de veranderstrategie van het PHI-project. Dan was de interne validiteit groter geweest, omdat de resultaten dan meer recht doen aan de realiteit binnen de gehele procesherinrichting.
- De resultaten van dit onderzoek geven slechts een globaal overzicht de manier waarop in de drie PHI-projecten ruimte gegeven wordt aan het onbewust vernieuwend leervermogen. Dit heeft te maken met de geselecteerde onderzoeksmethoden. Over feedback wordt bijvoorbeeld gezegd dat er ruimte aan gegeven wordt, maar niet hoe dit concreet vorm krijgt. Dit heeft twee oorzaken. Allereerst heeft de onderzoeker soms onvoldoende doorgevraagd op de concrete invulling van de contexten en interventies. Daarnaast zijn de interviews en reflectiebijeenkomsten niet geheel toereikend om te ontdekken hoe de contexten en interventies concreet worden ingevuld. Daarvoor zijn observaties meer geschikt. In observaties kan de onderzoeker het gedrag (bijvoorbeeld feedbackpatronen) van de respondenten waarnemen in hun natuurlijke omgeving. Een combinatie van interviews en observaties geeft mogelijk een completer beeld van de manier waarop rekening gehouden wordt met het onbewust vernieuwend leervermogen.

### Dataverzameling

Tijdens de dataverzameling zijn respondenten geselecteerd en hebben de interviews en reflectiebijeenkomsten plaatsgevonden. De dataverzameling kent een paar beperkingen.

- De selectie van de respondenten uit het projectteam heeft in nauw overleg met de contactpersonen van de ziekenhuizen plaatsgevonden. Voor de respondenten die niet meegenomen zijn in het onderzoek hebben praktische overwegingen meegewogen, zoals overbezette agenda's en ziekte. Doordat het onderzoek in korte tijd heeft plaatsgevonden konden niet alle projectteamleden geïnterviewd worden. Daarnaast is vanwege dezelfde reden niet het hele projectteam uitgenodigd voor de reflectiebijeenkomst. Het is een tijdrovende klus om een heel projectteam bij elkaar te krijgen voor een bijeenkomst. Hierdoor zijn niet alle meningen en perspectieven binnen het projectteam gehoord, wat de interne validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens beperkt.
- Met een derde van de respondenten is slechts twintig tot dertig minuten gesproken, omdat de respondent niet meer tijd had. Hierdoor werd de mogelijkheid voor verdiepende vragen beperkt. Gevolg is dat een interview niet altijd de gewenste informatie opleverde, waardoor de deelvragen niet volledig beantwoord kunnen worden.

### Data-analyse

De data-analyse heeft plaatsgevonden door middel van het coderen van de data. Hierbij zijn enkele keuzes gemaakt die validiteit en betrouwbaarheid van de data-analyse tekort doen.

- De onderzoeker heeft er voor gekozen om de acht contexten en interventies van Boonstra(2002) te operationaliseren op basis van de invulling die Boonstra hier zelf aan geeft. Hierdoor blijven de operationalisaties te globaal. De contexten en interventies worden beter onderzoekbaar naarmate de operationalisaties concreter en scherper geformuleerd zijn. Uitgebreider literatuuronderzoek draagt mogelijk bij aan een concretere invulling van de operationalisaties.
- De analyse van de onderzoeksdata is door één onderzoeker gedaan. De onderzoeker heeft aan de hand van het operationalisatieschema, maar ook vanuit eigen ervaring, kennis en vooronderstellingen naar de data gekeken. Hierdoor ontstaat een eenzijdige analyse. De analyse levert meer inzichten op als nog een tweede onderzoeker naar de onderzoeksdata kijkt. Hierdoor worden toevallige en systematische fouten belicht en voorkomen.

### Dubbelrol van de begeleider

Een laatste kritische noot is de dubbelrol van de organisatieadviseur/projectontwerper van het Mesos. Zij is tevens begeleider van deze afstudeerscriptie. Dit kan enige bias veroorzaakt hebben in de onderzoeksresultaten, omdat zij precies weet wat de probleemstelling van het onderzoek is en uit welke aannames en theorieën het theoretisch kader is opgebouwd. De antwoorden die zij in het interview geeft, kunnen beïnvloed zijn door deze voorkennis. In het interview met haar als projectontwerper van het PHI-project van het Mesos heeft zij daarom enkel gesproken over de opzet en achtergrond van haar veranderstrategie. Er is niet gesproken over een eventuele koppeling met het theoretische kader.



## 5. Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn opgedeeld in twee categorieën: aanbevelingen voor de veranderstrategie van PHI-projecten in ziekenhuizen en aanbevelingen voor nader onderzoek.

### 5.1 Aanbevelingen voor PHI-projecten

In deze paragraaf volgen aanbevelingen voor verandermanagers die betrokken zijn bij het ontwikkelen en realiseren van een veranderstrategie van PHI-projecten in ziekenhuizen en rekening willen houden met het onbewust vernieuwend leervermogen van de mensen in de organisatie.

- Creëer ontmoetingen tussen de mensen die een aandeel hebben in de procesherinrichting, waarin voldoende aandacht is om met elkaar in gesprek te gaan over de problemen. Zorg er daarbij voor dat mensen hun perspectief, verhaal en ideeën kwijt kunnen, dat er naar elkaar geluisterd wordt en dat mensen elkaar aanvullen met onder andere kritische vragen. Hierdoor krijgen mensen inzicht in de achterliggende aannames van hun eigen gedrag en denken en dat van anderen. De oplossingen worden dan zichtbaar. Het zijn vaak de 'eenvoudige' oplossingen die vorm geven aan de procesherinrichting.
- Zorg ervoor dat de medewerkers van de afdeling(en) tijd en aandacht kunnen geven aan het de procesherinrichting; allereerst om de problemen en oplossingen te onderzoeken en daarnaast om de veranderingen te realiseren door de aandacht erop te vestigen. Het UMC Utrecht doet dit door enkele medewerkers een of twee dagdelen in de week vrij te roosteren voor het PHI-project. Het Mesos organiseert een brainstormdag, waarop medewerkers gezamenlijk een hele dag kunnen praten over de procesherinrichting.
- Creëer een sense of urgency onder de medewerkers. De sense of urgency geeft medewerkers de intrinsieke motivatie om tijd en aandacht te geven aan de procesherinrichting en een veranderbereidheid om het proces op een andere manier in te richten. Manieren om dat te doen zijn: inzicht geven in de omvang van de problemen, zicht geven op de weg (methoden) naar de oplossing, het aanspreken van het passiepunt van medewerkers en beginnen met het nemen van kleine stapjes in de verandering.
- Creëer ruimte voor zelforganisatie. Dit kan enerzijds door te zorgen dat mensen met beslissingsbevoegdheid over middelen en maatregelen nauw bij het PHI-projecten betrokken zijn en weet hebben van de urgentie van problemen en noodzakelijke oplossingen. Anderzijds door randvoorwaarden te scheppen waar binnen de medewerkers zelf hun problemen kunnen oplossen.
- Betrek niet alleen de vertegenwoordigers van disciplines bij het PHI-project, maar zorg dat alle betrokken medewerkers hun verhaal, idee, mening en reactie kunnen geven. Het Mesos interviewde voor de procesherinrichting vijftig medewerkers, om van hen te horen wat zij van huidige situatie vonden. Hierdoor hadden medewerkers het idee dat er naar hen geluisterd werd. Dit is een manier om naast

de projectteamleden of vertegenwoordigers van de disciplines ook andere medewerkers te betrekken.

## **5.2 Aanbevelingen voor nader onderzoek**

De aanbevelingen voor nader onderzoek zijn voortgekomen uit de discussie die in het voorgaande hoofdstuk is gevoerd.

- Nader onderzoek kan verricht worden naar andere factoren die bijdragen aan het onbewust vernieuwend leervermogen in procesherinrichting en andere organisatieveranderingen. Hier kan onderzocht worden wat de invloed is van bijvoorbeeld zintuiglijke prikkels op het onbewust vernieuwend leervermogen van mensen.
- Het onderzoek levert naar verwachting scherpere resultaten op als één veranderstrategie onderzocht wordt in drie verschillende onderzoekssettings, of als in vergelijkbare onderzoekssetting gebruik wordt gemaakt van één veranderstrategie. Hierdoor worden de onderzoeksvariabelen beperkt gehouden en is het mogelijk om een scherpe conclusie te formuleren. Voorbeeld hiervan is: de veranderstrategie van de organisatieadviseur van het Mesos onderzoeken binnen drie verschillende specialismen van het Mesos.
- Voor vergelijkend onderzoek over de veranderstrategie van Sneller Beter, het Netwerk Klinische Paden en de organisatieadviseur, moeten meerdere PHI-projecten van dezelfde projectontwerper of project ontwerpende instantie tegelijk onderzocht worden. De veranderstrategie van Sneller Beter voor procesherinrichting zoals deze in het St. Jansdal vorm krijgt is namelijk niet representatief voor alle PHI-projecten van Sneller Beter. Dit geldt ook voor projecten van het Netwerk Klinische Paden en projecten van de organisatieadviseur van het Mesos.

## Referenties

### Boeken en artikelen:

- Argyris, C. 1993. *Knowledge for action. A guide tot overcome barriers tot Organizational change*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Argyris, Chris, and Donald A. Schön. 1978. *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Bolman, L.G. & T.E. Deal. 2003. *Reframing organizations. Artistry, choice and leadership*. San Francisco: Jossey Bass.
- Boonstra, J.J. 2000. *Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren (Oratie)*. Amsterdam: Vossiuspers.
- Boonstra, J.J. & Gravenhorst, K.M. 1998. Power dynamics and organizational change: a comparison of perspectives. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 7(2): 97-102.
- Bosch, C.F.M. 1996. *Vertrouwdheid: verlangen, ervaren en creëren*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.
- Caluwé, de L., R. Kor, M. Weggeman, G. Wijnen. 2005. *Essenties van organiseren, managen en veranderen*. Tweede druk. Schiedam: Scriptum. [2002]
- Dijksterhuis, A & A. van Knippenberg. 1998. The Relation between perception and behaviour, or how to win an game of trivial pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 74 (4): 865-877.
- Dijksterhuis, A. 2004. Think different: The merits of unconscious thought in preference development and decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 87 (5): 586-598.
- Dijksterhuis, A. & L.F. Nordgren. 2006. 'A Theory of Unconscious Thought.' *Perspectives on psychological sciences*. 1 (2): 95-109.
- Edmondson, Amy, and Bertrand Moingeon. 1998. From Organizational Learning to the Learning Organization. *Management Learning* 29 (1):5-20.
- Gladwell, M. 2005. *Intuïtie: de kracht van denken zonder erbij na te denken*. Vertaald door Peter Diderich. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Hart, H. 't. et al. 2001. *Onderzoeksmethode*. Amsterdam: Boom [1996]
- Hosking, D.M. 2002. *Constructing changes: A social constructionist approach to change work (and beetles and witches)*. Tilburg University.
- Hosking, D.M. & S. McNamee (red.). 2006. *The social construction Organization*. Liber & Copenhagen Business Press.
- Jansen, A.M., I. Kohlmann, J. Sibbes & V. Timmerman. 2005. 'Door connecting en sharing veranderen'. In: *Verandermanagement: actuele visies op management*. 2005. Den Haag: Sdu uitgevers bv. Pg. 97-12
- LeDoux, J. 1998. *The emotional brain. The mysterious Underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Lewin, Kurt (1946) "Research on Minority Problems". *The Technology Review*. 48(3).
- Mac Gillavry E, Zwakhals SLN. 2005 *Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Ziekenhuiszorg\ Algemene en academische ziekenhuizen, 18 mei 2005.

- Senge, P. 1990. *The Fifth Discipline: The art of the learning organization*. New York: Doubleday.
- Sermeus, W. & K. Vanhaecht. 2002. Wat zijn klinische paden? *Acta Hospitalia*. 3: 5-11.
- Schön, D.A. 1983. *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*. Hants (Engeland): Arena.
- Scott-Morgan, P. 1995. *De ongeschreven regels van het spel. Beheers en vernietig de verborgen regels en verwijder de barrières die organisatieverandering in de weg staan*. Groningen: Boekwerk.
- Skitskoorn, M. 2006. *Het maakbare brein. Gebruik je hersenen en word wie je wilt zijn*. Uitgeverij Bert Bakker.
- Tiggelaar, B. 2006. *Dromen, durven, doen*. Dertiende druk. Utrecht: Spectrum. [2005]
- Man, de H. 2006. 'Reflectie: Bewust organiseren?' *Management & Organisatie*. 6: 65-77.
- Vanhaecht, K & W. Sermeus. 2002. Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het netwerk klinische paden. *Acta Hospitalia*. 3: 13-27
- Vissers, J. & R. Beech. 2005. *Health operations management. Patient flow logistics in health care*. New York: Routledge.
- Vissers, J. & G. de Vries. *Sleutelen aan zorgprocessen*. Intreedrede april 2005.
- Weick, K.E. 1995. *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Wilson, Timothy D. 2002. *Strangers to Ourselves*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Zuiderent-Jerak, J., M. Rouppe van de Voort, M. berg & T. Brinkhorst. 2005. *Draaiboek Proceherinrichting, Sneller Beter Pijler 3*.

#### **Internetbronnen:**

- Mesos. 2007. *Over Mesos. Missie*. [Internet]. Mesos Medisch Centrum. 17-06-2007 [aangehaald op 17-06-2007].  
Bereikbaar op [http://www.mesos.nl/index.php?ptp\\_id=58](http://www.mesos.nl/index.php?ptp_id=58)
- St. Jansdal. 2007. *Over St. Jansdal* [Internet]. Ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk. 17-06-2007 [aangehaald op 17-06-2007]. Bereikbaar op [www.stjansdal.nl](http://www.stjansdal.nl)
- UMC Utrecht. 2007. *Missie en strategie in 2005* [Internet]. Universitair Medisch Centrum Utrecht. 17-06-2007 [aangehaald op 17-06-2007]. Bereikbaar op <http://www.umcutrecht.nl/jaarverslag2005/010501.htm>

#### **Bronnen voor afbeeldingen:**

- CC&C. 2007. *Ladder of inference*. [Internet]. Collaborative Coaching en Concult. 15-06-2007 [aangehaald op 15-06-2007]. Bereikbaar op <http://www.collaborativecoaching.org/notes/ladder-of-inference.htm>

## **Bijlagen**

Bijlage A. Vragenlijsten individuele interviews

Bijlage B. Vragenlijst reflectiebijeenkomst

Bijlage C. Operationalisaties data-analyse

Bijlage D. Beschrijving veranderstrategie PHI-projecten

## **Bijlage A. Vragenlijsten individueel interviews**

### **Interview projectbegeleider/ontwerper**

1. Vanaf wanneer ben je betrokken geraakt bij het PHI-project?
2. Hoe is het initiatief voor het procesherinrichtingsproject ontstaan?
3. Hoe is het project op de afdeling gecommuniceerd/geïnitieerd?
4. Hoe ziet het programma voor procesherinrichting eruit?
5. Wat is de visie achter het programma procesherinrichting?
6. Waarom is het programma op die manier ingericht?
7. Wat zijn de ervaringen met procesherinrichtingproject tot nu toe?
8. Wat is er met de ervaringen gedaan?
  
9. Wat is jullie visie op veranderen?
10. Wat zijn belangrijke elementen om een verandering teweeg te brengen?
11. Op welke manier is dat meegenomen in het programma voor procesherinrichting?
12. Op welke manieren faciliteer je als projectbegeleider de noodzakelijke veranderingen?
13. Tegen welke weerstanden loop je aan? Hoe reageer je op deze weerstanden? (structureel of incidenteel)
  
14. Op welke momenten ontstaan nieuwe inzichten en ideeën?
15. Wat zorgt ervoor dat deze nieuwe inzichten en ideeën ontstaan? (ontstaat dat gewoon of moet je heel erg trekken, wanneer ontstaat dat gewoon?)
16. Op welke manier leerprocessen gestimuleerd?
17. Hoe zorg je ervoor dat verschillende disciplines tot elkaar komen?
  
18. Op welke momenten heb je zelf nieuwe dingen geleerd en gezien?
19. Welke factoren droegen bij aan het ontdekken van nieuwe inzichten, betekenissen?

## **Interview projectteamleden**

1. Op welke manier ben je betrokken bij het project?
2. Sinds wanneer ben je bij het project betrokken?
  
3. Hoe is het initiatief voor het procesherinrichtingsproject orthopedie ontstaan?
4. Hoe is het project op de afdeling gecommuniceerd/geïnitieerd?
5. Hoe ziet het programma voor procesherinrichting eruit?
6. Wat is volgens jou de visie achter het programma procesherinrichting?
7. Waarom is het programma op die manier ingericht?
8. Wat zijn je ervaringen met procesherinrichtingsproject tot nu toe?
  
9. Op welke momenten zijn in het proces bij jou nieuwe inzichten en ideeën ontstaan?
10. Wat zorgt ervoor dat deze nieuwe inzichten en ideeën ontstaan? (ontstaat dat gewoon of moet je heel erg trekken, wanneer ontstaat dat gewoon?)
11. Op welke momenten in het proces heb je geleerd?
12. Welke factoren dragen bij aan jou vermogen om nieuwe dingen te leren?
13. Welke factoren droegen bij aan het ontdekken van nieuwe inzichten, betekenissen?

## Bijlage B. Vragenlijst reflectiebijeenkomst

Ziekenhuis:

Project:

Datum :

### A. Resultaten bespreken

<b>Lerend vernieuwen</b>	<b>Projectontwerpers/-begeleiders</b>	<b>Projectteamleden</b>
1. Zichtbare feedbackprocessen		
2. Ruimte voor processen van zelforganisatie		
3. Interactieprocessen tussen actoren		
4. Meervoudigheid en variëteit omdat meerdere stemmen klinken		
5. Zichtbare betekenissen en vooronderstellingen		
6. Dialoog met gedeelde betekenisgeving		
7. Gezamenlijke handelsalternatieven en processen van handelen		
8. Reflecteren en leren		

Extra vragen naar:

.....  
.....  
.....  
.....



## Bijlage C. Operationalisaties data analyse

### De 8 contexten van Boonstra (2002)

<b>Context/interventies</b>	<b>Definitie/toelichting</b>	<b>Operationalisatie</b>
Zichtbare feedbackprocessen	Organiseren wordt gezien als feedbacksystemen met positieve en negatieve terugkoppelingen die de huidige wijze van organiseren in stand houden dan wel in beweging brengen. Belangrijk is dat negatieve en positieve feedbackpatronen worden herkend en besproken om inzicht te krijgen op zicht te krijgen op of inzicht in de processen en handelingen die elkaar versterken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feedback geven aan elkaar</li> <li>- Evaluatiemomenten creëren</li> <li>- Het terugkoppelen van de voortgang van het project.</li> </ul>
Ruimte voor processen van zelforganisatie	Zelforganisatie is een proces waarbij schijnbaar spontaan structuren ontstaan, waarin mensen zelf ontdekken, handelen en leren en zo vernieuwingsprocessen op gang brengen. Dit wordt gestimuleerd door het vormen van coalities rondom ambigue vraagstukken, het geven van ruimte voor handelen en het maken en bijstellen van eigen regels (ongeacht de hiërarchische functies). Een belangrijk kenmerk van zelforganisatie is dat niemand doelbewust structuren in een systeem aanbrengt. Een verandermanager kan natuurlijk wel voor de voorwaarden zorgen waardoor zelforganisatie kan plaatsvinden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medewerkers geven zelf invulling aan het project</li> <li>- Medewerkers moeten zelf problemen en oplossingen bedenken.</li> <li>- Medewerkers krijgen enkel ondersteuning van de projectbegeleider. Projectbegeleider legt de ideeën niet op maar geeft input en ondersteuning waar het nodig is.</li> <li>- Er worden voorwaarden geschepd door de Raad van Bestuur, zodat de plannen uitgevoerd kunnen worden (voorwaarden zijn de middelen en organisatiestructuren die nodig zijn, zodat de medewerkers ruimte hebben om plannen te maken, beslissingen te nemen en uit te voeren).</li> </ul>
Interactieprocessen tussen actoren	Dit houdt in dat gedacht wordt in termen van interacties, relaties, en processen in plaats van 'dingen' en stabiliteit. In interactieprocessen is ruimte voor actie en reactie tussen verschillende actoren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meerdere mensen ontmoeten elkaar om over de voortgang van het project te praten of daar op een andere manier mee bezig te gaan.</li> <li>- In het gesprek en de ontmoeting kunnen de projectteamleden op elkaar reageren.</li> </ul>
Meervoudigheid en variëteit omdat meerder stemmen klinken	Hiervoor is het van belang om onderlinge relaties in kaart te brengen, te erkennen en te verhelderen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meerdere disciplines en mensen met verschillende achtergrond geven in het project hun mening en inbreng.</li> </ul>

<b>Context/interventies</b>	<b>Definitie/toelichting</b>	<b>Operationalisatie</b>
Zichtbare betekenissen en vooronderstellingen	Er wordt ruimte geboden aan het uitwisselen van kennis en ervaringen, interpretaties van gebeurtenissen, persoonlijke gevoelens en ambities en perspectieven op de toekomstige mogelijkheden. Deze uitwisseling is gebaseerd op meervoudige interpretaties, perspectieven en betekenissen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het uitwisselen, benoemen, vertellen, bespreken</li> <li>- van kennis, ervaringen, inzichten, ideeën, visies, gevoelens, perspectieven</li> <li>- door verschillende mensen met verschillende achtergronden.</li> <li>- Begrip creëren voor verschillende perspectieven.</li> <li>- Medewerkers hebben het idee dat ze hun mening kunnen delen en dat deze gehoord wordt en meetelt.</li> </ul>
Dialogoog met gedeelde betekenisgeving	Van een dialoog is sprake als meer dan twee mensen met elkaar in gesprek zijn. Gedeelde betekenis krijgt vorm door aandacht te geven aan gelijkenissen en verschillen en na te gaan welke perspectieven gedeeld worden over tijd, situaties en relaties heen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medewerkers voeren gesprekken met twee of meer mensen</li> <li>- over problemen, knelpunten, oplossingen</li> <li>- en proberen een eenduidige problemen, knelpunten en oplossingen te vinden.</li> </ul>
Gezamenlijke handelsalternatieven en processen van handelen	Dit is streven naar gezamenlijke actieperspectieven in het handelen.	- Besluiten tot gezamenlijke oplossingen en handelen.
Reflecteren en leren	Reflecteren is het beschouwen en achteraf overwegen van handelingen en wijze van betekenisgeving zodat theorie en praktijk met elkaar verbonden blijven en actoren bewust stilstaan bij de keuzes die ze hebben gemaakt of gaan maken. Daarnaast is het ook het stimuleren van elkaar om ingesleten gedragspatronen en vanzelfsprekendheden te reflecteren door achterliggende de denkbeelden en assumpties bloot te leggen en te betwijfelen. Daarvan wordt geleerd door de conclusies uit de reflecties mee te nemen en vorm te geven in een nieuwe situatie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugkijken en nadenken over de stappen die genomen zijn.</li> <li>- Vragen stellen bij de reden van huidige opzet van het project en de plannen.</li> </ul>

## **Bijlage D. Korte beschrijving veranderstrategie PHI-projecten**

### **Veranderstrategie in het kort**

Elke ziekenhuis heeft gebruik gemaakt van een veranderstrategie in het PHI-project. Per project wordt in het kort beschreven uit welke elementen de veranderstrategie is opgebouwd.

#### **1. Het UMC Utrecht**

De projectorganisatie voor de oprichting van het Chirurgisch Behandel Centrum (CBC) in het UMC Utrecht bestaat uit vijf onderdelen: werkstroom fysieke inrichting OK, werkstroom capaciteitsplanning, werkstroom diagnose- en zorgpaden, werkstroom PI- & managementinformatie en een programmabureau.

De doelstelling van de werkstroom Diagnose- en Zorgpaden is 'het verbeteren van de patiëntvriendelijkheid en efficiëntie van het klinische en poliklinische zorgproces door middel van het vergroten van de voorspelbaarheid en de planbaarheid van de zorg' (Projectplan diagnose- en zorgpaden, september 2006).

Deze doelstelling wordt bereikt door:

- Analyse van de processen in de polikliniek en de kliniek (incl. OK) en verankering van de werkwijzen met behulp van time/task matrices, gericht op vermindering van het aantal handelingen en het efficiënter inrichten van de processen.
- Identificatie van diagnose- en zorgpaden en gedetailleerde uitwerking van enkele van deze paden.

De veranderstrategie van het Chirurgische Behandelcentrum (CBC) van het UMC Utrecht voor het ontwikkelen van diagnose- en zorgpaden op de afdeling orthopedie bestaat uit verschillende onderdelen.

1. Ontwikkelen van stappenplan en raamwerk (ook gaande weg)
2. Per specialisme
  - a. Vaststellen indeling verrichtingen in CBC/niet-CBC
  - b. Verdeling van CBC-verrichtingen over diverse diagnose- en zorgpaden
  - c. Beantwoording informatiebehoefte Werkstroom Capaciteitsplanning (ander onderdeel van CBC)
3. Uitvoeren van procesanalyse, uitwerking verbetervoorstellen
4. Uitwerking van enkele diagnose en/of zorgpaden
5. Opstellen van overdrachtdocument per afdeling
6. Opstellen van slotdocument

Elke week komt de projectgroep van orthopedie een uur bij elkaar. In de projectgroep vindt afstemming plaats over de uitvoering van de activiteiten en wordt de voortgang van het PHI-project besproken. De projectgroep bestaat uit de stafmedewerker van orthopedie, een projectleider van de werkstroom diagnose- en zorgpaden en vertegenwoordigers van verschillende disciplines.

Daarnaast komt elke week een kernteam bij elkaar. In het kernteam zitten de projectleiders van de werkstroom van de diagnose- en zorgpaden en de projectleiders van de deelprojecten zoals orthopedie. Zij bespreken de voortgang van de verschillende deelprojecten. De stuurgroep komt maandelijks bij elkaar. In de stuurgroep wordt gesproken over de beschikbare middelen en wordt goedkeuring gegeven over de

tussenresultaten. Daarnaast ontmoeten de projectleiders van de werkstroom diagnose- en zorgpaden elkaar als het nodig is.

In de opstartfase van het CBC zijn twee kick-off bijeenkomsten voor orthopedie georganiseerd waarbij alle medewerkers werden uitgenodigd. In de bijeenkomsten werd gesproken over de problemen die op orthopedie aanwezig waren en eventuele oplossingen daarvoor. Omdat dit nog in de beginfase van het project was is één van de respondenten hier aanwezig geweest.

Voor de uitvoering en realisatie van het PHI-project worden de volgende randvoorwaarden

- Commitment van de medische afdelingshoofden en alle projectleden.
- Beschikbaarheid van de projectleden.
- Ondersteuning vanuit de specialismen zelf.
- Toegang tot de benodigde informatie, waaronder zorgstatistieken.
- Goede afstemming met het project Poli van de Toekomst en andere gelijksoortige initiatieven.
- Voldoende betrokkenheid vanuit de ondersteunende specialismen (i.c. RRN, DLA)

*Bron: Projectplan diagnose- en zorgpaden, 8 september 2006.*

## **2. Ziekenhuis St. Jansdal**

De veranderstrategie van het heup-/knieproject in het St. Jansdal is ontworpen op basis van de Doorbraakmethode PHI van het landelijke ondersteuningproject Sneller Beter. De doorbraakmethode PHI is één van de verbeterprogramma's die Sneller Beter aanbiedt. 'De doorbraakmethode is een strak gestructureerde manier van veranderingen invoeren in meerdere ziekenhuizen tegelijk. Het doel is om in korte tijd de kwaliteit van de zorg aanzienlijk te verbeteren, onder andere door gebruik te maken van goede praktijkvoorbeelden'. Het doorbraakproject PHI gaat uit van een fundamentele herinrichting van de bestaande zorgprocessen op het niveau van het primaire proces. In zorgprogramma's worden behandeltrajecten voor (clusters van) patiëntengroepen opnieuw ingericht. Hiervoor vindt een gewenste verandering plaats van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg rondom de patiënt. De doorbraakmethode PHI wordt gekenmerkt door de ziekenhuisbrede aanpak waarbij planning, taakherschikking en ICT geïntegreerd worden, wat naar verwachting efficiencywinst oplevert (Zuiderent et al. 2005).

De ontwerpers van de doorbraakmethode PHI adviseren dat de werkgroep eenmaal per week of per twee weken bij elkaar komt. In het St. Jansdal komt het projectteam (werkgroep) één keer per maand bij elkaar. Het projectteam wordt voorgezeten door een specialist, een orthopeed. De doorbraakmethode PHI kent geen vast stappenplan.

Globaal worden de volgende stappen doorlopen (Sneller Beter, Draaiboek PHI 2005):

1. Procesmeting (nulmeting)
2. Beschrijving van huidige en gewenste situatie
3. Formuleren van doelen en plan van aanpak
4. interventies uitwerken en testen
5. Interventies zo breed mogelijk invoeren
6. Nameting resultaten, presenteren en bijstellen van zorgprogramma's

### 7. Overdragen aan lijnmanagement.

Het projectteam bezoeken de landelijke dagen van Sneller Beter en brengen daarnaast een gezamenlijk bezoek aan een ziekenhuis dat reeds met het concept Joint Care® werkt. Op de landelijke dagen van Sneller Beter komen deelnemers van verschillende ziekenhuizen bij elkaar die aangesloten zijn met Sneller Beter. Deze landelijke dagen hebben als doel om informatie en ervaringen uit te wisselen en nieuwe input te ontvangen.

*Bron: Projectbeschrijving PHI-project Joint Care, 10 april 2004.*

*Draaiboek Procesherinrichting, Sneller Beter Pijler 3, 3 oktober 2005.*

### 3. Mesos Medisch Centrum

De veranderstrategie van het project Voorspelde Zorg van het Mesos Medisch Centrum is ontworpen door de organisatieadviseur van het Mesos. De veranderstrategie is op te delen in vier fases.

Fase 1. De eerste fase omvat de analyse van de huidige situatie. Daarin worden kwantitatieve en kwalitatieve informatie verzameld. De kwantitatieve informatie bestaat bijvoorbeeld uit informatie over marktanalyses, adherentiegebied, toegangstijden, ligduur, verrichtingen DBC's. De kwalitatieve informatie wordt verzameld door middel van interviews met medewerkers, met name de sleutelfiguren van een specialisme. Daarnaast dienen de bestaande protocollen, EB richtlijnen, wensen en dromen voor de toekomst (wordt naar gevraagd in de interviews) en best practices elders als input in de eerste fase.

Fase 2. Naar aanleiding van de analyse van de huidige situatie wordt een analyserapport geschreven door de stafmedewerkers van het Mesos. Dit verslag wordt besproken op een brainstormdag. Op de brainstormdag wordt aan de hand van het analyserapport gesproken over de gewenste situatie van een specialisme. Op deze dag zijn alle betrokken medewerkers of vertegenwoordigers van een groep medewerkers aanwezig. Zij praten gezamenlijk over de invulling van de nieuwe zorgprogramma's. Aan het einde van de dag wordt besproken welke randvoorwaarden nodig zijn om de zorgprogramma's te realiseren en welke stuurindicatoren nodig zijn om de zorgprogramma's te monitoren.

Fase 3. Na de brainstormdag wordt een verslag geschreven over de uitkomsten van de dag. Het verslag wordt voorgelegd aan de stuurgroep van voorspelde zorg. In de stuurgroep zijn twee leden van de Raad van Bestuur, de twee zorgmanagers en twee vertegenwoordiger van het stafbestuur aanwezig. Het afdelingshoofd en een vertegenwoordiger van de specialisten zijn hierbij aanwezig om de nieuwe plannen door te spreken. De stuurgroep geeft akkoord voor de zorgprogramma's die op de brainstormdag bedacht zijn en bespreekt de logistieke consequenties en investeringen die noodzakelijk zijn voor het realiseren van de zorgprogramma's.

Fase 4. In de laatste fase zorgt het afdelingshoofd en de vertegenwoordiger van de specialisten dat de plannen voor de zorgprogramma's uitgewerkt worden in een implementatieplan. Vervolgens wordt het implementatieplan uitgevoerd en resultaten bijgehouden en gemonitord. In deze laatste fase ligt de verantwoordelijkheid voor invulling van de implementatie nadrukkelijk bij het afdelingshoofd en de vertegenwoordiger van de specialisten. Zij bepalen zelf hoe vaak en in welke vorm evaluaties en terugkoppelingen plaats vinden.

*Bron: Informatie van het intranet van Mesos over Project Voorspelde Zorg, 2 juni 2007.*