
Borging van het project 'Werken Zonder Wachtlijst':

Door in cirkels te draaien of door de diepgang te zoeken?



Een kwalitatief onderzoek naar de borging van het project 'Werken Zonder Wachtlijst'.

Naam Linda de Jong
Studentnummer 307805
Afstudeerbegeleider Dr. J.D.H. van Wijngaarden
Meelezer Drs. L.J.W. Labree



Universiteit Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid Management
Gezondheidszorg
Afstudeerrichting Zorgmanagement (ZOMA)
Datum september 2008



Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie die het einde van mijn studie Beleid & Management Gezondheidszorg betekent. Naast mijn werk als verloskundige heb ik de afgelopen twee jaar deze studie met veel plezier gevolgd. Hoewel ik als verloskundige menig barend heb mogen begeleiden, voelt het afronden van deze scriptie als mijn “bevalling”, waar ik positief op terug kijk.

Het onderwerp van deze scriptie is aangedragen door Dr. J. van Wijngaarden. Hij was op zoek naar studenten die, ieder voor zich, een onderzoek wilde doen naar de borging van het project ‘Werken zonder Wachtlijst’. Dit leek mij een interessant onderwerp. Niet alleen omdat het geen raakvlakken met mijn eigen werk heeft, maar tevens omdat aan dit onderwerp gedurende de studie weinig aandacht is besteed. In dit onderwerp zag ik dan ook een grote uitdaging. Maar zonder een aantal personen had ik deze uitdaging nooit kunnen realiseren.

Bij dezen wil ik dan ook mijn afstudeerbegeleider Dr. J. van Wijngaarden bedanken voor het aandragen van het onderwerp, maar bovenal voor de leerzame bijeenkomsten en de fijne begeleiding. Ook wil ik Drs. W. Labree, mijn meelezer, bedanken voor zijn begrip en flexibiliteit bij het zoeken naar een afstudeerdatum. Verder wil ik mijn afstudeergroepje bedanken voor hun gezelligheid en inzet tijdens de bijeenkomsten.

Deze scriptie had niet tot stand kunnen komen zonder respondenten en kennis van het project ‘Werken Zonder Wachtlijst’. Bij dezen wil ik dan ook Drs. M. Rouppe van der Voort en Drs. S. Janssen bedanken voor het realiseren van de toegang tot de poliklinieken en voor de leerzame bijeenkomsten over project ‘Werken Zonder Wachtlijst’. Een speciale dank gaat uit naar alle respondenten die ik heb mogen interviewen. Zonder hen was het niet mogelijk geweest om deze scriptie te schrijven. De openheid die ik heb mogen ervaren over de huidige werkwijzen heeft me veel inzicht gegeven.

Tevens wil ik nog een aantal specifieke personen bedanken. Collegae bedankt voor jullie flexibiliteit. Deze flexibiliteit heeft echt geholpen bij de laatste afronding van mijn scriptie. Erna bedankt voor je steun, interesse en meelezerschap. Het heeft me goed gedaan. Niet te vergeten wil ik mijn ouders bedanken. Zonder hen was mij deze studie niet gelukt. Bedankt voor de vele steun, het begrip en de opbeurende gesprekken tijdens deze studie en vooral tijdens het schrijven van de scriptie. Ik ben blij met jullie.

Tot slot wil ik u veel leesplezier toe wensen.

Linda de Jong

Apeldoorn, september 2008

Samenvatting

Vele verbeterprojecten worden geïmplementeerd in ziekenhuizen om niet alleen de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar tevens om de zorg efficiënter in te richten. Eén van deze verbeterprojecten is 'Werken Zonder Wachttijd' (WZW). Wachttijd problematiek is al jaren een punt van aandacht binnen de gezondheidszorg en de maatschappij als geheel. Sommige ziekenhuizen hebben veel lange wachttijden en daarmee toegangstijden. Door het hanteren van een aantal logistieke principes beoogd het project WZW een toegangstijd tot de polikliniek van maximaal een week te kunnen realiseren voor elke patiënt. De deelnemende poliklinieken waren over het algemeen enthousiast over het project en velen hebben een reductie van de toegangstijd weten te realiseren. Onduidelijk blijft hoe het met de lange termijn successen ofwel de borging van dit verbeterproject staat.

Met behulp van kwalitatief onderzoek is onderzocht wat van project WZW geborgd is en welke factoren daarbij een beïnvloedende rol spelen, de nadruk ligt hierbij op het mechanisme *leren*.

Uit de literatuur is gebleken dat er verschillende perspectieven van borging zijn, te weten het statische en het dynamische perspectief. Daarnaast zijn er randvoorwaarden te onderscheiden die collectief leren kunnen realiseren. Deze randvoorwaarden voor collectief leren vertonen overeenkomsten met de factoren die van belang zijn om borging te realiseren. Om deze reden is borging van het project aan de hand van deze randvoorwaarden geanalyseerd.

Uit de resultaten van het kwalitatieve onderzoek blijkt dat het project WZW statisch is geborgd. Hierbij spelen het bewaken van de toegangstijd en de nieuwe werkwijzen een prominentere rol dan het mechanisme *leren*. Daarnaast vertrok dit onderzoek vanuit het ideaal perspectief van collectief leren om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Dit ideaal perspectief blijkt binnen alle vier de poliklinieken niet aanwezig te zijn. Aan de randvoorwaarden om collectief te kunnen leren wordt slechts gedeeltelijk voldaan. Gezamenlijk leren door dialoog en discussie, waarbij persoonlijke ervaringen worden uitgewisseld, krijgt weinig aandacht en is niet noodzakelijk om het project statisch te borgen. Het aanwezig zijn van het gedragen doel, het verzamelen van meetgegevens omtrent de toegangstijd, uitwisselen van de meetgegevens via de email, op individueel niveau over de vaardigheden beschikken om deze gegevens te interpreteren en het inzetten van één op één communicatie om medewerkers extra spreekuren te laten draaien als de toegangstijden te ver oplopen of om hen te wijzen op hun fouten (feedback) is voldoende om het project statisch te borgen. Om dit te kunnen realiseren volstaat *light single loop learning*, te weten het inzetten van een bestaande korte termijn oplossing na een lichte analyse. De focus op de korte termijn oplossing, extra spreekuren inzetten, maakt het vasthouden van de acceptabele toegangstijd en de nieuwe werkwijzen mogelijk. Dit alles is voldoende om de statische vorm van borging te kunnen realiseren, mits er signalerende en aansturende personen als ook kartrekkende specialisten aanwezig zijn, de overige medewerkers gemotiveerd en flexibel zijn om extra spreekuur te willen draaien en zoveel mogelijk de (nieuwe) werkwijzen willen vasthouden en, tot slot, het ziekenhuis en de externe omgeving niet om drastische structurele verbeteringen vragen.

Summary

Many projects for improvement are being implemented in hospitals not just to improve the degree of care, but also to improve the efficiency of care. One of these projects is 'Working Without Waiting Lists'. Long waiting lists have been an issue for years within the healthcare in the Netherlands as well as in Dutch society. Certain hospitals have many, long waiting lists and as a result long entry times to the outpatient departments. By applying certain logistic principles this project aims to accomplish an entry time at the utmost of one week for every outpatient. Most of the participating outpatient departments were eager to participate and many of them have accomplished a reduction in the entry time. The long term results (the sustainability) remain unsure.

Through qualitative research the level of sustainability of the project was examined, as well as the success factors of this sustainability. The emphasis in this thesis is on the mechanism of learning.

According to the theory, there are two types of sustainability, terminal point sustainability and dynamic sustainability. Furthermore there are basic conditions to distinguish that could bring about collective learning. These basic conditions show resemblance to the success factors of sustainability. Therefore, the sustainability of this project is analysed by the basic conditions of learning.

The results of this qualitative research show that guarding of the entry time play a more prominent part to the sustainability of the project compared to the mechanism of learning. Furthermore, this thesis started at the ideal view of collective learning to answer the research question. This ideal view is not apparent at any of the outpatient departments. The basic conditions of collective learning are partly fulfilled. Shared learning through dialogue and discussion, in which personal experiences are exchanged, does not receive a lot of attention and is not required to achieve terminal point sustainability. Presence of the supported goal, gathering of measured variables with reference to entry time, exchanging the measured variables by email, requirement of skills on an individual level to interpret these variables and applying face-to-face communication to convince members of staff to work more consultation hours if entry times become too long or to indicate to members of staff their faults (feedback) is sufficient to realize the terminal point sustainability of this project. To bring about this terminal point sustainability, *light single loop learning*, commencing an existing solution following a simple analysis, is sufficient. The focus on short term solution, more consultation hours, enables the retaining of the acceptable entry time. All this is sufficient to realize the terminal point sustainability, provided that perceiving and leading persons as well as hauling specialists are present at an outpatient department, the other members of staff are motivated and flexible to work more consultation hours, members of staff are willing to retain the (new) procedures and, finally, the hospital and the external environment do not demand drastic structural improvements.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
SUMMARY	4
INHOUDSOPGAVE	5
1. INLEIDING	7
1.1 DOELSTELLING, RELEVANTIE EN ONDERZOEKSVRAGEN.....	8
1.2 LEESWIJZER.....	10
2. THEORETISCH KADER	11
2.1 WAT IS BORGING.....	11
2.1.1 <i>Het statische perspectief van borging</i>	12
2.1.2 <i>Het dynamische perspectief van borging</i>	13
2.2 (SUCCES) FACTOREN DIE VAN INVLOED ZIJN OP BORGING.....	14
2.2.1 <i>Duidelijke visie en doelen</i>	14
2.2.2 <i>Motivatie</i>	14
2.2.3 <i>Feedback</i>	15
2.2.4 <i>Ondersteunende organisatiestructuur</i>	15
2.2.5 <i>Leiderschap</i>	15
2.2.6 <i>Positieve organisatie verbetercultuur</i>	16
2.3 HET MECHANISME LEREN EN BORGING.....	16
2.3.1 <i>Wat is leren</i>	17
2.3.2 <i>Individueel en collectief leren</i>	18
2.3.3 <i>Verschillende vormen van leren</i>	20
2.4 REFLECTIE.....	22
3. METHODEN	24
3.1 ONDERZOEKSTYPE EN –DESIGN.....	24
3.2 SELECTIE VAN DE RESPONDENTEN.....	24
3.2.1 <i>Inclusiecriteria</i>	25
3.2.2 <i>(Benaderings)proces interviews</i>	25
3.3 DATAVERZAMELING.....	26
3.3.1 <i>Literatuuronderzoek</i>	26
3.3.2 <i>Interview</i>	27
3.4 DATA-ANALYSE.....	28
3.5 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID.....	28
3.5.1 <i>Interne validiteit</i>	28
3.5.2 <i>Externe validiteit</i>	28
3.5.3 <i>Interne betrouwbaarheid</i>	29
3.5.4 <i>Externe betrouwbaarheid</i>	29
3.6 ETHISCHE VERANTWOORDING.....	29
4. PROJECT ‘WERKEN ZONDER WACHTLIJST’	30
4.1 METHODE ACHTER PROJECT ‘WERKEN ZONDER WACHTLIJST’.....	30
4.1.1 <i>Metten=weten</i>	30
4.1.2 <i>Doorbraakmethode en teams</i>	31
4.2 INHOUD VAN PROJECT ‘WERKEN ZONDER WACHTLIJST’.....	32
4.2.1 <i>Principes van project ‘Werken Zonder Wachtlijst’</i>	32
4.3 REFLECTIE.....	34
5. ANALYSE	35
5.1 DUURZAAMHEID VAN DE VERANDERING BINNEN DE POLIKLINIEKEN.....	35
5.1.1 <i>Profielchets poliklinieken</i>	35
5.1.2 <i>De toegangstijden</i>	37

5.1.3	Conclusie	39
5.2	'WERKEN ZONDER WACHTLIJST' ASPECTEN.....	39
5.2.1	Conclusie	45
5.3	AANWEZIGE COLLECTIEVE RANDVOORWAARDEN VOOR LEREN BINNEN DE POLIKLINIEKEN	46
5.3.1	Conclusie	55
5.4	NIEUWE MEDEWERKERS: BEKWAAM OF ONBEKWAAM	55
5.4.1	Conclusie	56
5.5	DE RELATIE TUSSEN HET MECHANISME LEREN EN BORGING	56
5.5.1	<i>De relatie tussen de aanwezige collectieve randvoorwaarden voor leren en borging ...</i>	57
5.5.2	<i>Motivatie en flexibiliteit</i>	65
5.5.3	Conclusie	67
6.	CONCLUSIE	68
6.1	ONDERZOEKSVRAAG EN DEELVRAGEN.....	68
7.	DISCUSSIE.....	73
7.1	ALGEMENE REFLECTIE.....	73
7.2	REFLECTIE OP DE METHODOLOGIE EN DE RESULTATEN.....	73
7.2.1	<i>Kwantitatieve gegevens</i>	73
7.2.2	<i>Kwalitatieve deel van het onderzoek</i>	73
7.3	REFLECTIE OP DE THEORIE	76
7.4	REFLECTIE OP PROJECT WZW	78
7.5	AANBEVELINGEN.....	79
7.5.1	<i>Praktijk</i>	79
7.5.2	<i>Vervolgonderzoek</i>	81
	LITERATUURLIJST	83
	BIJLAGEN	87
	BIJLAGE 1: INFORMATIEBRIEF	88
	BIJLAGE 2: VRAGENLIJST I	90
	BIJLAGE 3: VRAGENLIJST II	94

1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is voortdurend in beweging. Vele veranderprojecten worden geïmplementeerd in ziekenhuizen om niet alleen de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar tevens om de zorg efficiënter in te richten. Helaas blijkt dat vele veranderingen niet worden geborgd (Appelbaum & Wohl 2000; Ferlie & Shortell 2001; Miller 2004; Pfeifer et al. 2005). De borging van een verandering is na de implementatie niet iets vanzelfsprekends, aangezien bestaande routines voor nieuwe routines verruild moeten worden (Grol & Wensing 2001). Daarnaast bevinden organisaties zich vaak in een omgeving die continu in ontwikkeling is. Hierdoor is het voor organisaties niet eenvoudig om de doorgevoerde verandering te behouden (Øvretveit 2008).

Uit de literatuur blijkt dat aan het begrip borging meerdere betekenissen toegekend kunnen worden, verschillende perspectieven op borging zijn te onderscheiden. Enerzijds kan borgen gezien worden als het inbedden van de verandering in de organisatie en/of in de medewerkers, zodat de nieuwe werkwijze uitgevoerd wordt en de gewenste resultaten worden behaald (CBO 2004; Lawrence et al. 2006; Øvretveit 2008). Anderzijds kan borging gedefinieerd worden als het continu blijven verbeteren. Naast het inbedden van de verandering gaat dan het tevens om het vermogen om na het verandertraject door te gaan, zodat veranderingen steeds verbeterd en ontwikkeld worden, waardoor er ingespeeld kan worden op de omgeving (CBO 2004; Lawrence et al. 2006; Pfeifer et al. 2005:299).

Het mechanisme *leren* speelt mogelijk een rol bij borging. Medewerkers moeten de nieuwe werkwijze aan willen leren, willen blijven toepassen en eventueel door willen verbeteren en ontwikkelen. Maar het blijkt dat veranderingen vaak niet worden geborgd als medewerkers het voordeel van de nieuwe routine ten opzichte van de oude routine niet inzien (Miller 2004:9). Organisaties zijn hierdoor genoodzaakt om steeds aandacht te blijven besteden aan borging, waarbij ze voor een groot deel afhankelijk zijn van de wil van de medewerkers om te leren. Leren op individueel en collectief niveau lijkt hierdoor een belangrijk mechanisme binnen borging. Individuele medewerkers beschikken over kennis. Door informatie overdracht, ervaringen, kennis en vaardigheden ontstaat er nieuwe kennis of wordt de bestaande kennis rijker. Hierdoor ontstaat het vermogen om een taak uit te (kunnen) gaan voeren (Weggeman 1997). Kennisoverdracht tussen individuen kan plaats vinden door te socialiseren (ibid.). Argyris & Schön (1978) stellen dat het belangrijk is dat er naast individueel leren tevens collectief wordt geleerd, aangezien organisaties zich in een omgeving bevinden die vaak veranderd.

Naast de verschillende niveaus van leren zijn er tevens verschillende vormen van leren te onderscheiden, zoals *single loop* en *double loop learning* (Argyris & Schön 1978). Waar *single loop learning* het verbeteren binnen de bestaande kaders inhoudt (Wierdsma & Swieringa 2002). Gaat *double loop learning* verder en stelt deze kaders ter discussie. *Double loop* leren is hiermee gericht op vernieuwen (ibid.). De verschillende vormen van borging vragen mogelijk om verschillende niveaus en vormen van leren.

Aanleiding voor dit onderzoek is het gebrek in de literatuur over hoe borging van veranderingen gerealiseerd kan worden en welke factoren hierbij een belangrijke invloed kunnen hebben. Veel veranderingsprogramma's zijn namelijk als succesvol aangemerkt, maar de lange termijn successen ervan zijn vaak onbekend (Narine & Persaud 2003:179). Uit een onderzoek van Stetler et al. (2007) blijkt dat er sprake is van een gebrek aan kennis over het realiseren van borging van veranderingen. Om kwalitatieve, doelmatige en toegankelijke zorg te kunnen blijven verlenen is het mogelijk van belang meer inzicht te krijgen in het borgingsproces van dergelijke veranderingen, zoals het project 'Werken zonder Wachtlijst'.

De casus die in deze scriptie centraal staat is; 'Werken Zonder Wachtlijst' (WZW). Wachtlijsten blijken in de zorg een groot probleem te zijn. Daarnaast zijn er verschillen waar te nemen tussen ziekenhuizen wat betreft de grote van hun wachtlijst (VWS 2002). Sinds 2002 is het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de zorg) dan ook gestart met het project WZW. Het doel van 'Werken Zonder Wachtlijst' is het verbeteren van de patiëntenlogistiek door gebruik te maken van verschillende logistieke principes. Centraal binnen dit project staat het reduceren van de toegangstijd voor de patiënt tot de polikliniek tot minder dan een week (CBO 2004). Hierbij gaat het dus om de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plaats toegang tot de polikliniek te verschaffen. Dit kan gerealiseerd worden door "grip" te krijgen op het spel van vraag en aanbod (ibid.). In 2002 is het project in Nederland gestart en wordt nog steeds op vele poliklinieken geïmplementeerd. Op dit moment (anno 2008) hebben ongeveer 181 poliklinieken uit 50 ziekenhuizen aan het project WZW meegedaan (CBO 2007). Hoewel de ervaringen positief waren tijdens de implementatie én het implementatietraject destijds volledig was aangepast aan de eigen situatie van de poliklinieken (ibid.), blijft de vraag hoe het staat met de lange termijn successen van dit verbeterproject. In dit onderzoek wordt daarom gezocht naar de factoren die van invloed zijn op de borging van deze verandering. Hierbij zal de focus binnen dit onderzoek op het mechanisme *leren* liggen, omdat effectief organisatiegedrag aangeleerd moet worden (Wierdsma & Swieringa 2002:53). Door mee te doen aan het project WZW ontstaat er meer kennis, maar wat is het effect van deze kennis op borging van de deze verandering?

1.1 Doelstelling, relevantie en onderzoeksvragen

Binnen de gezondheidszorg worden veel veranderprojecten geïmplementeerd. Naar de implementatie van dergelijke veranderingen is al veel onderzoek gedaan. Alleen houdt na de implementatie van de verandering, de verandering niet op. De literatuur schiet verder tekort over hoe een dergelijke verandering geborgd blijft. Uit de literatuur blijkt dat er weinig inzicht is in het proces van borgen, waardoor de factoren die dit proces kunnen beïnvloeden onduidelijk blijven. Het doel van dit onderzoek is daarom het in kaart brengen van factoren die bijdragen aan borgen van veranderingen. Dit wordt gerealiseerd door de borging van het project WZW te onderzoeken. Aan de hand van deze casus wordt beoogd de factoren en de relatie tussen de factoren die van invloed zijn op dit project inzichtelijk te maken, waarbij het mechanisme *leren*, zoals eerder vermeld, centraal zal staan. Door literatuuronderzoek te combineren met empirisch onderzoek wordt getracht dit inzicht in het borgingsproces te ontwikkelen. Daarnaast kunnen de uitkomsten van dit onderzoek meegenomen

worden bij de verdere implementatie en borging van het project WZW. Hierdoor kunnen meer randvoorwaarden geschept worden zodat de kans dat een dergelijk project succesvol wordt geborgd toeneemt.

Om bovenstaande doelstellingen te kunnen realiseren wordt in dit onderzoek onderzocht welk perspectief van borging voor het project WZW van belang is. Aan de hand van het aanwezige perspectief kunnen de factoren in beeld gebracht worden die van invloed zijn. Centraal binnen dit thema staat het mechanisme *leren*. Beoogd wordt de relatie tussen dit mechanisme en borging inzichtelijk te maken. De volgende onderzoeksvraag is hierbij toonaangevend geweest:

“Welke rol speelt leren bij borging van het project ‘Werken Zonder Wachtlijst’?”

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is borging?
2. Wat is bekend over factoren die een rol spelen bij borging?
3. Wat is de invloed van het mechanisme leren op borging?
4. Wat houdt ‘Werken Zonder Wachtlijst’ in?
5. Welke factoren spelen een rol bij de borging van het project ‘Werken Zonder Wachtlijst’?
6. Welke rol speelt leren in deze?

In de eerste twee deelvragen wordt nagegaan wat er te vinden is over borging in de literatuur en welke beïnvloedende factoren daarbij te onderscheiden zijn. Hierboven is beschreven dat aan het begrip borging verschillend inhoud kan worden gegeven. Daarnaast is opgemerkt dat er weinig literatuur over dit proces te vinden is. Middels literatuurstudie wordt geprobeerd om borging zo adequaat mogelijk in kaart te brengen.

Het mechanisme *leren* staat in de derde deelvraag centraal. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is het belangrijk om inzicht te krijgen in dit mechanisme. De inhoud van dit mechanisme en de (mogelijke) invloed ervan op borging wordt door middel van deze deelvraag bestudeerd in de literatuur.

De casus omvat het project ‘Werken Zonder Wachtlijst’. Zonder begrip van dit project kan de materie borging van het project WZW op de poliklinieken niet bestudeerd worden. De vierde deelvraag zorgt dat dieper wordt ingegaan op dit project, zodat een inzicht in het geheel kan ontstaan.

Deelvraag vijf en zes koppelen de theorie en de empirie. Het theoretisch kader dient als “kapstok” als het gaat om het onderzoek naar de borging van het project ‘Werken zonder Wachtlijst’. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is het belangrijk om te achterhalen welke factoren een rol spelen bij de borging van het project ‘Werken zonder Wachtlijst’ en wat de relatie is tussen deze

factoren. Het mechanisme *leren* staat hierin centraal. Empirisch onderzoek draagt bij om dit inzichtelijk te maken.

1.2 Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk is het theoretisch kader. Hierin worden de factoren die van invloed zijn op borging uiteengezet. Tevens zal in het theoretisch kader het mechanisme *leren* uitgewerkt worden en in relatie worden gebracht met borging. Vervolgens krijgt het project 'Werken Zonder Wachtlijst' aandacht in een nieuw hoofdstuk. In het hoofdstuk methoden staat de methodologie beschreven. Het hoofdstuk analyse bevat een beschrijving en een analyse van de resultaten. Aan de hand van de deelvragen wordt vervolgens een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag in het hoofdstuk conclusie. Tot slot wordt in het hoofdstuk conclusie een reflectie gegeven op de onderzoeksresultaten, de gehanteerde methodologie en theorie. Tevens worden in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor de praktijk en vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

Veranderingen binnen de gezondheidszorg hebben vaak een relatie met kwaliteit en efficiëntie. Het doel van de verandering is namelijk het realiseren van verbeteringen, waardoor de kwaliteit van de zorg omhoog zal gaan en er meer doelmatige zorg geboden zal worden (Walburg et al. 2006). Om dit blijvend te kunnen realiseren, is het belangrijk dat een dergelijke verandering niet alleen geïmplementeerd wordt, maar ook wordt geborgd. Hierbij zal het mechanisme *leren* waarschijnlijk een belangrijke rol spelen, aangezien een verandering een nieuwe manier van werken en denken vraagt (CBO 2004; Miller 2004:9). Borging van veranderingen houdt hierbij het vergroten van kennis en vaardigheden van de medewerkers in (Miller 2004). Wil een verandering immers geborgd worden en blijven, dan is het belangrijk dat oude routines plaats maken voor nieuwe en terugval in oude routines voorkomen wordt (ibid.). Tevens kan het noodzakelijk zijn dat organisaties en medewerkers kunnen reageren op veranderingen in de omgeving, zoals nieuwe mensen in de organisatie en de steeds meer concurrerende markt binnen de gezondheidszorg. In onderstaand theoretisch kader zal dieper ingegaan worden op het begrip borging en de factoren die daarbij van invloed kunnen zijn. Aangezien de focus in dit onderzoek op het mechanisme *leren* ligt, zal dit mechanisme in relatie tot borging uiteengezet worden in de paragraaf 2.3.

2.1 Wat is borging

Aan het begrip borging kan verschillend inhoud worden gegeven (Øvretveit 2008:10). Resultaten van een activiteit kunnen worden geborgd, maar tevens een project of een kwaliteitsmethode die de medewerkers is bijgebracht gedurende een project. Daarnaast kan over borging worden gesproken als de organisatie over een collectieve capaciteit beschikt om kwaliteitsmethodes toe te passen en te verbeteren. Bij deze laatste vorm van borging hebben medewerkers geleerd om met elkaar te experimenteren. Hierdoor zit een verandering diep geworteld en passen ze met elkaar nieuwe methodes toe (Øvretveit 2008:10).

Ondanks dat aan het begrip borging verschillend inhoud kan worden gegeven, wordt in de literatuur de meeste aandacht besteedt aan de implementatie van veranderingen. Mogelijk is de oorzaak hier gelegen in het feit dat veel veranderingen niet gerealiseerd worden of niet het gewenste resultaat bereiken, omdat de implementatie niet zorgvuldig verloopt (Appelbaum & Wohl 2000; Ferlie & Shortell 2001; Miller 2004; Pfeifer et al. 2005). Implementatie is hierdoor misschien interessanter om te onderzoeken dan borging. Wel blijkt uit de literatuur dat implementatie en borging van een verandering een relatie met elkaar hebben. Een zorgvuldige implementatie leidt namelijk tot een zekere mate van borging (*sustainability*), zoals uit de volgende definitie van *sustainability* blijkt:

“Sustainability evolves out of successful implementation and focuses on institutionalization of an intervention/ program and subsequent revolution and renewal”

(Julian & Kombarakaran 2006:176).

Uit deze definitie van *sustainability* blijkt dat borging uit twee componenten bestaat. Enerzijds houdt borging het verankeren van de verandering in. Anderzijds is borging het in staat zijn om na deze verankering door te kunnen veranderen en verbeteren. In de literatuur zijn deze twee perspectieven te onderscheiden als de statische en dynamische vorm van borging (CBO 2004). Duidelijk wordt dat borging (*sustainability*) een complex begrip is, aangezien het niet als een concept met één betekenis kan worden gezien. Meer inzicht in de twee perspectieven van borging is nodig.

2.1.1 Het statische perspectief van borging

Het statische perspectief omvat borging als het verankeren van de nieuwe werkwijze en/of doelen in individuen en/of de organisatie (Goodstein & Burke 1991; Grol & Wensing 2001; Kotter 1998). Volgens het CBO (2004) gaat het bij deze vorm van borging om het behouden van resultaten en om het behouden van de veranderingen die deze resultaten realiseren. Goodstein & Burke (1991), Grol & Wensing (2001) en Kotter (1998) zien borging als het eindpunt van de realisatie van de verandering. Om dit te kunnen bereiken dienen er een aantal stappen doorlopen te worden die leiden tot een succesvolle verandering. Borging lijkt hiermee het eindpunt van een lineair proces te zijn (tabel 2.1).

Kotter (1998) Transformatie van de organisatie		Grol & Wensing (2001) Implementatie van de verandering (d.m.v richtlijnen)	
Stap 1	Creëren van een 'sense of urgency'	Stap 1	Oriëntatie
Stap 2	Vormen van een krachtige leidende coalitie	Stap 2	Inzicht
Stap 3	Creëren van een visie	Stap 3	Acceptatie
Stap 4	Communiceren van de visie	Stap 4	Verandering
Stap 5	Draagvlak voor de visie creëren	Stap 5	Behoud van de verandering
Stap 6	Plannen en creëren van korte termijn successen	Goodstein & Burke (1991) Lewin's veranderingsmodel	
Stap 7	Consolideren van de verbeteringen en meer veranderingen produceren	Stap 1	Unfreeze (loskomen van al het oude zowel op individueel als op organisatie niveau)
		Stap 2	Movement (het realiseren van de verandering)
Stap 8	Verankeren van de nieuwe werkwijze in de organisatie	Stap 3	Re-freezing (verankeren van de nieuwe werkwijze)

Tabel 2.1 verankering van de verandering 3 verschillende stappenplannen

Ondanks dat deze auteurs borging zien als het resultaat van een lineair proces, geven ze hier verschillend inhoud aan. Goodstein & Burke (1991:10) beschrijven de manier om tot een succesvolle verandering te komen, en daarmee tot borging, in grotere lijnen dan Kotter (1998) en Grol & Wensing (2001). Volgens Goodstein & Burke (1991) gaat het eerst om het loskomen van de oude werkwijze, alvorens de nieuwe verandering gerealiseerd kan worden. Als de nieuwe werkwijze eenmaal gerealiseerd is dan kan deze verankerd worden. Kotter (1998:7) beschrijft echter een gedetailleerder stappenplan dat leidt tot een succesvolle verandering (tabel 2.1). Het zorgvuldig doorlopen van deze acht stappen zullen volgens Kotter (1998) ervoor zorgen dat een verandering slaagt en geborgd wordt. Kotter (1998) doet tevens suggesties waarom veranderingen niet geborgd worden. Hij geeft

aan dat stap zeven niet te snel moet worden doorlopen. Bij deze stap gaat het om het inpassen van de verandering in de cultuur. Volgens Kotter (1998) is het belangrijk te realiseren dat dit een langdurig proces is, dat jaren kan duren. Tevens geeft hij aan dat verankering verloren gaat als er geen urgentie meer is, er sprake is van een onduidelijke visie en/of wanneer de coalitie zijn kracht verliest. Tot slot zal de nieuwe werkwijze niet verankeren als de druk om te veranderen weg valt gedurende het transformatieproces (ibid.). Voorts geven Grol & Wensing (2001:77-78), in navolging op Kotter (1998), een stappenplan aan. In tegenstelling tot Kotter (1998) richtten zij zich op het realiseren van veranderingen binnen de gezondheidszorg door middel van het implementeren van richtlijnen en protocollen, waarbij het inbouwen van de nieuwe werkwijze die ondersteund wordt door de zorgorganisatie de laatste stap is. Hierdoor hebben Grol & Wensing (2001) meer een implementatiefocus dan een transformatiefocus, zoals Kotter (1998). Dat borging niet altijd gezien wordt als het integreren en verankeren van veranderingen in de routines blijkt uit het dynamische perspectief van borging.

2.1.2 Het dynamische perspectief van borging

Het dynamische perspectief omvat borging als resultaat van een cyclisch proces. Hierbij ligt de focus op continue ontwikkeling (Lawrence et al. 2006; Miller 2004; Pfeifer et al. 2005; Schouten 2004). Als het gaat om complexe organisaties in een turbulente omgeving waardoor continue en snelle veranderingen gerealiseerd dienen te worden, is borging het inbouwen van een extra capaciteit (Lawrence et al. 2006; Pfeifer et al. 2005). Het gaat binnen dit perspectief niet alleen om het realiseren van anders werken, maar ook van anders denken (CBO 2004). Als eenmaal de oude werkwijze plaats heeft gemaakt voor de nieuwe werkwijze, dient er nog steeds aandacht besteed te worden aan de verandering. Het inbouwen van een continu verbeterproces, waardoor veranderingen steeds sterker worden gemaakt en er op de omgeving kan worden ingespeeld, zorgt mogelijk voor het realiseren van lange termijn successen (Lawrence et al. 2006:65; Pfeifer et al. 2005:299). Het in staat zijn om continu te kunnen verbeteren staat, naast het verankeren van de nieuwe werkwijze, centraal binnen borging als resultaat van een cyclisch proces. Schouten (2004:1643) verwoordt dit als volgt:

“Een succesvol Doorbraakproject is het resultaat van het ontwerpen, leren en inpassen, zodat naast het behoud van het geboekte resultaat ook een structurele basis voor de toekomstige veranderingen wordt gerealiseerd”.

Hieruit blijkt dat leren binnen borging als resultaat van een cyclisch proces een belangrijke rol speelt, zodat niet continu het hele veranderingsproces uitgebreid doorlopen hoeft te worden. Factoren die een negatieve invloed op borging kunnen hebben, zijn volgens Schouten (2004); personele wisselingen, afwezig zijn van randvoorwaarden (met name onvoldoende mankracht), geen eenduidige doelen en/of visie, ontbreken van discipline en verslapping van de aandacht.

Naast deze factoren zijn overeenkomstige factoren te onderscheiden die beide vormen van borging kunnen beïnvloeden. Deze factoren worden in onderstaande paragraaf behandeld.

2.2 (Succes) factoren die van invloed zijn op borging

Zoals reeds benoemd, is veel literatuur te vinden over *hoe* een verandering succesvol te implementeren. Analyse van de literatuur maakt duidelijk dat borging en implementeren van veranderingen meestal hand in hand gaan. Overeenkomstige factoren zijn te onderscheiden die zowel voor de implementatie als voor de realisatie van borging van belang zijn (tabel 2.2). In onderstaande deelparagrafen worden deze (succes)factoren van borging nader uiteengezet, waarbij soms accentverschillen waar te nemen zijn als het gaat om de verschillende vormen van borging.

Succesfactoren van borging
1. Duidelijke visie en/of doelen
2. Motivatie
3. Feedback
4. Ondersteunende organisatiestructuur
5. Leiderschap
6. Positieve organisatie(verbeter)cultuur

Tabel 2.2 beïnvloedende factoren

2.2.1 Duidelijke visie en doelen

Een duidelijke visie en/of doelen worden als succesfactor genoemd voor borging. Deze factor kan de inhoud van de verandering inzichtelijk maken (Julian & Kombarakaran 2006). Daarnaast geeft het de medewerkers richting en houvast (Kotter 1998; Miller 2004). Om deze reden wordt van belang geacht dat er haalbare doelen worden geformuleerd (Julian & Kombarakaran 2006), die volgens Schouten (2004) en Grol & Wensing (2001) tevens meetbaar moeten zijn. Daarnaast zijn korte termijn doelen van belang. Communicatie over de korte termijn doelen in relatie tot de behaalde performance kan inzicht geven in de verandering en hiermee een belangrijke invloed uitoefenen op de motivatie van medewerkers om een verandering te doen laten slagen en borgen (Kotter 1998; Miller 2004; Pfeifer et al. 2005; Schouten 2004). Motivatie is hiermee de volgende succesfactor.

2.2.2 Motivatie

Het aanwezig zijn van de succesfactor motivatie wordt als belangrijk benoemd voor borging. Het gaat om de bereidheid de nieuwe werkwijze, vaardigheden en processen te willen aanleren en te willen vasthouden na het realiseren van de verandering (Kotter 1998; Miller 2004). Een verandering blijkt gedoemd te zijn om te mislukken als de medewerkers niet gemotiveerd zijn om deel te willen nemen aan de verandering (Kotter 1998; Greenhalgh et al. 2004). Veranderen en borgen vereisen daarmee intrinsieke motivatie (Grol & Wensing 2001:206; Senge 1999:35). Hierbij is het belangrijk dat de organisatie aandacht heeft voor de invloed van de verandering op het denken en handelen van de medewerkers (Schouten 2004). Maar intrinsieke motivatie kent zijn beperkingen, zoals Grol & Wensing (2001) en Senge (1999) stellen. Het invoeren van de juiste extrinsieke maatregelen kan ervoor zorgen dat medewerkers gestimuleerd worden tot borging van de verandering, zoals feedback (ibid.).

2.2.3 Feedback

Feedback is volgens Grol & Wensing (2001) van belang om medewerkers te blijven attenderen op de nieuwe werkwijzen, zodat terugval voorkomen wordt. Uit een onderzoek binnen de gezondheidszorg komt naar voren dat zowel individuele, anonieme als groepsfeedback belangrijk invloed kunnen hebben op de motivatie van de medewerkers om werkwijzen te blijven hanteren (Roe 2004). Hierbij zijn informeren, communiceren en blijven meten de kernelementen (Schouten 2004:1643). Het realiseren van accurate en tijdige informatie, zodat inzicht kan worden verkregen in de resultaten, wordt belangrijk gevonden voor borging (Ferlie & Shortell 2001; Miller 2004; Schouten 2004). Dit vraagt om ondersteunende structuren.

2.2.4 Ondersteunende organisatiestructuur

Het aanpassen van processen, structuren en systemen is van belang om een verandering te kunnen borgen (Miller 2004; Schouten 2004). Ferlie & Shortell (2001) stellen dat de aanwezigheid van informatietechnologieën, zoals communicatiekanalen, positief bijdragen aan borging, omdat hierdoor de mogelijkheid gecreëerd wordt om verbeteringen vast te leggen en door te geven. Daarnaast kan het collectief gedrag vergemakkelijken, omdat hierdoor de informatie over de verandering gezamenlijk geïnterpreteerd kan worden (Lawrence et al. 2006; Wijngaarden & de Bont 2006). Om een verandering geborgd te houden, is een juiste fit tussen technologie en praktijk van belang (Kotter 1998). Binnen de dynamische vorm van borging staat, zoals eerder beschreven, de continue ontwikkeling centraal na het verankeren van de verandering, zodat ingespeeld kan worden op veranderingen in de externe omgeving (Julian & Kombarakaran 2006). Dit vereist volgens Greenhalgh et al. (2004) organisatiestructuren die flexibel zijn en de bestaande structuren ondersteunen, waardoor organisaties zich steeds kunnen aanpassen aan de context waarin ze zich begeven. Niet alleen is het belangrijk dat organisaties hun medewerkers ondersteunen in het borgen van de verandering, tevens is voor leiders op dit gebied een belangrijke rol weggelegd.

2.2.5 Leiderschap

Leiderschap op alle niveaus wordt belangrijk gevonden voor borging (Ferlie & Shortell 2001; Kotter 1998; Schouten 2004). Er wordt vanuit gegaan dat zonder goed leiderschap de medewerkers de resultaten verkeerd zouden kunnen interpreteren, wat vervolgens een demotiverend effect zou kunnen hebben op de medewerkers om de verandering te behouden (ibid.). Kotter (1998) geeft aan dat verandertrajecten die geleid worden door leiders en kartrekkers vaak meer succesvol zijn. Ferlie & Shortell (2001) en Miller (2004) vullen hierop aan dat een goede voorbeeldfunctie van de leider en het management noodzakelijk is om de medewerkers gemotiveerd te houden om het gewenste gedrag te blijven vertonen. Vooral een combinatie van managers (die het veranderingsproces controleren) en leiders (die het proces steeds voortduwen en er een nieuwe impuls aangeven) lijken een positieve invloed op de dynamische vorm van borging te hebben (Ferlie & Shortell 2001). Tot slot is het voor borging van belang dat nieuwe leiders en/of managers binnen de organisatie zich de nieuwe werk- en benaderingswijze goed eigen maken wil de verandering geborgd blijven (Ferlie & Shortell 2001; Kotter 1998; Miller 2004). Het vanzelfsprekend aannemen en doorgeven van waarden en normen houdt verband met cultuur.

2.2.6 Positieve organisatie verbetercultuur

Het creëren van een positieve verbetercultuur is tevens een factor die van invloed is op borging (Schouten 2004). Zoals reeds uiteengezet is het van belang dat doelen haalbaar en meetbaar zijn. Het inzien van zichtbaar positief resultaat van de nieuwe werkwijze wordt van belang geacht om verbeteringen te kunnen behouden, aangezien dit medewerkers kan motiveren (ibid.). Binnen de statische vorm van borging zal het dan voornamelijk gaan om het controleren van de behaalde performance. Senge (1999:40) stelt dat de focus op de behaalde performance de reden is dat het veel tijd en moeite kost om managers en medewerkers te leren dat het gaat om anders kijken naar fouten. Om continue ontwikkeling te kunnen realiseren, zoals binnen de dynamische vorm van borging, is het belangrijk dat medewerkers in gezamenlijk dialoog gaan over de bereikte performance (Lawrence et al. 2006:63; Øvretveit 2002:349). Het mechanisme leren speelt binnen de verbetercultuur een belangrijke rol (Appelbaum & Wohl 2000; Lawrence et al. 2006; Pfeifer et al. 2005; Schouten 2004).

Leren wordt vaak als een belangrijk mechanisme gezien als het gaat om borging. Appelbaum & Wohl (2000:281) stellen dat zorgorganisaties wel vaak slagen in het borgen van hun resultaten, maar dat ze minder succesvol zijn in het verankeren van de nieuwe manier van werken in de plaats van de manier waarop ze het altijd gedaan hebben. Naast het significant verbeteren van de kwaliteit wordt aandacht voor het ontwikkelen van een leercultuur door te werken in teams, van belang geacht (ibid:287). Zo stellen Greenhalgh et al. (2004) dat succesvolle borging afhangt van motivatie, capaciteit en competenties van de medewerkers. Borging vraagt hierdoor om het vergroten van kennis en vaardigheden (Lawrence et al. 2006; Miller 2004; Pfeifer et al. 2005). Meer inzicht in het mechanisme *leren* in relatie tot borging is van belang.

2.3 Het mechanisme leren en borging

Leren vindt dagelijks plaats. Het doel van leren kan omschreven worden als het realiseren van een positief resultaat, namelijk het verbeteren van het handelen en de daarmee samenhangende resultaten (Walburg et al. 2006:14; Wierdsma & Swieringa 2002:35). Binnen de gezondheidszorg zijn er verschillende mogelijkheden te onderscheiden om te kunnen leren (Walburg et al. 2006:10). Leren kan men binnen de gezondheidszorg van onder andere onderzoek, resultaten, *peers*, collegae, patiënten, richtlijnen en protocollen. Maar tevens leren professionals binnen de gezondheidszorg door vooral 'te doen' en hiermee te leren van hun eigen ervaringen (ibid.11). Om de gezondheidszorg te verbeteren, worden regelmatig verbetertrajecten ingevoerd. Een verbetertraject is een gezamenlijk leertraject, waarbij uiteindelijk het geleerde toegepast moet worden om lange termijn successen te kunnen behouden (Schouten 2004). Leren is hiermee een belangrijke factor voor borging, aangezien door te leren normale gedragingen veranderd kunnen worden (Grol & Grimshaw 2003). Maar wat is leren nu precies en welke invloed heeft het (mogelijk) op borging? Dit wordt uiteengezet in onderstaande paragrafen.

2.3.1 Wat is leren

Om te kunnen leren is kennis nodig (Walburg et al. 2006; Weggeman 1997). Professionals passen hun kennis toe bij de medische behandeling. Aan de hand van een leerproces ontstaat de kennis over een dergelijke behandeling (Walburg et al. 2006). Weggeman (1997) maakt op dit gebied een onderscheid in data, informatie en *knowledge*. Data zijn gegevens, zoals getallen, feiten en hoeveelheden. Uit deze data kan informatie worden gehaald. Door het verwerken van de data, door bijvoorbeeld een vergelijking van verschillende data, kan betekenis toegekend worden aan de gegevens. Hierdoor ontstaat er informatie. Door vervolgens aan deze informatie persoonlijke factoren toe te voegen, zoals eigen informatie, vaardigheden, ervaringen en attitudes ontstaat er kennis en wordt er, door de interacties die er ontstaan, geleerd. Kennis is hiermee het vermogen dat iemand in staat stelt een bepaalde taak uit te (gaan) voeren (ibid.).

Weggeman (1997) maakt op het gebied van kennis een onderscheid in expliciete kennis en impliciete kennis. Expliciete kennis is vastgelegde kennis en omvat data die opgeslagen is in bijvoorbeeld protocollen, regels en richtlijnen. De vastgelegde kennis is hierdoor grijpbaar en kan daardoor vrij eenvoudig overgedragen en (zelf) aangeleerd worden (ibid.). Doordat deze kennis vast te leggen valt, kan het ook eventueel worden getoetst (Walburg et al. 2006). Impliciete kennis omvat de bewerking van de informatie met persoonlijke informatie, ervaringen, attitude en vaardigheden (Weggeman 1997). Op deze manier ontstaat er nieuwe kennis of wordt de bestaande kennis rijker. Impliciete kennis daarentegen valt niet eenvoudig vast te leggen, aangezien ervaringen, vaardigheden en interpretaties moeilijker concreet onder woorden te brengen zijn (Dixon 1999; Weggeman 1997). Leren vindt daardoor plaats door middel van zelf opgedane ervaringen, door observaties en door imitatie (Walburg et al. 2006). Weggeman (1997) stelt dat bij het overdragen van expliciete kennis er feitelijk sprake is van het overdragen en opnemen van informatie en niet van kennis. Echte kennis ontstaat als impliciete kennis overgedragen wordt. Om impliciete kennisoverdracht mogelijk te maken hanteert Weggeman (1997) het sleutelwoord "socialiseren". Door het uitwisselen van interpretaties en ervaringen ontstaat er inzicht en kan er kennisoverdracht plaats vinden. Op deze manier kan er vervolgens collectief worden geleerd (ibid.). Wierdsma & Swieringa (2002:35) vinden deze definitie van leren te eenzijdig. Volgens hen is het vermeerderen van kennis niet effectief als het gedrag van het individu er niet door verandert. Zij spreken pas van leren als het geleerde terug te vinden is in het handelen en daarmee een zichtbare gedragsverandering op individueel of op organisatieniveau tot stand heeft gebracht (ibid.). Ook Walburg et al. (2006:15) zien leren als een gedragsverandering die tot stand wordt gebracht door kennis: "*Organisational learning is the occurrence of behaviour changes under the influence of knowledge*".

Het uitwisselen van expliciete en impliciete kennis kan zowel binnen de statische vorm van borging als binnen de dynamische van belang zijn. Lawrence et al. (2006) stellen vast dat voor borging naast het implementeren van routines en systemen tevens het tot stand brengen van een cirkel van verbeteren én leren van belang is. Het continu uitbreiden van de capaciteiten van de medewerkers is volgens Appelbaum & Wohl (2000:294) belangrijk voor borging, wat aan de hand van gezamenlijk

leren gerealiseerd kan worden. Een volgend onderscheid dat gemaakt kan worden binnen leren is individueel en collectief leren.

2.3.2 Individueel en collectief leren

Binnen leren zijn er verschillende niveaus te onderscheiden. Een onderscheid kan gemaakt worden tussen individueel leren en collectief leren (Dixon 1999; Wierdsma & Swieringa 2002). Individueel leren ontstaat meestal door educatie en ervaringen (Walburg et al. 2006). Hierdoor wordt de persoonlijke *know how* vergroot (ibid.). Volgens Dixon (1999:49) is leren het interpreteren van hetgeen in de omgeving waargenomen wordt. Aan deze waarnemingen worden vervolgens persoonlijke interpretaties gegeven die uiteindelijk bepalend zijn voor het handelen. Leren hoeft echter niet alleen op individueel niveau plaats te vinden. Groepen en teams kunnen ook leren, waardoor er collectief leren kan ontstaan (Dixon 1999). Echter, collectief leren is niet de som van alle individuen die leren en daarmee niet de optelsom van individuele *knowledge* (Walburg et al. 2006:14; Wierdsma & Swieringa 2002:44). Het gaat bij collectief leren om het ontwikkelen van collectieve *knowledge*. Om dit te kunnen realiseren wordt een gezamenlijke dialoog tussen de verschillende leden van de organisatie noodzakelijk geacht (Dixon 1999; Weggeman 1997). Bij borging kan teamwerk volgens MacPhee (2007:409) een belangrijke rol spelen, omdat door in teams te werken leren gecreëerd kan worden en daarmee collectieve bekwaamheid. Tevens stellen Ferlie & Shortell (2001) dat samenwerken van belang is bij borging, omdat het kan leiden tot een goede performance van individuen en teams.

Hoewel uit de literatuur blijkt dat leren geassocieerd wordt met iets positiefs, namelijk het verbeteren van de nieuwe werkmethode en/of de resultaten, hoeft dit niet altijd tot betere resultaten te leiden (Walburg et al. 2006). Aangegeven wordt dat oude werkwijzen moeilijk te doorbreken vallen, ook als aangetoond is dat de nieuwe werkwijzen effectiever zijn (ibid.). Leren op individueel en collectief niveau is hiermee niet iets vanzelfsprekends. Individuen kunnen niet gedwongen worden om te leren. Motivatie heeft hierdoor een belangrijke invloed op leren (Grol & Wensing 2001; Senge 1998). De wisselwerking tussen leren en motivatie is tevens van belang voor borging. Succesvolle borging hangt af van motivatie, capaciteit en competenties van de individuele medewerkers, zoals reeds beschreven (Greenhalgh et al. 2004:611). Bij de wil om te leren speelt volgens Grol & Wensing (2001:206) en Senge (1999:35) intrinsieke motivatie een belangrijke rol. Volgens hen is het nodig om zelf verantwoordelijkheden te kunnen nemen én het initiatief te kunnen tonen om dingen anders te doen (ibid.). Daarnaast stelt het CBO (2004) dat het willen leren van belang is bij de borging van veranderingen en het overtuigen van collegae om de nieuwe werkwijzen (blijvend) te willen toepassen.

Naast intrinsieke motivatie is het voor borging op individueel niveau eveneens belangrijk dat omtrent de nieuwe werkwijze en resultaten ervaringen worden uitgewisseld, *reminders* ingezet worden en er feedback wordt gegeven (Grol & Grimshaw 2003:1228). Wierdsma & Swieringa (2002) stellen dat feedback en interactie kunnen bijdragen aan het vergroten van zelfkennis. Trainingen kunnen daarnaast zorgen dat er zowel op individueel als op collectief niveau geleerd wordt. Tevens hebben

ze een belangrijke invloed op borging (Lawrence et al. 2006; Miller 2004). Informele training wordt geassocieerd met een hogere slagingskans op borging, omdat door de interactie er mogelijk meer van elkaar geleerd wordt (Lawrence et al. 2006). Dit kan de medewerkers helpen bij het verkrijgen van expertise en motivatie zodat ze niet alleen in staat zijn om een verandering uit te kunnen breiden, maar deze ook daadwerkelijk kunnen realiseren (ibid.).

Om effectieve implementatie te kunnen bereiken, wordt daarom in een ander onderzoek gesteld dat er niet alleen gefocust moet worden op het veranderen van het gedrag van de professional, maar dat tevens belangrijk is dat de organisatie voorwaarden schept om de verandering in structuren in te bedden (Stetler et al. 2007). Het aanwezig zijn van standaarden en communicatiekanalen kan een positieve invloed hebben op het samenwerken met anderen, aangezien dit dan minder tijdsintensief wordt (Tucker et al. 2001:133).

Naast het aanwezig zijn van standaarden en communicatiekanalen is het eveneens belangrijk dat het management de juiste randvoorwaarden creëert die leren van elkaar bevordert (Ferlie & Shortell 2001; Narine & Persaud 2003). Ferlie & Shortell (2001:285) geven het belang van een goede samenwerking met alle lagen van de organisatie aan om borging te kunnen realiseren. Een hiërarchische cultuur kan een negatieve invloed hebben op het leren van elkaar (Nauta 2004). De verschillende beroepsgroepen kunnen zichzelf dan hoger of lager positioneren ten opzichte van de partij waarmee men wil of moet samenwerken. Oorzaken hiervoor worden gezocht in de verschillen in kennis, ervaringen, vaardigheden en status die ten opzichte van elkaar ervaren wordt (ibid.). Het ontwikkelen van een leercultuur speelt volgens Pfeifer et al. (2005) daarom een belangrijke rol bij borging, omdat hierdoor kennis en ervaringen uitgewisseld kunnen worden. Wijngaarden & de Bont (2006) definiëren leercultuur als volgt:

“A learning culture can be described as a culture in which members are continuously trying to learn from experience, are willing to experiment, and collect, share and discuss information (and knowledge) about their performance. Key values are trust, cooperation, transparency, accountability and equality”

Kijkend naar deze definitie, zal het aanwezig zijn van een leercultuur voornamelijk van belang zijn om de dynamische vorm van borging te kunnen realiseren. Zoals reeds uiteengezet is het voor de realisatie van de dynamische vorm van borging belangrijk dat er een “extra” capaciteit ingebouwd wordt, zodat er ingespeeld kan worden op de turbulente omgeving (Lawrence et al. 2006; Pfeifer et al. 2005). Mogelijk is de leercultuur de randvoorwaarde die ingebouwd moet worden. Ferlie & Shortell (2001) stellen, in overeenstemming met de definitie leercultuur dat om steeds te kunnen verbeteren zelfmanagement van belang is. Dit geeft de professional de ruimte om invloed uit te kunnen oefenen op het proces, waardoor ze door het verantwoordelijkheidsgevoel mogelijk in staat zijn om veranderingen steeds te verbeteren en te vernieuwen (ibid.). Waarbij van belang wordt geacht dat dit

niet tot persoonlijke sancties moet leiden als de nieuwe inzichten niet het gewenste resultaat bereiken (Jackson 2001; Roe 2004).

Om leren te kunnen verankeren in organisaties wordt een gedeelde visie, het beschikken over vaardigheden, lange termijn *commitment*, besef van hetgeen wat geleerd wordt en het verhogen van competenties van medewerkers van belang geacht (Senge 1998:58). Wijngaarden & de Bont (2006) stellen in hun onderzoek dat het aanwezig zijn van een aantal randvoorwaarden van belang is om collectief leren te kunnen realiseren. Het blijkt dat deze randvoorwaarden overeenkomsten vertonen met hetgeen in dit hoofdstuk uiteengezet is over borging en leren. Het gaat volgens de auteurs om de volgende randvoorwaarden: een *gedeelde visie* die ervoor zorgt dat hetgeen wat gerealiseerd dient te worden door iedereen gedragen wordt, het aanwezig zijn van *procedures* die informatie over prestaties voort kunnen brengen, het inzetten en aanwezig zijn van *communicatiekanalen* die uitwisseling over prestaties mogelijk maakt, het realiseren van *decentralisatie van taken en verantwoordelijken* waardoor ruimte om te kunnen experimenteren gecreëerd wordt, het *stimuleren van innovaties en verbeteringen* door de organisatie, het aanwezig zijn van *leervaardigheden* en het aanwezig zijn van een *leercultuur*.

Kijkend naar de verschillende niveaus van leren en de verschillende vormen van borging, dan valt te verwachten dat er binnen de statische vorm van borging meer individueel leren aanwezig zal zijn en binnen de dynamische vorm van borging meer collectief leren te onderscheiden zal zijn. Maar naast de niveaus van leren zijn er tevens verschillende vormen van leren, die mogelijk ieder een andere invloed op de twee vormen van borging hebben.

2.3.3 Verschillende vormen van leren

In de literatuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen *single loop learning* en *double loop learning* (Argyris & Schön 1978). *Single loop learning* kan omschreven worden als het ontdekken van een fout doordat de uitkomsten niet in overeenstemming zijn met de verwachtingen. Oplossingen worden ontwikkeld binnen de bestaande inzichten om de verwachtingen weer te halen (Argyris & Schön 1978:19). Hierdoor kunnen de organisaties door gaan met het nastreven van de huidige doelstellingen binnen de bestaande context (ibid.). Wierdsma & Swieringa (2002:44) stellen dat *single loop learning* neer komt op het verbeteren van de regels die in de organisatie aanwezig zijn, zodat deze fouten in de toekomst voorkomen kunnen worden. Hierdoor zijn er geen ingrijpende veranderingen nodig in structuur, cultuur en systemen van de organisatie, aangezien de bestaande principes en inzichten in stand gehouden kunnen worden (ibid.:49). Nauwer gedefinieerd houdt *single loop learning* 'het oplossen van bekende problemen in' (Wikipedia). Bij bekende problemen wordt geanalyseerd hoe deze in de toekomst voorkomen kan worden en vervolgens worden bestaande oplossingen ingezet (Wierdsma & Swieringa 2002).

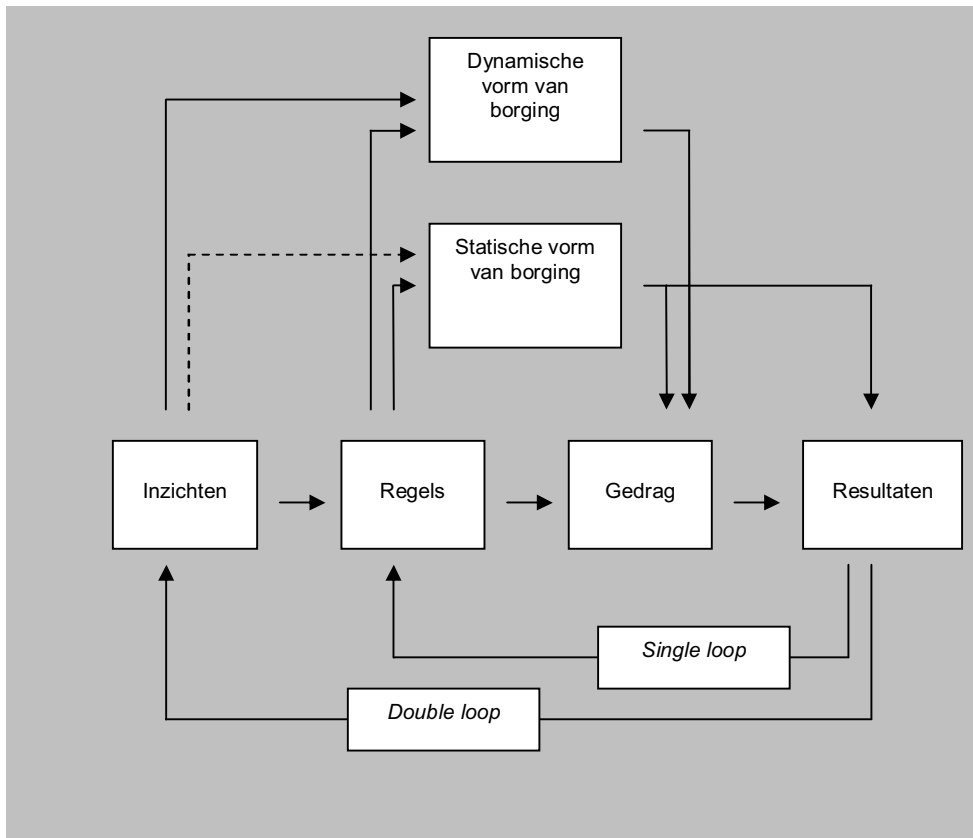
Double loop learning is het vernieuwen van de situatie (Wierdsma & Swieringa 2002). Er wordt gereflecteerd op de achterliggende theorieën van de bestaande principes en inzichten. Hierdoor kunnen onbekende problemen opgelost worden, doordat er nieuwe theorieën worden ontwikkeld

(Wikipedia). Daarnaast lijkt *double loop learning* nodig te zijn als de bestaande oplossingen niet meer werken, het onderliggende probleem onduidelijk is en als bestaande regels conflicteren (Wierdsma & Swieringa 2002:51). Door *double loop learning* toe te passen kunnen tegenstrijdigheden en tegenstellingen inzichtelijk gemaakt worden (ibid.:44). Hierdoor vereist *double loop learning* meer inzicht dan *single loop learning* en wordt daarom als ingrijpender ervaren aangezien medewerkers met elkaar in debat moeten (Wierdsma & Swieringa 2002).

Deze concepten van leren worden in literatuur niet in verband gebracht met de verschillende perspectieven op borging. Uit bovenstaande lijkt het zo te zijn dat hoe hoger de vorm van leren is, des te dieper de verandering. Maar om tot beide vormen van borging te kunnen komen zijn waarschijnlijk beide vormen van leren vereist. Om een nieuwe verandering te kunnen borgen is het van belang dat gereflecteerd wordt op de achterliggende theorieën van de bestaande inzichten en principes, zodat nieuwe theorieën ontstaan en de oude werkwijze los gelaten kan worden. Als eenmaal de nieuwe werkwijze geborgd is, dan is om de statische vorm van borging te kunnen blijven realiseren, mogelijk *single loop learning* voldoende. Bij problemen kunnen binnen de bestaande inzichten oplossingen gezocht worden, zodat de huidige doelstellingen weer worden gehaald. Schouten (2004) noemt het creëren van een positieve verbetercultuur van belang bij borging. Maar uit literatuur blijkt dat zorgorganisaties vaak wel slagen in het verankeren van resultaten, maar minder in het verankeren van de nieuwe manier van werken (Appelbaum & Wohl 2000). Professionals binnen de gezondheidszorg blijken vaak erg gericht te zijn op het oplossen van fouten, zonder reflectie (Tucker et al. 2001:133). De oorzaak wordt gezocht bij de autonomie van de professionals, waardoor ze gewend zijn om problemen zelf op te lossen (ibid.).

Om de dynamische vorm van borging mogelijk te maken wordt verondersteld dat naast *single loop learning* mogelijk *double loop learning* noodzakelijk is. Appelbaum & Wohl (2000:281) stellen dat het belangrijk is dat zorgorganisaties achterhalen wat de achterliggende gedachten zijn van de genomen beslissingen en gedragingen, zodat gecreëerd kan worden wat ze niet beschikken. Daarnaast blijkt dat de dynamische vorm van borgen bereikt is, als er anders tegen de zorgverlening aangekeken wordt (CBO 2004). Hieruit wordt duidelijk dat dit om reflectie vraagt van de achterliggende theorieën. Het in staat zijn om te kunnen verbeteren (*single loop learning*) en om te kunnen vernieuwen (*double loop learning*), maakt het waarschijnlijk mogelijk om in te kunnen springen op de turbulente omgeving.

De mogelijke relatie van de verschillende vormen van leren en de verschillende vormen van borging staat weergegeven in een conceptueel model (figuur 2.1).



Figuur 2.1: Conceptueel model, deels gebaseerd op het model van Wierdsma & Swieringa (2002:48)

2.4 Reflectie

Uit de literatuur blijkt dat er verschillende vormen van borging te onderscheiden zijn. Toch is de aanwezige kennis over borging beperkt. Dit komt omdat er weinig onderzoek naar borging van veranderingen is gedaan. Literatuur beperkt zich vaak tot het succesvol implementeren van veranderingen waarbij de factoren die de nodig zijn voor borging van veranderingen grotendeels verondersteld worden. Onduidelijk blijft welke factoren precies inspelen op welke vorm van borging, maar tevens wat hun precieze invloed op die borging is. Daarnaast blijkt leren een belangrijke invloed te hebben op borging, maar over de precieze invloed van de verschillende concepten van leren op borging ontbreekt nog inzicht.

Dit onderzoek tracht naast de factoren die benoemt zijn in dit theoretisch kader, meer inzicht te geven in de beïnvloedende factoren die van belang zijn bij een Doorbraakproject zoals WZW. Hierbij ligt de focus op het mechanisme leren. In dit hoofdstuk is uiteengezet dat de randvoorwaarden, die Wijngaarden & de Bont (2006) stellen, om collectief te kunnen leren eveneens overeenkomsten vertonen met de factoren die van belang zijn om borging te realiseren. Om deze reden wordt de borging van het project WZW aan de hand van deze randvoorwaarden geanalyseerd. Hierbij worden naast de factoren die van invloed zijn op leren, tevens de beïnvloedende factoren van borging langs gegaan alsook de verschillende vormen van leren. Aan de hand van dit analysekader wordt getracht inzicht te geven hoe deze randvoorwaarden en de verschillende vormen van leren van invloed zijn op

de borging van het project WZW en welke specifieke borgingsfactoren voor dit project te onderscheiden zijn. Getracht wordt de relaties tussen de verschillende concepten te achterhalen.

3. Methoden

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet welke onderzoeksopzet en –methode gehanteerd zijn om de benodigde gegevens te verzamelen, zodat aan het einde van het onderzoek antwoord gegeven kan worden op de onderzoeksvraag met de bijbehorende deelvragen.

3.1 Onderzoekstype en –design

Met dit onderzoek wordt beoogd inzicht te verkrijgen in het borgingsproces van het Doorbraakproject 'Werken Zonder Wachtlijst' (WZW). Getracht wordt de factoren in beeld te brengen die van invloed zijn op de borging van dit project, waarbij de nadruk in dit onderzoek ligt op het mechanisme leren. Nog niet veel onderzoek is beschikbaar over hoe de borging van een verandering zich voltrekt. Om deze reden is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, zodat geëxploreerd kan worden hoe de borging van het project WZW verloopt en welke factoren een belangrijke rol daarbij spelen (Creswell 2003). Hierdoor was het mogelijk het proces te beschrijven en te interpreteren en kon er inzicht worden verkregen (ibid.). Tevens was het mogelijk de concepten uit het theoretisch kader en de empirie met elkaar in verband te brengen.

Binnen dit kwalitatieve onderzoek is een meervoudige case studie als design gekozen. Dit design leent zich goed voor het exploreren van processen, activiteiten en gebeurtenissen (Creswell 2003:183). Daarnaast ontstaat er door de bevindingen van de verschillende poliklinieken (*cases*) te integreren, een overstijgend inzicht en wordt er diepgang bereikt (Segers & Hutjes 1999:347). Door de verschillende *cases* te bestuderen is inzicht verkregen in wat geborgd is, welke factoren aanwezig zijn in relatie tot borging, wat de onderlinge verhoudingen zijn tussen de aanwezige factoren en welke overeenkomsten en verschillen er bestaan tussen de verschillende poliklinieken (*cases*).

Hoewel het gaat om het exploreren van het borgingsproces bevat dit onderzoek tevens een aantal kwantitatieve gegevens, die beschrijvend verwerkt zijn. Op deze manier kan de mate van duurzaamheid van de verandering bepaald worden.

3.2 Selectie van de respondenten

De onderzoekssetting bestaat uit poliklinieken die mee hebben gedaan met het Doorbraakproject WZW. Binnen de poliklinieken zijn interviews afgenomen met respondenten met verschillende functies uit verschillende lagen van de organisatie. Geprobeerd is om een kwaliteitsfunctionaris, een afdelingshoofd, een teamleider en een specialist te interviewen. Op deze manier vormen de respondenten een representatieve doorsnede van de polikliniek en is er vanuit verschillende invalshoeken naar de borging van het project WZW gekeken. Welke respondenten precies per polikliniek geïnterviewd zijn staat beschreven in hoofdstuk 5.

3.2.1 Inclusiecriteria

Om over borging van het project WZW te kunnen spreken, maar tevens om er uitspraken over te kunnen doen zijn inclusiecriteria noodzakelijk. De poliklinieken (*cases*) moesten aan de volgende inclusiecriteria voldoen:

- Aan het einde van het project 'Werken Zonder Wachttijd' moet de toegangstijd met minimaal 30% gereduceerd zijn
- Het project 'Werken Zonder Wachttijd' moet minimaal twee jaar geleden afgerond zijn
- De toegangstijden die de poliklinieken *nu* hebben is aanwezig

De gedachte achter deze inclusiecriteria is de volgende: een reductie van minimaal 30% wordt noodzakelijk geacht om van borging te kunnen spreken. Aangenomen wordt dat een afname van minder dan 30% aan het einde van het project WZW gepaard gaat met een niet-succesvol project, waardoor niet over een duurzame verandering kan worden gesproken aangezien niet iets te borgen valt. Daarnaast wordt verondersteld dat poliklinieken die minimaal twee jaar geleden het project WZW hebben afgerond meer inzicht geven in het fenomeen borgen, aangezien de projectfase niet meer vers in het geheugen ligt en deze hierdoor mogelijk niet een beïnvloedende factor is. Gedachte achter dit inclusie criterium is dat er meer inzicht verkregen wordt in de huidige werkwijze en de overeenkomsten en verschillen hierin ten aanzien van het project WZW. Tevens wordt beoogd de beïnvloedende factoren in relatie tot de borging van het project WZW te ontdekken. Om op het moment van het onderzoek te kunnen bepalen hoe duurzaam de verandering tot op heden binnen de poliklinieken is en welke factoren hierbij een belangrijke rol spelen is het noodzakelijk dat de huidige toegangstijd tot de polikliniek voorhanden is of gemeten kan worden.

De vier poliklinieken die geselecteerd zijn en in dit onderzoek centraal staan zijn: dermatologie, orthopedie, reumatologie en urologie. Deze poliklinieken bevinden zich in drie verschillende ziekenhuizen, verspreid over het land.

3.2.2 (Benaderings)proces interviews

Aan bovenstaande inclusiecriteria voldeden 24 poliklinieken. Deze poliklinieken zijn telefonisch benaderd om te achterhalen of het beschikbaar stellen van meetgegevens mogelijk was. Indien dit het geval was, zijn de poliklinieken gevraagd mee te willen werken aan het onderzoek. Vervolgens hebben de respondenten een informatiebrief ontvangen en zijn interview afspraken gemaakt. Voor de interviews zijn naar aanleiding van het theoretisch kader twee voorlopige semi-gestructureerde vragenlijsten opgesteld. Eén ziekenhuisbrede vragenlijst voor de kwaliteitsfunctionaris en één vragenlijst gericht op de poliklinieken voor zowel het afdelingshoofd, de teamleider en de specialist. Na een *'pilot'* op de polikliniek orthopedie zijn de vragenlijsten bijgesteld tot de definitieve semi-gestructureerde vragenlijsten voor de overige poliklinieken (bijlage 2 en 3). Om de respondenten, maar tevens om de verschillende poliklinieken tegen elkaar uit te kunnen zetten, is bij elk type respondent steeds dezelfde vragenlijst gehanteerd. De interviews zijn, na toestemming van de respondenten, op een *digital voice recorder* opgenomen en vervolgens uitgewerkt tot transcripten. Eén respondent gaf geen toestemming voor het opnemen van het interview. Dit transcript is aan de

respondent voorgelegd om interpretatie fouten te voorkomen (*member-check*) (Creswell 2003). Door de duidelijke registratie van de interviews was een zorgvuldige analyse mogelijk. Daarnaast konden de transcripten (en kunnen deze nog steeds) aan anderen, ter controle, voorgelegd worden (Creswell 2003; Ten Have 1999).

3.3 Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag en deelvragen te kunnen beantwoorden zijn dataverzamelmethode gebruikt die passen bij kwalitatief onderzoek (Creswell 2003:181). Dataverzameling richtte zich op het mechanisme *leren* en de meerwaarde hiervan op borging, ook was er oog voor andere beïnvloedende factoren. De kwalitatieve data zijn verzameld via 'face-to-face' interviews (ibid. 186). Alvorens deze vragenlijst vorm te kunnen geven heeft eerst een literatuuronderzoek plaats gevonden. Tevens zijn de CBO documenten van de verschillende poliklinieken geraadpleegd. Hoewel de kwalitatieve methoden de boventoon voeren, zijn er tevens kwantitatieve methoden gehanteerd. In dit onderzoek zijn de meetgegevens van de toegangstijden voor en na het project WZW geanalyseerd. Daarnaast zijn de (ingevoerde) maatregelen gedurende het project geanalyseerd en vergeleken met de huidige situatie.

3.3.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek heeft het mogelijk gemaakt om een raamwerk te ontwerpen rondom het onderwerp borging van veranderingen en het onderwerp van mechanisme *leren*. Hierdoor werd het mogelijk discussies en hiaten rondom deze onderwerpen inzichtelijk te maken. Vervolgens heeft het literatuuronderzoek gediend als input voor de vragenlijst. Daarnaast heeft het raamwerk het mogelijk gemaakt om de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met andere onderzoeken (Creswell 2003:30).

Om het raamwerk vorm te kunnen geven heeft literatuuronderzoek plaats gevonden naar borging van veranderingen en het mechanisme *leren*. Voor beide onderwerpen is in verschillende databanken gezocht en zijn in elke databank verscheidene trefwoorden gehanteerd om een zo uitgebreid en gedetailleerd mogelijk literatuuronderzoek te realiseren (tabel 3.1 en 3.2). Tevens is er gezocht op combinaties van trefwoorden betreffende de onderwerpen borging en leren. Daarnaast is er handmatig gezocht in referentielijsten van artikelen naar relevante literatuur.

Leren	
Databanken:	Trefwoorden:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pubmed</i> • <i>Picarta</i> • <i>Emerald</i> • <i>EBSCOhost</i> • <i>Web of knowledge</i> • <i>Googlesholar</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Leren</i> • <i>Leren en borgen</i> • <i>Organisatie leren</i> • <i>Continu leren</i> • <i>Continuous learning</i> • <i>Organisational learning</i> • <i>Learning organisation</i>

Tabel 3.1 literatuuronderzoek leren

Borging	
Databanken: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pubmed</i> • <i>Picarta</i> • <i>EBSCOhost</i> • <i>Emerald</i> • <i>Sociological abstracts</i> • <i>Online contents</i> • <i>Web of knowledge</i> 	Trefwoorden: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Borging</i> • <i>Sustainability</i> • <i>Sustaining improvements</i> • <i>Sustaining results</i> • <i>Sustainable change</i> • <i>Sustain improvement outcomes</i> • <i>Advancing sustainability</i> • <i>Persistent</i> • <i>Institutionalizing change</i> • <i>Maintaining change</i> • <i>Maintaining improvements</i> • <i>Embedded change</i> • <i>Continuous change improvements</i> • <i>Implementation and sustain the change</i>

Tabel 3.2 literatuur onderzoek borging

3.3.2 Interview

Op basis van de behandelde thema's in het theoretisch kader zijn de vragenlijsten opgesteld, waarin het mechanisme *leren* centraal heeft gestaan. Steeds is gevraagd hoe tot op heden omgegaan wordt met de toegangstijden, welke wijzigingen/veranderingen zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan en welke factoren borging beïnvloeden. Deze vragen zijn in relatie gebracht tot het mechanisme *leren*. De interviews zijn semi-gestructureerd afgenomen. Bij een semi-gestructureerd interview wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst die geformuleerde beginvragen bevat (Emans 2002:66). Van deze vragen kan worden afgeweken als de interviewer dit noodzakelijk acht, zodat dieper op een bepaald onderwerp ingegaan kan worden (ibid.). De interviews hebben individueel *face-to-face* plaats gevonden. Eén interview is afgenomen met twee respondenten tegelijk, aangezien één van deze respondenten niet wenste één op één geïnterviewd te worden. Het afzonderlijk interviewen van de respondenten gaf hen de mogelijkheid hun gevoelens, emoties, wensen, behoeften, belangen en kennis openlijk uit te spreken (Baarda e.a. 2001). Daarnaast zorgde het semi-gestructureerde karakter van de vragenlijst ervoor dat de interviewer de controle over de relevante thema's van het interview kon vasthouden, zodat een vergelijking tussen de verschillende respondenten en poliklinieken realiseerbaar was. Op deze manier werd een duidelijk beeld van de werkwijze op de verschillende poliklinieken bereikt. Voor dit onderzoek zijn in totaal dertien respondenten, verdeeld over vier poliklinieken, geïnterviewd in de periode van 14 april 2008 tot en met 25 april 2008. De interviews duurden tussen de 30 en de 100 minuten. Na het omzetten van de interviews in transcripten kon door de duidelijke registratie een zorgvuldige analyse gestart worden ('t Hart e.a. 1996).

3.4 Data-analyse

De opnames van de interviews zijn uitgewerkt tot transcripten. Deze transcripten, de verzamelde documenten en meetgegevens zijn eerst per polikliniek geanalyseerd. Bestudering van de transcripten, de CBO documenten en meetgegevens heeft meerdere malen plaats gevonden. Verschillende manieren zijn bij de analyse gehanteerd. Enerzijds heeft de analyse inductief plaats gevonden, waarbij *invivo*¹ gecodeerd is (Ten Have 1999). Anderzijds is er deductief² geanalyseerd en heeft codering plaats gevonden aan de hand van de deelvragen en thema's in het theoretisch kader (Ten Have 1999). Dezelfde soort codes zijn vervolgens, per polikliniek, samengevoegd tot één hoofdthema in een nieuw worddocument (*ibid.*). De identiteit van de respondenten werd behouden door gebruik te maken van verschillende lettertypen. Binnen het hoofdthema is vervolgens gezocht naar subthema's. Tevens was er aandacht voor de verbanden tussen de (sub)thema's. Vervolgens zijn de overeenkomsten en de verschillen tussen de respondenten per thema geanalyseerd. Om de overeenkomsten en verschillen tussen de poliklinieken inzichtelijk te krijgen zijn de analyses per polikliniek met elkaar vergeleken.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Interne en externe validiteit en interne en externe betrouwbaarheid zijn kwaliteitscriteria waaraan kwalitatief onderzoek moet voldoen (Segers & Hutjes 1998:351).

3.5.1 Interne validiteit

Bij interne validiteit staat het waarborgen van de situatie binnen het eigen onderzoek centraal. Hierdoor kan er een consistent argument opgebouwd worden (Segers & Hutjes 1998:351). In dit onderzoek is dit gerealiseerd door gebruik te maken van verschillende databronnen (databronnen-triangulatie) (Creswell 2003), zoals meetlijsten, CBO documenten en transcripten van interviews. Daarnaast zijn binnen dit onderzoek verschillende respondenten geïnterviewd (respondenten-triangulatie) en zijn de interviews opgenomen op een *digital voice recorder* (*ibid.*). Tot slot heeft de onderzoeker regelmatig contact gehad met begeleiders en medestudenten die alles opnieuw in ogenschouw hebben genomen en vragen hebben gesteld (*peer-debriefing*) (Creswell 2003). De databronnen-triangulatie en respondenten-triangulatie hebben ervoor gezorgd dat er vanuit verschillende perspectieven naar het onderwerp is gekeken, waardoor een valide inzicht verkregen is in de materie (Segers & Hutjes 1998). De *Peer-debriefing* heeft de onderzoeker geholpen om blinde vlekken naar boven te halen (Creswell 2003).

3.5.2 Externe validiteit

Bij externe validiteit gaat het om het onderbouwen van de uitspraken. Het heeft te maken met de vraag of de conclusies van het onderzoek kunnen gelden voor andere, niet onderzochte, situaties (Creswell: 2003; 't Hart e.a. 1996:285). Hierbij is het belangrijk dat er van de data een representatief beeld gegeven wordt (*ibid.*). Om dit te kunnen realiseren zijn verschillende personen uit verschillende lagen van de polikliniek geïnterviewd. Op deze manier wordt een eenzijdig perspectief voorkomen. Om de externe validiteit te vergroten is het kwalitatieve onderzoek aangevuld met een

¹ *Invivo* coderen houdt in: het noteren van de woorden die de respondenten zelf zeggen

² *Deductief* coderen houdt in: coderen aan de hand van de thema's uit het theoretisch kader

literatuuronderzoek. Op deze manier is het mogelijk overeenkomsten en verschillen tussen vergelijkbare onderzoeken en studies inzichtelijk te maken, waardoor de generaliseerbaarheid van het onderzoek vergroot wordt (Creswell 2003:157).

3.5.3 Interne betrouwbaarheid

Interne betrouwbaarheid wordt bereikt als de onderzoeker consequent en consistent te werk gaat (Segers & Hutjes 1999). Om dit te realiseren is in dit onderzoek methode-triangulatie, te weten literatuuronderzoek en interviews, toegepast (Baarda e.a. 2001). Het gevaar van een meervoudige case studie is dat een inhoudelijk verschil de oorzaak is van de verschillende werkwijze van de onderzoekers, wat de interne betrouwbaarheid kan aantasten (Segers & Hutjes 1999:347). In dit onderzoek is er door één onderzoeker binnen verschillende instellingen onderzoek gedaan middels dezelfde methode. Op deze manier is steeds dezelfde werkwijze gehanteerd, wat bijdraagt aan de zorgvuldigheid van de analyse (ibid.). Daarnaast hebben andere onderzoekers naar de borging van het project WZW onderzoek gedaan, waarbij elke onderzoeker een andere factor centraal stelde. Door de interviews bruikbaar te maken voor alle onderzoekers en door de verschillende werkwijzen van de onderzoekers zoveel mogelijk te reduceren, is voor het onderwerp borging gewerkt met een, door de onderzoekers, gezamenlijk opgestelde semi-gestructureerde vragenlijst, waarbij op basis van de thema's uit het theoretisch kader de vragenlijst is opgesteld. Hierdoor zijn in de interviews steeds veel dezelfde vragen gesteld aan elk type respondent.

3.5.4 Externe betrouwbaarheid

Externe betrouwbaarheid is bereikt als andere onderzoekers dezelfde uitkomsten krijgen bij herhaling van het onderzoek (Segers & Hutjes 1999:347). Daarom is het van belang dat alles omtrent het onderzoek nauwkeurig is vastgelegd zoals de methoden, de werkwijzen, de analyses (Creswell 2003). Om deze reden is het belangrijk wat de rol van de onderzoeker is, te weten 'afstudeerstudent'. Door de interviews is deze rol zichtbaar, maar is er geen sprake van participatie. Aangezien het daarnaast geen onderzoek in het eigen werkveld is, is de kans op bias kleiner (Creswell 2003). Toch is er kans op blinde vlekken, omdat de mogelijkheid bestaat dat bepaalde dingen niet gezien worden en hierdoor de verkeerde vragen worden gesteld (Baarda e.a. 2001; Creswell 2003). Om dit te reduceren zijn methodes gebruikt die de interne validiteit waarborgen (paragraaf 3.5.1). Daarnaast is, bij de onderzoeker, alles voor handen wat voor het onderzoek gebruikt is. Dit maakt het mogelijk een *audit trail* uit te voeren, waardoor de externe betrouwbaarheid vergroot wordt (Als 1997).

3.6 Ethische verantwoording

De respondenten hebben in dit onderzoek vrijwillig meegewerkt (Baarda e.a. 2001; Creswell 2003). Benadrukt is dat de met gegevens vertrouwelijk wordt omgegaan. De *voice recorder* blijft daarom in het bezit van de onderzoeker. Na het omzetten van de interviews in transcripten is de *voice recorder* gewist. Daarnaast zijn in de analyse de gegevens van de respondenten vervangen door hun functie en de datum van het interview. Om de anonimiteit zoveel mogelijk te waarborgen zijn alleen de betreffende poliklinieken en niet de ziekenhuizen vermeld.

4. Project 'Werken Zonder Wachtlijst'

De wachtlijstproblematiek blijkt al jaren een punt van aandacht binnen de gezondheidszorg en de maatschappij als geheel. Lange toegangstijden worden als vervelend en niet goed voor de patiënt ervaren (Sneller Beter 2007). Hoge toegangstijden lijken vaak vele problemen met zich mee te brengen, zoals chaotische spreekuren door dubbelboekingen en uitloop. Dit kan vervolgens weer leiden tot een hoge werkdruk bij het personeel, maar ook tot ontevredenheid bij de patiënt (Sneller Beter 2007). Om dit op te lossen startte het CBO in 2002 met 'Werken Zonder Wachtlijst' als *pilot*, waarbij het reduceren van de toegangstijden tot de polikliniek het doel is. Dit project is overgenomen uit de Verenigde Staten en gebaseerd op de principes van *Advanced Acces*, een succesvol project in de Verenigde Staten (CBO 2004a:2). Inmiddels is het project 'Werken Zonder Wachtlijst' in Nederland op vele poliklinieken in vele ziekenhuizen gelanceerd. Bij deze poliklinieken was er sprake van een hoge toegangstijd (gebaseerd op de Treeknorm³) en/of hectische spreekuren (Sneller Beter 2007). Het totaal aantal poliklinieken wat in Nederland heeft deelgenomen aan het project 'Werken Zonder Wachtlijst' is momenteel rond de 181, afkomstig uit 50 ziekenhuizen (CBO 2005). De hoofddoelstelling die binnen elke polikliniek gedurende het project centraal staat luidt als volgt: *"het minimaliseren van de toegangstijd tot de polikliniek, in principe korter dan een week voor elke patiënt, bij elke specialist, ongeacht het type consult en urgentie"* (Sneller Beter 2007), zonder uitbreiding van de capaciteit (CBO 2005). Om erachter te kunnen komen hoe dit gerealiseerd kan worden, is het van belang om dieper op de methode en inhoud van dit project in te gaan.

4.1 Methode achter project 'Werken Zonder Wachtlijst'

In project 'Werken Zonder Wachtlijst' gaat het om de afstemming tussen vraag en aanbod (CBO 2004). Om hier inzicht in te krijgen hanteert project WZW een aantal methodes die hieronder behandeld zullen worden.

4.1.1 Meten=weten

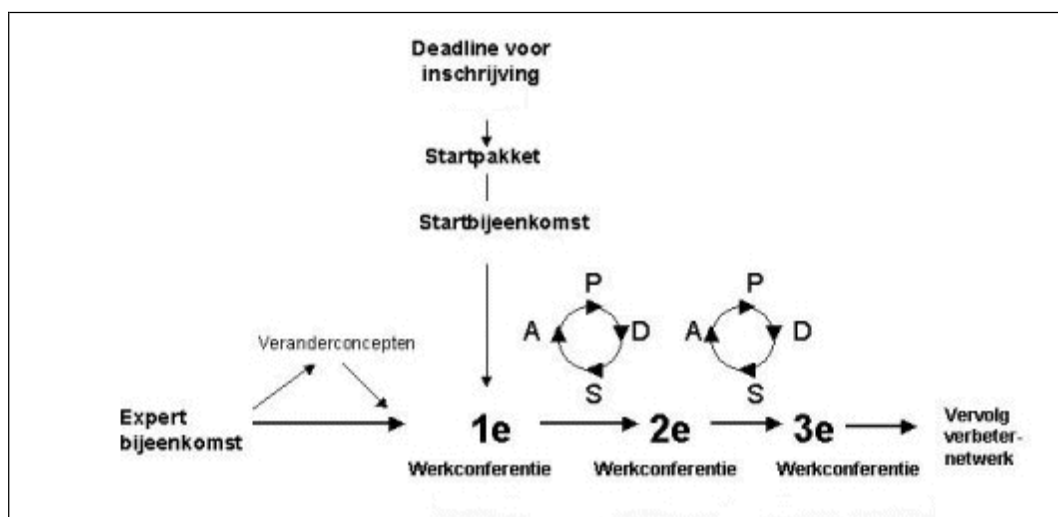
Meten=weten staat binnen project WZW centraal. Met deze metingen wordt door het project beoogd meer inzicht te bewerkstelligen in de logistiek van de polikliniek, aangezien de metingen feitelijke informatie opleveren (CBO 2004b). WZW ziet een cultuur van resultaatmanagement als één van de belangrijkste succesfactoren van het welslagen en borging van dit project (Sneller Beter 2007). Tussen de metingen wordt enerzijds een onderscheid gemaakt naar metingen die gedurende het gehele project continu uitgevoerd worden in relatie tot de hoofddoelstelling, anderzijds vinden er eenmalige metingen plaats die als diagnose dienen (CBO 2004b). Daarnaast bestaat er, afhankelijk van de problemen die ervaren worden en de doelen die een polikliniek wil bereiken de mogelijkheid voor optionele metingen (CBO 2004b). Aangezien de hoofddoelstelling van WZW het reduceren van de toegangstijd tot de polikliniek is, staat gedurende het gehele project het meten van de toegangstijd

³ Treeknorm is een maatschappelijk geaccepteerde toegangstijd tot de polikliniek voor niet-spoedeisende zorg. 80% van de patiënten moet binnen drie weken terecht kunnen en 100% binnen vier weken (Sneller Beter 2007).

tot de polikliniek centraal. Deze meting wordt als beste graadmeter gezien, omdat het de voortgang van het project inzichtelijk maakt (ibid.). De toegangstijd wordt als volgt gemeten: “*het derde beschikbare consult voor elke specialist voor zowel nieuwe- als controle patiënten en het gemiddelde daarvan*” (Sneller Beter 2007). Om de meetgegevens te kunnen verwerken worden meetinstrumenten in Excel geïmplementeerd (CBO 2004b). Meten=weten is een kenmerk van de Doorbraakmethode.

4.1.2 Doorbraakmethode en teams

‘Werken Zonder Wachtrij’ is een Doorbraakproject en beoogd een doorbraak te realiseren in de logistiek op de polikliniek (figuur 4.1) (Van Splunteren e.a. 2003). Het blijkt dat zonder inzet van meer mensen en middelen, dus alleen op basis van een aantal logistieke veranderingen, vaak al een reductie van de wachtrij te realiseren valt (CBO 2005). Een Doorbraakproject bevat een aantal kenmerken. Er is als eerste sprake van een kloof; wat gedaan wordt, komt niet overeen met wat men weet (Van Splunteren e.a. 2003:20). Ten tweede zijn er over het onderwerp bewezen voorbeeldpraktijken (*best practices*) aanwezig. Op deze manier bevinden zich ervaringsdeskundigen in het veld. Tot slot bevat een Doorbraakproject altijd een kernteam. Dit kernteam bestaat uit experts op het gebied van de Doorbraakmethodiek en uit experts op het gebied van de inhoud van het project (ibid.:25). De deelnemende teams van het project WZW worden door het kernteam begeleidt. Bij het samenstellen van de deelnemende teams wordt gelet op de motivatie van de leden. Naast motivatie wordt gelet of de teams multidisciplinair zijn samengesteld (CBO 2004a). Op deze manier wordt het mogelijk om alle lagen van de organisatie bij de verandering te betrekken (Van Splunteren e.a. 2003:25).



Figuur 4.1: Doorbraak model

Binnen de Doorbraakmethodiek staat het Nolan-model centraal (Van Splunteren e.a. 2003). Dit model bestaat uit drie vragen en de *plan-do-study-act cyclus* (PDSA-cyclus) (ibid.). Bij de vragen gaat het om het definiëren van te bereiken doel. Deze doelen moeten SMART (Specifiek, Meetbaar, Ambitueus, Resultaatgericht en Tijdgebonden) geformuleerd zijn. Vervolgens is het van belang dat nagedacht wordt over het inzichtelijk maken van de resultaten. De gedachte hierachter is dat er achterhaald kan worden of de verandering leidt tot de verbetering. Hier staat het meten=weten

centraal. Tot slot gaat het om het formuleren van veranderingen die het gewenste doel mogelijk maken. De teams kunnen hierbij gebruik maken van wetenschappelijk literatuur, *best practices* en eigen creativiteit (ibid.). Na het doorlopen van de vragen is de PDSA-cyclus de volgende fase. Door de PDSA-cyclus te doorlopen wordt beoogd kortcyclisch te verbeteren (Van Splunteren e.a. 2003:40). Nadat er eerst metingen zijn gedaan om inzicht te krijgen in de logistiek van de polikliniek en meetbare doelen en interventies zijn geformuleerd (*plan*), wordt snel begonnen met het invoeren van de interventies/veranderingen (*do*). Vervolgens worden de veranderingen geëvalueerd met de gewenste uitkomst situatie (*study*). Hier wordt van geleerd en zonodig worden de interventies bijgestuurd (*act*) (CBO 2004a:5; Van Splunteren e.a. 2003:41). Door tijdens het project continu het effect van de veranderingen te meten, kan er steeds bijgestuurd worden, waardoor de veranderingen steeds kunnen worden verbeterd (CBO 2004a.). Tevens kan de PDSA-cyclus toegepast worden om kleine veranderingen uit te testen, die bij succes verder verspreid kunnen worden. Daarmee is de Doorbraakmethodiek gericht op het tot stand brengen van een vliegwiel (ibid.).

Project WZW beoogt het van elkaar leren te realiseren door de gezamenlijke hoofddoelstelling en het centraal stellen van de principes (die hierna behandeld zullen worden) (CBO 2004a). Van elkaar leren wordt tijdens het project enerzijds gestimuleerd door de gezamenlijke conferenties en intervisiebijeenkomsten, waarbij alle deelnemende teams aanwezig zijn. Anderzijds bestaat er de mogelijkheid te leren van de CBO adviseurs die tussen de conferenties bij de poliklinieken langs gaan en te leren van de deelnemers van de *pilot* en eerdere WZW series (CBO 2004a). Doordat binnen het project WZW aandacht is voor leren van elkaar, wordt beoogd verdere verspreiding van het concept WZW te kunnen realiseren (ibid.).

4.2 Inhoud van project 'Werken Zonder Wachtlijst'

Om de centrale hoofddoelstelling binnen project WZW te kunnen realiseren is het van belang om goed naar de inrichting van de polikliniek te kijken. Project WZW beoogt hiermee een andere manier van denken en doen te bewerkstelligen binnen de poliklinieken (CBO 2005). Om te weten te komen hoe dit gerealiseerd kan worden is het belangrijk om dieper op de inhoud van project WZW in te gaan. Het project is namelijk gebaseerd op een aantal samenhangende logistieke principes (Sneller Beter 2007).

4.2.1 Principes van project 'Werken Zonder Wachtlijst'

De kern van project wordt gevormd door een aantal logistieke principes. Aangezien elke polikliniek anders is, is het niet rendabel om de bewezen voorbeeldpraktijken precies te kopiëren (CBO 2005). Om deze reden wordt het belangrijk gevonden dat de logistieke principes vertaald worden naar de eigen polikliniek. Door deze principes te hanteren wordt beoogd meer grip op de polikliniek te realiseren, zodat er rust gecreëerd kan worden (ibid.). Om de wachtlijsten weg te kunnen werken en weggewerkt te houden staan binnen het project 'Werken Zonder Wachtlijst' de volgende acht principes centraal (CBO 2004a; Sneller Beter 2007):

1. Stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod en dus is er geen sprake van een tekort aan capaciteit

De toegangstijden op de poliklinieken blijken vaak stabiel zijn. Een toegangstijd van vier weken of twee maanden is al enkele jaren hetzelfde. Doordat sprake is van een stabiele toegangstijd is het aantal patiënten dat per week belt voor een afspraak evenveel als het aantal patiënten dat per week gezien wordt, anders zou de toegangstijd steeds oplopen (Sneller Beter 2007). Hieruit blijkt dat bij een stabiele wachttijd vraag en aanbod meestal met elkaar in evenwicht zijn. Ondanks deze stabiele toegangstijden ervaart het personeel toch vaak grote werkdruk (ibid.). De oorzaak hiervan kan vergeleken worden met een stuwmeer. Veel energie en onderhandelingen, zoals het zoeken naar een gaatje voor een spoedpatiënt en het opgeven van de lunch, zijn nodig om het stuwmeer rustig te houden (ibid.). Door tijdelijk extra capaciteit in te zetten wordt de dam uitgebreid en kan rust gerealiseerd worden. Het stuwmeer stroomt door de tijdelijke capaciteit leeg en vervolgens door te hanteren van de principes met dezelfde stroomsnelheid zonder toegangstijd (Sneller Beter 2007:18).

2. Uitstel is meer werk

Een lange toegangstijd maakt het noodzakelijk om triage⁴ toe te passen (Sneller Beter 2007:19). Als sprake is van een lange toegangstijd is het belangrijk om te bepalen of een patiënt wel zo lang kan wachten. Mogelijk is het noodzakelijk om de patiënt eerder te zien (ibid.). Het organiseren van triage kost veel tijd, omdat er veel geschoven moet worden. Hierdoor treedt efficiencyverlies op. Door het werk van vandaag ook vandaag te doen, zoals het zien van spoedpatiënten, dicteren en uittypen van de brieven, ontstaat efficiencywinst (CBO 2004:10).

3. Minimaliseren van het aantal wachtrijen

Triage heeft poliklinisch geen toegevoegde waarde en kan bij het toepassen ervan zelfs tot veel onrust leiden (Sneller Beter 2007:20). Door triage te vermijden kan een reductie van het aantal wachtrijen gerealiseerd worden, omdat iedere patiënt even urgent is. Dit zorgt ervoor dat de complexiteit verkleind (ibid.). Door alleen een onderscheid te maken tussen controle en nieuwe patiënten, ontstaat flexibiliteit. Hierdoor kunnen meer patiënten gezien worden en treedt minder efficiencyverlies op omdat de wet van de grote aantallen benut wordt (ibid.).

4. Minimaliseren van de herhaalfactor

Het blijkt dat de specialist zelf een groot deel van de vraag veroorzaakt. Door herhaalconsulten aan te vragen genereert de specialist vraag (CBO 2004a). De interdokter-variantie omtrent de herhaalfactor kan door de volgende manieren geminimaliseerd worden: diagnostiek laten plaats vinden in minder consulten, alleen patiënten terug laten komen met klachten (indien mogelijk) en het verlengen van de intervalperiode van patiënten met een chronische aandoening (Sneller Beter 2007:21).

5. Maximaliseren van het aantal patiënten dat per specialist poliklinische zorg kan ontvangen, zonder harder te gaan werken

Om dit vijfde principe te kunnen realiseren is het van belang om anders naar de zorg te kijken (CBO 2004a). Dit principe kan onder andere gerealiseerd worden door: taakdelegatie, meer telefonische consulten en het volledig benutten van de capaciteit (Sneller Beter 2007:21). Door op deze manier te werken kunnen meer patiënten tijdens een spreekuur worden gezien.

⁴ Triage is de onderverdeling naar urgentiecategorieën

6. Minimaliseren van de fluctuatie in aanbod

Fluctuaties aan de aanbodzijde, zoals het steeds verzetten van spreekuren, heeft veel invloed op de wachtlijsten. Dit kan gereduceerd worden door een tijdsspanne af te spreken voorafgaand aan het spreekuur, waarin specialisten het spreekuur niet meer mogen afzeggen en door de vakanties af te stemmen op de fluctuaties in de vraag (Sneller Beter 2007:22).

7. Anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod

Op de fluctuatie in de vraag is minder invloed uit te oefenen dan op de fluctuatie aan de aanbodzijde (Sneller Beter 2007:22). Fluctuatie in vraag kan wel beïnvloed worden door bijvoorbeeld controleafspraken op rustige momenten te maken en deze niet in te plannen op de drukste dagen. Om het aanbod flexibel te houden, is het belangrijk dat bepaalde type consulten niet gekoppeld worden aan vaste tijdstippen, dit vergroot het aantal wachtrijen niet (ibid.).

8. 100% capaciteitsbezetting is onmogelijk zonder onaanvaardbare lange wachtlijsten

Als er sprake is van lange wachtlijsten dan is het onmogelijk om efficiënt te kunnen werken (CBO 2004a). Om efficiënt te kunnen werken is het belangrijk dat buffers gecreëerd worden in de jaarplanning, weekplanning en/of dagplanning. Hierbij is goed plannen belangrijk. Door bijvoorbeeld het spreekuur aan het einde van de dag op het laatste moment in te plannen, kunnen andere activiteiten gedaan worden als dit deel van het spreekuur niet vol komt (CBO 2004a:13).

Om deze acht principes toe te kunnen passen wordt een nauwkeurige analyse van de specifieke problemen op de polikliniek belangrijk gevonden. Deze kunnen aan de hand van metingen in kaart worden gebracht. Daarnaast kunnen door het inzichtelijk maken van de zorgprocessen voor en na de polikliniek verbeteringen gerealiseerd worden, waardoor er een betere doorstroming plaats kan vinden in de gehele behandeling van de patiënt (CBO 2005).

4.3 Reflectie

Uit bovenstaande paragrafen is gebleken dat WZW draait om het afstemmen van vraag en aanbod. Dit houdt niet het eenmalig wegwerken van de wachtlijst in, maar het project WZW beoogt de medewerkers grip te laten krijgen op de toegangstijd tot de polikliniek (CBO 2004a). Om dit te kunnen realiseren werd de medewerkers ten eerste geleerd om anders naar de inrichting van de poliklinieken te kijken, waarbij gereflecteerd werd op de huidige werkwijze en nieuwe theorieën werden aangedragen. Nieuwe principes werden vervolgens ingevoerd op de poliklinieken (*double loop learning*). Als tweede werd door het te leren werken met het Nolan model beoogd een structurele basis neer te leggen om veranderingen uit te testen, door te voeren en te verspreiden (CBO 2004a). Door het toepassen van het Nolan-model werden maatregelen binnen de bestaande principes bedacht (*single loop learning*). Van belang is om te achterhalen welke vorm van borging op dit moment binnen de poliklinieken te herkennen is en welke rol het mechanisme *leren* hierin heeft.

5. Analyse

Gedurende de projectfase van 'Werken Zonder Wachtrij' (WZW) stond het reduceren van de toegangstijd tot de poliklinieken centraal, het uiteindelijke doel was het tot stand brengen van een toegangstijd van maximaal een week voor zowel nieuwe als controle patiënten (CBO 2004a). Hoewel een toegangstijd van een week niet voor alle poliklinieken binnen het bereik lag, zijn er poliklinieken die aan het einde van de projectfase een forse daling hebben weten te realiseren ten opzichte van de nulmeting. In dit onderzoek is gekozen voor poliklinieken met een reductie van 30% aan het einde van de projectfase ten opzichte van de nulmeting (hoofdstuk 3) als het gaat om de borging van het project WZW. De poliklinieken die tot de inclusiecriteria behoren en in dit onderzoek centraal staan zijn de poliklinieken dermatologie, orthopedie, reumatologie en urologie. In dit hoofdstuk worden specifieke kenmerken van poliklinieken, duurzaamheid van de veranderingen binnen de poliklinieken, aanwezige WZW aspecten, aanwezige randvoorwaarden voor collectief leren, invloed van het mechanisme *leren* op borging en overige specifieke borgingsfactoren beschreven en geanalyseerd.

5.1 Duurzaamheid van de verandering binnen de poliklinieken

In deze paragraaf staan de kenmerken van de afzonderlijke polikliniek en de respondenten beschreven. Deze gegevens zijn van belang zijn voor een beter begrip van de analyse. Daarnaast staat in tabel 5.1 en 5.2 weergegeven hoe duurzaam de verandering binnen de poliklinieken op dit moment is. Dit is de vraag die als eerste beantwoord dient te worden alvorens dieper op de materie 'borging van project WZW' in te kunnen gaan.

5.1.1 Profielschets poliklinieken

Dermatologie

De polikliniek dermatologie is een maatschap met vijf dermatologen. Voor dit onderzoek zijn binnen de polikliniek dermatologie de volgende personen geïnterviewd: de staffunctionaris, de teamleider en een specialist. Door deze personen te interviewen, wordt beoogd een representatief beeld te verkrijgen. De staffunctionaris binnen dit ziekenhuis houdt zich bezig met het stroomlijnen van het zorgproces. Hierdoor is de staffunctionaris tevens bezig met het afstemmen van de processtappen, zodat de doorstroom van de patiënten zoveel mogelijk geoptimaliseerd wordt. Om dit te kunnen realiseren heeft de staffunctionaris een signalerende en adviserende rol. Adviezen om de toegangstijden te kunnen reduceren, als blijkt dat deze teveel oplopen, worden door de staffunctionaris gegeven aan bijvoorbeeld de centrummanager, teamleider en/of kartrekkende specialist of. De teamleider van polikliniek dermatologie is destijds niet betrokken geweest bij de projectfase, maar kwam vlak na het afronden van het project op de polikliniek werken. De functie van de teamleider binnen de polikliniek dermatologie is voornamelijk het realiseren van een goede planning, *coaching* en begeleiding. Daarnaast stuurt de teamleider de secretaresses en de doktersassistenten aan en vormt deze de tussenpersoon tussen het team en de specialisten. Ook adviseert deze persoon de specialisten over eventuele te nemen vervolgcacties. De geïnterviewde

specialist heeft gedurende de projectfase van WZW zitting gehad in de projectgroep. Deze specialist wordt binnen de polikliniek als een leidend figuur gezien als het gaat om project WZW.

Orthopedie

De polikliniek orthopedie is een maatschap met zes orthopeden. Om een representatief beeld te krijgen van de polikliniek orthopedie zijn de volgende personen geïnterviewd: de kwaliteitsfunctionaris, het afdelingshoofd, de teamleider en een specialist. De kwaliteitsfunctionaris was destijds betrokken bij de projectfase. Op dit moment adviseert de kwaliteitsfunctionaris de directie en het management over het kwaliteitsbeleid, waar het project WZW ook onder valt. In het middenmanagement bevindt zich het afdelingshoofd, deze is destijds ook betrokken geweest bij de projectfase. Op dit moment coördineert en controleert het afdelingshoofd of de doelstelling omtrent de toegangstijd gehaald wordt. Daarnaast doet deze eventuele voorstellen om de toegangstijd te verbeteren. Tevens stuurt het afdelingshoofd de teamleider aan. De teamleider staat dicht bij het primaire proces dan het afdelingshoofd. De functie van de teamleider binnen de polikliniek orthopedie is dan ook het coachen, begeleiden en aansturen van de secretaresses, de doktersassistenten en de specialisten. De specialist heeft gedurende de implementatie van het project WZW zitting gehad in de projectgroep. Deze specialist wordt als leidend figuur gezien als het gaat om het project WZW binnen de polikliniek orthopedie.

Reumatologie

De polikliniek reumatologie bestaat uit vijf reumatologen die allen in loondienst zijn. Binnen de polikliniek reumatologie is er sprake van een jaarlijks wisselend management, doordat het afdelingshoofd jaarlijks wijzigt. Daarnaast heeft één van de reumatologen de rol van teamleider voornamelijk tot zich genomen. Om een representatieve uitspraak te kunnen doen over deze polikliniek zijn de volgende personen geïnterviewd: een specialist, een manager tevens programmaleider eerste lijn en een secretaresse. De specialist die geïnterviewd is heeft binnen de polikliniek de taak van teamleider tot zich genomen. Daarnaast was deze reumatoloog destijds betrokken bij de implementatie van het project WZW. De manager, tevens programmaleider eerste lijn, is geïnterviewd en was destijds betrokken bij het project. Op dit moment houdt deze persoon zich niet meer frequent bezig met de toegangstijden van de polikliniek reumatologie. Als programmaleider eerste lijn is deze persoon verantwoordelijk voor een goede samenwerking met de eerste lijn zorgaanbieders. Daarnaast is deze persoon als manager tevens verantwoordelijk voor de zorginhoudelijke kant van het ziekenhuis gebeuren. Hierdoor heeft deze persoon wel ziekenhuisbreed inzicht in de toegangstijden en hoe hier mee omgegaan wordt. Tot slot heeft de secretaresse binnen de polikliniek reumatologie een signalerende functie. Deze persoon is verantwoordelijk voor de metingen en verspreidingen betreffende de informatie over de toegangstijden.

Urologie

De polikliniek urologie is een maatschap en bestaat uit drie urologen. Binnen deze polikliniek zijn de volgende personen geïnterviewd: de staffunctionaris, de centrummanager, de teamleider/medisch

secretaresse en een specialist. Aangezien de polikliniek urologie zich in hetzelfde ziekenhuis bevindt als de polikliniek dermatologie heeft deze staffunctionaris dezelfde functie als die binnen de polikliniek dermatologie. De centrummanager die geïnterviewd is, was destijds niet betrokken bij de projectfase. De centrummanager wordt door de directie aangesproken als de polikliniek niet aan de Treeknorm voldoet. De medisch secretaresse is tevens de teamleider binnen de polikliniek urologie en was destijds betrokken bij de implementatie van het project WZW. De functie van de teamleider/medisch secretaresse is signaleren en adviseren. Daarnaast stuurt deze persoon het secretariaat aan. De specialist die geïnterviewd is heeft gedurende de implementatie van het project WZW deelgenomen aan de projectgroep. Deze specialist wordt binnen de polikliniek als een leidend figuur gezien.

5.1.2 De toegangstijden

De vraag die in deze paragraaf centraal staat luidt als volgt: is de verandering twee jaar na het eindigen van het project WZW op de poliklinieken geborgd en is er een onderscheid te maken tussen de verschillende poliklinieken?

Orthopedie en reumatologie

Tabel 5.1 bevat de toegangstijden van de poliklinieken orthopedie en reumatologie. Gekeken is naar de toegangstijden van zowel de nieuwe patiënten (NP) als de controle patiënten (CON) van week één tot en met week dertien in het jaar 2008. Deze metingen komen overeen met wat tot op heden nog gemeten wordt.

Polikliniek	0-meting (gemiddelde totaal ⁵ in dagen)	Nameting (gemiddelde totaal in dagen)	Reductie (%)	Meting 2008 t/m week 13 (gemiddelde totaal in dagen)	Reductie (meting 2008 t.o.v 0-meting) (%)
Orthopedie	31	17	46	16	48
Reumatologie	43	10	77	5	88

Tabel 5.1 meting duurzaamheid orthopedie & reumatologie

Uit de tabel is af te lezen dat de verandering binnen beide poliklinieken duurzaam is. Bij de polikliniek orthopedie is geen verdere reductie ontstaan. Momenteel is er sprake van ongeveer dezelfde toegangstijd als de toegangstijd aan het einde van de projectfase. Het lukt hen niet om een gemiddelde toegangstijd van een week te realiseren. Hierdoor varieert hun kortste derde toegangstijd van twee tot zeventien dagen voor zowel nieuwe als controle patiënten. De polikliniek reumatologie daarentegen heeft een verdere reductie van de toegangstijd weten te realiseren in 2008 ten opzichte van de nameting. Deze polikliniek heeft op het moment zelfs een gemiddelde toegangstijd van minder dan een week. Hierdoor is hun kortste derde toegangstijd eveneens zeer laag, vaak bedraagt deze nul dagen voor zowel nieuwe als controle patiënten.

Dermatologie en urologie

In tabel 5.2 zijn de toegangstijden voor de poliklinieken dermatologie en urologie weergegeven. Bij deze poliklinieken is alleen gekeken naar de reductie in toegangstijd voor nieuwe patiënten,

⁵ Totaal: zijn de nieuwe patiënten (NP) en de controle patiënten (CON)

aangezien de huidige metingen alleen nieuwe patiënten bevatten. Daarnaast wordt op dit moment maandelijks de mediaan gemeten. De metingen van het jaar 2008 bestaan hierdoor uit drie metingen verricht in de periode van januari 2008 tot en met maart 2008.

Polikliniek	0-meting (gemiddelde NP ⁶ in dagen)	Nameting (gemiddelde NP in dagen)	Reductie (%)	Meting 2008 t/m maart (gemiddelde mediaan in dagen)	Reductie (meting 2008 t.o.v 0-meting) (%)
Dermatologie	35	3	92	7	80
Urologie	21	10	52	12	43

Tabel 5.2 meting duurzaamheid dermatologie & urologie

Uit tabel 5.2 is af te lezen dat de verandering binnen deze twee poliklinieken eveneens duurzaam is in vergelijking met de reductie die aan het einde van de projectfase is gerealiseerd. De polikliniek dermatologie laat in 2008 een lichte stijging zien voor wat betreft de gemiddelde toegangstijd voor nieuwe patiënten in vergelijking met de nameting. Ondanks dit, zijn de snelste toegangstijden tussen de één en vijf dagen. De polikliniek urologie laat eveneens een lichte stijging zien in 2008, maar de verandering is tevens duurzaam te noemen. De snelste toegangstijd tot de polikliniek bedroeg in januari 2008 tot en met maart 2008 tussen de vier en acht dagen. Hieruit blijkt dat de patiënten niet altijd binnen een week terecht kunnen op de polikliniek.

Onafhankelijk of afhankelijk specialisme

Uit bovenstaande meetgegevens blijkt dat er een onderscheid te maken is binnen de succesvolle poliklinieken. De beschouwende specialismen dermatologie en reumatologie hebben een toegangstijd van een week weten te realiseren (conform de WZW norm), in tegenstelling tot de snijdende specialismen orthopedie en urologie. Dit komt overeen met een eerder onderzoek van het CBO (2004a:11) waarin gesteld wordt dat snijdende specialismen moeite hebben om hun toegangstijd korter dan een week te krijgen en te houden. Als reden wordt aangegeven dat snijdende specialismen met urgentere patiënten te maken hebben dan beschouwende specialismen (ibid.). Maar uit dit onderzoek blijkt eveneens dat de mate van afhankelijkheid van het specialisme van andere specialismen binnen het ziekenhuis een belangrijke rol speelt bij de borging van een lage toegangstijd. Deze onafhankelijkheid is volgens een reumatoloog zelfs de sleutel tot hun grote succes. De specialismen dermatologie en reumatologie voeren voornamelijk hun interventies op de poliklinieken uit. Orthopedie en urologie zijn specialismen die tevens afhankelijk zijn van de toegangstijden tot de OK en de radiologie. Zo stelt een uroloog: *“Derma is natuurlijk een wat simpeler specialisme, omdat zij hoofdzakelijk polikliniek doen. Wij hebben ook meer met andere toegangstijden te maken, zoals OK”* (interview 21-04-2008). Bij het laag kunnen houden van de toegangstijden is het van belang dat de toegangstijden over de gehele keten aan elkaar verbonden zijn, zoals blijkt uit het volgende citaat van de teamleidster orthopedie: *“Moet je voor een extra OK inplannen? Dit om te zorgen dat je altijd de poli wachtlijst gekoppeld houdt aan de OK”* (interview 21-04-2008). Als het gaat om het goed kunnen afstemmen wordt door de respondenten binnen de poliklinieken orthopedie en

⁶ NP: nieuwe patiënten

urologie meestal de OK als *bottle neck* ervaren. Daarnaast blijkt dat de operaties een hogere prioriteit hebben dan de toegangstijden tot de polikliniek, omdat de poliklinieken door het hogere management vaak afgerekend worden op de OK productie. *“Als de OK te vaak wordt geannuleerd, bestaat de kans dat ze gekort worden op de OK (...)”* (interview 21-04-2008), aldus de medisch secretaresse van de polikliniek urologie. Hieruit blijkt dat een korte toegangstijd tot de polikliniek dan geen meerwaarde heeft, aangezien de patiënten vervolgens niet door kunnen stromen als de specialismen gekort worden op hun OK. Tevens blijkt de doorstroom van de patiënten belangrijk om gemotiveerd te blijven bij de borging van een zo kort mogelijke toegangstijd tot de polikliniek. *“Zolang jij een wachttijd had voor je OK, had het geen zin om de toegangstijd voor je polikliniek terug te brengen”* (interview 21-04-2008), aldus een uroloog. Druk vanuit de Raad van Bestuur om de toegangstijden tot bijvoorbeeld de radiologie op een maximum te stellen, maakt de doorstroom realiseerbaar, aldus een reumatoloog.

5.1.3 Conclusie

Uit de metingen blijkt dat, op basis van de toegangstijden, de verandering binnen alle vier de poliklinieken als duurzaam aan te merken is. Een reductie van 30% is binnen alle vier de poliklinieken aanwezig. Ondanks dit gegeven, blijkt wel dat de poliklinieken orthopedie en reumatologie een toegangstijd van een week niet hebben weten te realiseren (conform de WZW norm), in tegenstelling tot de poliklinieken dermatologie en reumatologie. Maar eveneens is de afhankelijkheid van derden van het specialisme hier van invloed op. Hoe meer een polikliniek afhankelijk is van de OK en/of radiologie, hoe meer moeite er gepaard gaat met het kunnen realiseren van een korte toegangstijd tot de polikliniek. Daarnaast kunnen hoge toegangstijden tot de OK en/of radiologie een demotiverende weerslag hebben op de medewerkers om de eigen toegangstijden laag te houden. Ondanks dit alles zijn de toegangstijden geborgd, maar hoe zit dit met de WZW aspecten?

5.2 ‘Werken Zonder Wachttijd’ aspecten

Om meer grip te kunnen krijgen op de polikliniek zijn gedurende de projectfase een aantal logistieke principes centraal gesteld, waarbij maatregelen zijn ingevoerd om deze principes te kunnen realiseren. In deze paragraaf worden als eerste de logistieke maatregelen en principes in een tabel weergegeven (tabel 5.3). Vervolgens worden voor alle poliklinieken gezamenlijk geanalyseerd waarom maatregelen/principes wel/niet worden toegepast. Overeenkomsten en verschillen worden hierbij uiteengezet.

WZW maatregelen	Polikliniek Orthopedie	Polikliniek Dermatologie	Polikliniek Urologie	Polikliniek Reumatologie
1. Afspraakplanning op basis van een realistische inschatting van gemiddelde afspraaktijd per patiënt	+	+	+	+
2. Wekelijks checken of er voor de komende week nog lege plaatsen zijn en die actief invullen	+	+	+	+
3. Het minimaliseren van het aantal wachtrijen, door in het afsprakensysteem te werken met zo weinig mogelijk vaste plekken.	+	+	+	+
4. Afspraken niet lang vooruit plannen	+	±	±	+
5. Taakdelegatie van niet medische taken tijdens het consult naar een assistent	+	+	+	+
6. Taakdelegatie van medische taken naar bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen	+	+	+	+
7. Het reduceren van no-shows ⁷ door: a. Betere telefonische bereikbaarheid b. Patiënten te laten bellen wanneer zij vinden dat een vervolgspraak nodig is (patient-initiated care)	± -	± -	+	+
8. Afspreken dat binnen een bepaalde periode (bijvoorbeeld 6 weken) een poli niet mag worden afgezegd door specialisten	+	-	-	+
9. Anticiperen op fluctuaties in vraag naar afspraken. a. Het plannen van controle afspraken in rustige periodes b. Het plannen van extra poli's in drukke periodes	- +	- -	- +	- -
WZW principes	Polikliniek Orthopedie	Polikliniek Dermatologie	Polikliniek Urologie	Polikliniek Reumatologie
1. Stabiele wachttijd ofwel geen capaciteitsstekort	+	+	+	+
2. Doe het werk van vandaag <i>vandaag</i>	+	+	+	±
3. Minimaliseer het aantal wachtrijen	+	+	+	+
4. Minimaliseer de herhaalfactor	-	-	-	-
5. Maximaliseer het aanbod, zonder harder te werken	+	±	+	+
6. Minimaliseer de fluctuatie in aanbod	±	±	±	±
7. Anticipeer op de fluctuatie in vraag	+	-	+	-
8. 100% capaciteitsbezetting onmogelijk zonder onaanvaardbare lange wachtlijsten	±	+	±	+

Tabel 5.3: WZW aspecten

+: wordt toegepast
-: wordt niet meer toegepast
±: wordt niet volledig toegepast

⁷ No show is: het afwezig blijven van een patiënt op het afgesproken consulttijdstip

De respondenten geven aan dat de maatregelen/principes die te maken hebben met de planning van de agenda en de aanwezigheid van de specialisten als belangrijk worden beschouwd als het gaat om het kort houden van de toegangstijd. Om dit te kunnen realiseren noemt men de volgende maatregelen/principes bij naam: tien minuten voor een nieuwe patiënt en vijf minuten voor een controle patiënt, actief vullen (Emmenthaler screening), vrije agenda, weinig wachtrijen en het zes weken heilig verklaren van de agenda. Om de werkdruk gedurende spreekuren zo laag mogelijk te houden, wordt taakdelegatie en doe het werk van vandaag *vandaag* belangrijk gevonden. Zo stelt de teamleidster dermatologie: *“Wij werken eigenlijk ook wel het prettigst en het minst stressvol als die wachttijd er niet is, als alle patiënten vlot terecht kunnen, alles gedecteerd is en alle brieven getypt zijn” (interview 21-04-2008)*. Hieronder worden de maatregelen/principes uit de tabel verder beschreven.

Agendaplanning

Uit de tabel blijkt dat alle poliklinieken tot op heden plannen op basis van de gemiddelde afspraaktijd per patiënt. Daarnaast wordt voor de herhaalconsulten meer tijd ingepland als de specialist dit noodzakelijk vindt. Dit wordt belangrijk gevonden om de rust van het spreekuur te kunnen handhaven en om ervoor te zorgen dat de wachttijd voor de patiënt in de wachtkamer niet te ver oploopt. Tevens wordt naast het checken van lege plekken voor de komende weken, alsook het invullen van de agenda van boven naar beneden, het door de respondenten belangrijk gevonden om de spreekuurtijd zo optimaal mogelijk te benutten. Daarnaast hanteren alle poliklinieken een vrije agenda. Opvallend is dat binnen elke afzonderlijke polikliniek een aantal respondenten te onderscheiden zijn die uit zichzelf het belang van het aantal wachtrijen konden aangeven. Hierbij noemden ze de wachtrijen tevens bij naam. Uit de interviews blijkt wel dat dit voornamelijk respondenten zijn die zich bezig houden met de planning, maar ook een aantal specialisten wisten het belang van het aantal wachtrijen te benoemen. Door het aantal wachtrijen te minimaliseren wordt meer flexibiliteit ervaren, omdat de patiënten overal geplaatst kunnen worden. Hierdoor zijn de spreekuren beter gevuld. Maar niet iedereen op de polikliniek ziet het belang van het hebben van zo min mogelijk wachtrijen in. Zo stelt een reumatoloog: *“Sommige mensen willen altijd specifieke spreekuren voor bepaalde problemen. Dat doet je aantal wachtrijen alleen maar toenemen en dan wordt het steeds lastiger plannen” (interview 23-04-2008)*. Er was één specialist in dit onderzoek die niet wist wat er met wachtrijen bedoeld werd. Deze persoon dacht aan wachtrijen voor de balie. Hieruit blijkt dat niet alle medewerkers de inzichten achter de maatregelen weten. Het blijkt dat de snijdende specialismen orthopedie en urologie meer “gedwongen” zijn om patiënten aan collegae over te laten, waardoor zij met een minder vrije agenda kunnen werken. Dit komt omdat ze met meer subspecialisatie te maken hebben dan de poliklinieken dermatologie en reumatologie. Uit de metingen van bijvoorbeeld de polikliniek orthopedie blijkt dat hierdoor de interdoktervariatie groter is.

Principe acht, ‘100% capaciteitsbezetting onmogelijk zonder onaanvaardbare lange wachtlijsten’, wordt door respondenten niet concreet bij naam benoemd. Uit de interviews blijkt dat er wel aandacht voor is en dat iedere polikliniek hier anders mee om gaat. De poliklinieken dermatologie en urologie

houden geen rekening met spoedpatiënten in hun planning. De toegangstijd tot de polikliniek dermatologie is vaak een dag, waardoor de spoedpatiënten gelijk terecht kunnen. De polikliniek urologie heeft ook geen extra ruimte voor spoed in de spreekuren gepland. De staffunctionaris geeft aan dat dit niet tot ondraagbare problemen leidt. De secretaresses maken als dat nodig is ruimte voor spoed. Ervaren wordt dat dit niet veelvuldig voorkomt of tot grote problemen leidt. Binnen de polikliniek orthopedie wordt in de dagplanning van elke specialist twintig patiënten gepland, waarbij het bijplaatsen van vier patiënten nog tot een werkbaar rooster leidt, aldus de teamleidster orthopedie. De polikliniek reumatologie is het enige specialisme dat in de jaarplanning rekening heeft gehouden met principe acht. Zij hebben het aantal specialistentijd uitgebreid. Daarnaast hanteren ze een vrije ruimte van 30%. Deze vrije ruimte wordt door de respondenten als een belangrijke graadmeter gezien voor de toegangstijden over een aantal weken.

Afspraken worden binnen alle vier de poliklinieken niet lang vooruit gepland. Op het moment van het onderzoek ervaren de poliklinieken dermatologie en urologie dat de afspraken wat verder vooruit gepland moeten worden. Het blijkt dat externe omgevingsinvloeden van invloed hierop zijn. Door de jaarlijks lichte patiëntenstijging wordt steeds meer ruimte tekort op de poliklinieken ervaren om verrichtingen direct uit te kunnen voeren. Zo stelt een dermatoloog: *“Vanmorgen moest ik ook een verrichting doen. Dat kon best qua tijd, maar ik had gewoon geen plek. Ik kon nergens terecht. Ja, dan houdt het op”* (interview 21-04-2008). De oplossing is volgens de dermatoloog het creëren van meer polikliniekruimte. Binnen de polikliniek urologie is de oorzaak van het langer vooruit plannen van de afspraken de plotselinge optredende vraag door het weggaan van urologen uit omliggende ziekenhuizen in de vakantieperiode. De capaciteit van de urologen blijkt precies genoeg te zijn, maar door de stijgende vraag in de vakantieperiode worden de afspraken verder vooruit gepland. Extra spreekuur (capaciteit) draaien na de vakantie wordt als oplossing ingezet.

Taakdelegatie van niet-medische en medische taken

Taakdelegatie van niet-medische taken vindt binnen elke polikliniek plaats zoals daar is het invoeren van DBC's, typen van de brieven, klaar zetten van foto's en dergelijke. Daarnaast worden binnen de poliklinieken taken overgenomen van de specialist door assistenten, *nurse practitioners* en/of arts-assistenten. Belangrijk wordt gevonden dat de dokter zoveel mogelijk doet wat deze moet doen. Na de projectfase zijn steeds meer *nurse practitioners* en poli-assistenten binnen de poliklinieken ingezet. Door deze taakdelegatie wordt ervaren dat er efficiënter gewerkt kan worden. Zo stelt een reumatoloog: *“Het inzetten van nurse practitioners zorgt voor een forse reductie van de tijd die we anders aan jicht zouden besteden* (interview 23-04-2008). Op zorginhoudelijk niveau wordt binnen de specialismen steeds meer taakdelegatie toegepast. Naast het efficiënter kunnen werken geven de respondenten eveneens aan dat de *nurse practitioners* en/of assistentes een belangrijke rol spelen in de informatievoorziening richting de patiënt. *“(…). Een arts heeft tien minuten om (...) iets te vertellen, dan gaan ze naar een nurse practitioner en die gaat dan twintig minuten dieper in op wat de aanmeting van zo'n spreidbroekje betekend. (...). Dat hebben we wel gecreëerd. Niet alleen de kwantiteit, maar ook de kwaliteit”* (interview 14-04-2008), aldus het afdelingshoofd orthopedie.

Opvallend is dat binnen de polikliniek dermatologie taakdelegatie zo nu en dan wegzakt. De dermatoloog geeft hiervoor als oorzaak het tijdgebrek en het ontbrekende inzicht van de medewerkers. De teamleidster denkt echter dat een onduidelijke taakafbakening hiervan de oorzaak is. *“Ik denk dat toch meespeelt dat in rustige tijden de dokter het over neemt. Als het dan drukker wordt, dan is het moeilijk om het weer op te pakken (...). Je moet meer een scheiding maken, denk ik”* (interview 21-04-2008). Het creëren van een duidelijke structuur zou hier volgens de teamleidster aan bij kunnen dragen.

Naast de taakdelegatie wordt het principe ‘doe het werk van vandaag *vandaag*’ binnen alle vier de poliklinieken belangrijk gevonden. De dermatoloog stelt treffend: *“Direct dicteren neemt gewoon een stuk onrust uit je spreekuur”* (interview 21-04-2008). Binnen de polikliniek reumatologie blijkt dat de secretaresses het principe ‘doe het werk van vandaag *vandaag*’ niet altijd kunnen realiseren. De typeachterstand die veroorzaakt is door langdurige ziekte, een vacature stop en het doen van spreekuren op verschillende locaties is moeilijk in te halen, aldus een reumatoloog.

No shows en de herhaalfactor

De respondenten geven aan weinig *no shows* te ervaren. De telefonische bereikbaarheid is binnen de poliklinieken orthopedie en dermatologie op het moment niet optimaal. Dit blijkt uit ziekenhuismetingen en patiënten-enquêtes. Binnen de polikliniek orthopedie hebben ze door middel van metingen, de piekuren inzichtelijk gemaakt en wordt op deze uren een extra secretaresse ingezet. Binnen de polikliniek dermatologie wordt ervaren dat er een gebrek aan capaciteit is om optimaal telefonisch bereikbaar te zijn.

Externe omgevingsinvloeden, waar alle poliklinieken mee te maken hebben, blijken ervoor te zorgen dat de herhaalconsulten omhoog gaan. De oorzaak hiervoor is gelegen in de veranderde financieringsstructuur als gevolg van de spookrekeningen. Hierdoor worden de herhaalconsulten beter vergoed dan de eerste consulten en de telefonische herhaalconsulten. Dit conflicteert met het WZW principe minimaliseer de herhaalfactor. Een orthopeed vertelt hierover het volgende: *“Als ik dus de hele tijd mijn spreekuur inricht zodat ik voor die 20 euro ga, dan kun je nagaan dat het niet hard gaat. Dat leidt ertoe dat ik mijzelf in de vingers snijdt (...). Als je alleen WZW doet waar helemaal geen beloning tegenover staat, dan roof je je eigen potje leeg”* (interview 14-04-2008). De respondenten geven aan dat hierdoor de herhaalfactor omhoog zal gaan en dat er waarschijnlijk extra spreekuren gedraaid gaan worden om de toegangstijden zo kort mogelijk te houden. Hieruit blijkt dat externe omgevingsinvloeden, zoals de financieringsstructuur, die conflicteren met de WZW principes ervoor kunnen zorgen deze principes los gelaten worden.

Fluctuaties in aanbod

Vakantieperiodes worden door de respondenten ieder jaar als lastig ervaren, vooral als specialisten gebonden zijn aan schoolvakanties. Binnen alle poliklinieken wordt geprobeerd de vakanties zoveel

mogelijk te spreiden en op elkaar af te stemmen zodat er voldoende aanbod is. Dit wordt binnen elke polikliniek in de jaarplanning vast gelegd, evenals de belangrijkste congressen. Het plannen van de spreekuren rondom vakanties blijkt vaak gepaard te gaan met flexibiliteit en creativiteit van de medewerkers. Extra poliklinieken voor en na de vakanties worden ingezet binnen de poliklinieken orthopedie en urologie. Binnen de poliklinieken dermatologie en reumatologie wordt wat met de controles gespeeld. Binnen de polikliniek reumatologie wordt vaak in overleg met de patiënt de periodes tussen de controles wat langer gemaakt, zodat de specialist na de vakantie niet alleen controle patiënten ziet. De teamleidster van de polikliniek dermatologie geeft aan in de eerste werkweek van de specialist plekken voor nieuwe patiënten vast te zetten. Deze plekken worden een week voor terugkomst van de specialist open gesteld, zodat de nieuwe patiënten snel terecht kunnen en de specialist een gevarieerd spreekuur heeft.

Niet alleen het spreiden van vakanties zorgt voor het minimaliseren van fluctuaties in aanbod, maar ook het hanteren van de maatregel 'zes weken heilig agenda'. Binnen de poliklinieken reumatologie en orthopedie wordt deze maatregel strikt gehanteerd. De polikliniek dermatologie en urologie hanteren deze maatregel niet altijd. De zes weken heilig agenda is binnen de polikliniek dermatologie nooit als strikte regel gehanteerd, omdat de specialisten bereid waren om de spreekuren voor elkaar op te vangen. Het op korte termijn afzeggen van spreekuren levert in vakantieperiodes wel eens problemen op, maar wordt wel door de teamleidster geaccepteerd. Eerder is uiteengezet dat voor de polikliniek urologie de OK productie belangrijk is. Om deze reden wordt er wel eens een polikliniek binnen zes weken afgezegd. Zo stelt een uroloog: *"Op het moment dat er ingewikkelde operaties zijn die je met zijn tweeën moet doen, dan moet er eentje zijn polikliniek afzeggen"* (interview 21-04-2008). Om dit zoveel mogelijk te kunnen voorkomen heeft de polikliniek urologie tijdens de projectfase een avondspreekuur ingevoerd, omdat deze niet conflicteert met het operatieschema van overdag.

Fluctuaties in vraag

Het blijkt dat de ene polikliniek meer anticipeert op fluctuaties in vraag dan de andere polikliniek. De polikliniek dermatologie ervaart weinig fluctuaties in vraag. Daarnaast kunnen patiënten bijna altijd binnen een paar dagen op deze polikliniek terecht, waardoor het niet nodig is om op de fluctuatie in vraag in te spelen. De polikliniek reumatologie geeft aan dat de vraag in de zomer en in januari laag is. Daarnaast hoeft de polikliniek reumatologie eveneens niet te anticiperen op de fluctuatie in de vraag aangezien de totale hoeveelheid spreekuurtijd groter is dan de vraag. De polikliniek orthopedie speelt in op de fluctuatie in vraag door in het sportseizoen een extra polikliniek op maandag in te zetten. De lage vraag in januari 2008 was voor de polikliniek urologie een reden om de fluctuatie inzichtelijk te maken. *"We gaan nu kijken of dat niet door de jaren heen op vaste tijdstippen zit die fluctuaties"* (interview 21-04-2008), aldus een uroloog. Daarnaast geeft de uroloog aan dat plasklachten zich in de herfst openbaren. Een extra spreekuur in drukke periodes is dan ook iets waar de urologen naar toe willen.

Ad hoc maatregel

Gedurende de projectfase zijn extra poliklinieken ingezet om de toegangstijden te reduceren. Na het reduceren van de toegangstijden en het invoeren van de maatregelen werd het mogelijk de toegangstijd steeds verder te verbeteren (CBO 2004a). Het blijkt dat het inzetten van extra spreekuren (capaciteit) tot op heden veelvuldig toegepast wordt als de toegangstijd te veel oplopen.

5.2.1 Conclusie

De principes en maatregelen die gedurende het project zijn ingevoerd zijn grotendeels geborgd binnen de poliklinieken. Het blijkt dat het niet meer volledig of het niet meer toepassen van een maatregel verband houdt met het geen meerwaarde ondervinden van de maatregel en het niet altijd optimaal aanwezig zijn van interne (borgings)factoren. Daarnaast spelen externe omgevingsinvloeden een belangrijke rol bij het soms niet vast kunnen houden van een maatregel zoals lichte patiëntenstijging als gevolg van aanzuigwerking en vergrijzing. Tevens kunnen externe omgevingsinvloeden zoals de financieringsstructuur die conflicteren met de WZW aspecten ervoor zorgen dat een principe als 'het reduceren van de herhaalfactor' volledig los gelaten wordt. Op basis van de geborgde maatregelen/principes kunnen er geen conclusies getrokken worden met betrekking tot de verschillen in toegangstijden tussen de poliklinieken. Veel dezelfde maatregelen/principes zijn geborgd of worden zo nu en dan los gelaten of volledig los gelaten. Daarnaast hebben alle poliklinieken binnen het principe 'het minimaliseren van fluctuaties in aanbod' dezelfde nieuwe oplossing bedacht, te weten het jaarlijks structureel vast leggen van de vakantieperiodes en congressen. Het oplopen van de toegangstijden in de vakantieperiode heeft ervoor gezorgd dat binnen het principe 'het minimaliseren van fluctuaties in aanbod' de regels zijn verbeterd. Naast het hanteren van de maatregel 'zes weken heilig agenda' worden de vakanties zoveel mogelijk gespreid. Dit blijkt overigens niet voldoende om het probleem helemaal op te kunnen lossen. Extra spreekuren en het inzetten van maatregelen behorende bij de agendaplanning blijken nodig om dit te kunnen realiseren. Tevens blijkt dat bij bekende problemen, door de poliklinieken dezelfde oplossingen worden ingezet na een analyse. Het inzetten van een extra secretaresse na het meten van de piekuren is hier een voorbeeld van, als ook het inzichtelijk maken van fluctuaties in vraag en het vervolgens inzetten van extra spreekuren in drukke periodes. Daarnaast blijkt dat korte termijn oplossingen worden gezocht bij bestaande problemen, deze kunnen na een lichte analyse of geen analyse worden ingezet. Hierdoor kunnen bekende, maar tevens nieuwe problemen (tijdelijk) worden opgelost. Om de WZW principes en maatregelen in te kunnen voeren lag gedurende de projectfase de aandacht op *double loop learning* en *single loop learning*. Bij het toepassen van de maatregelen/principes is nu *single loop learning* te ontdekken. *Single loop learning* is het ontdekken van een fout, doordat de uitkomsten niet overeenkomen met de verwachtingen (Argyris & Schön 1978). Deze fout wordt vervolgens gecorrigeerd door het zoeken naar oplossingen binnen de bestaande inzichten en principes en zal leiden tot het verbeteren van de regels (Wierdsma & Swieringa 2002). Nauwer gedefinieerd is *single loop learning*: 'het oplossen van bekende problemen' (Wikipedia). Binnen WZW is, zoals uiteengezet in hoofdstuk 4, *single loop learning* het ontdekken en analyseren van een bekend probleem en het zoeken naar een nieuwe oplossing (nieuwe maatregel) binnen de bestaande principes. Uit bovenstaande is gebleken dat deze vorm van leren niet veel

binnen de poliklinieken meer toegepast wordt, maar dat binnen *single loop learning* een gelaagdheid te ontdekken is. *Single loop learning* in optimale vorm (*single loop learning optima forma*) is het ontdekken en analyseren van een bekend probleem en het zoeken naar een nieuwe oplossing zodat het probleem in de toekomst voorkomen wordt. Daarnaast kunnen bekende problemen worden opgelost na een analyse, waarbij vervolgens bestaande oplossingen worden ingezet die het probleem op langere termijn oplossen (*medium single loop learning*). Daarnaast kan een bekend probleem opgelost worden na een lichte analyse, waarbij vervolgens een bestaande oplossing ingezet wordt die het probleem op korte termijn oplost (*light single loop learning*). Tot slot kunnen bekende problemen en nieuwe problemen worden opgelost door zonder analyse bestaande oplossingen in te zetten (*geen single loop learning*). Naast de verschillende vormen van leren en de gelaagdheid daarin zijn ook randvoorwaarden van belang om leren mogelijk te kunnen maken.

5.3 Aanwezige collectieve randvoorwaarden voor leren binnen de poliklinieken

Het mechanisme *leren* speelt mogelijk een belangrijke rol bij borging. In het theoretisch kader is uiteengezet dat de randvoorwaarden die van belang zijn voor het kunnen realiseren van collectief leren, overeenkomsten vertonen met de factoren die voor borging belangrijk gevonden worden. Door deze randvoorwaarden te hanteren zal hier tevens aandacht voor borging zijn. Uit een onderzoek van Wijngaarden & de Bont (2006) is gebleken dat om collectief leren te kunnen realiseren en vast te kunnen houden het mogelijk van belang is dat de volgende randvoorwaarden worden gecreëerd:

- Gedeeld(e) doel/visie
- Procedures voor het genereren van informatie over prestaties
- Communicatiekanalen
- Decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden om verbeteringen en experimenten te stimuleren
- Leervaardigheden
- Leercultuur

Deze randvoorwaarden worden eerst theoretisch toegelicht. Vervolgens wordt beschreven hoe gedurende de projectfase van WZW aan elke randvoorwaarde inhoud is gegeven. Daarna wordt geanalyseerd in welke mate de randvoorwaarden binnen de poliklinieken aanwezig zijn, waarbij overeenkomsten en verschillen uiteengezet zullen worden.

Gedeeld(e) doel/visie

Een visie en/of (meetbare) doelen kunnen de inhoud van de verandering duidelijk maken (Julian & Kombarakaran 2006). Tevens kan het de medewerkers richting en houvast geven (Kotter 1998; Miller 2004). In het onderzoek van Wijngaarden & de Bont (2006) wordt benadrukt dat het gedeeld(e)doel/visie medewerkers dient te inspireren om met elkaar te willen leren, zodat de gewenste toekomstige situatie gerealiseerd kan worden. Dit kan vorm gegeven worden door het formeel vastleggen van meetbare doelen en/of het vastleggen van een visie die collectief leren uitnodigt (Weggelaar e.a. 2007).

Gedeeld(e) doel/visie gedurende het project WZW

De gewenste toekomstige situatie die gedurende het project WZW centraal stond was het reduceren van de toegangstijd tot de polikliniek, van het liefst maximaal een week, aan de hand van de acht samenhangende logistieke principes (CBO 2004a). Om dit met elkaar te kunnen realiseren formuleerde de multidisciplinaire projectgroep SMART-doelen om een reductie van de toegangstijd mogelijk te maken (CBO 2004a).

Huidige doelstelling binnen de poliklinieken

De respondenten van de poliklinieken uit dit onderzoek stellen allen hetzelfde doel centraal; namelijk het streven naar een toegangstijd van een week, onwillekeurig bij welke specialist. Dit doel is in overeenstemming met het project WZW. Maar ondanks dat dit doel momenteel nog centraal staat, blijkt het niet een volledig gedeeld doel te zijn.

Uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen verschillend omgaan met het vastleggen van de doelstelling omtrent de toegangstijd. De poliklinieken orthopedie en reumatologie worden niet door het hoger management aangestuurd op de toegangstijd. Daarnaast zijn de toegangstijden niet vastgelegd in contracten.

De poliklinieken dermatologie en urologie daarentegen hebben te maken met prestatiecontracten. Ziekenhuisbreed worden alle poliklinieken aangestuurd op de Treeknorm. Voor de poliklinieken dermatologie en urologie, die mee hebben gedaan aan het project WZW, wordt hun eigen WZW norm gehanteerd. Door middel van deze prestatiecontracten worden door het hoger management de toegangstijden gecontroleerd en worden medewerkers extrinsiek gemotiveerd om continu met hun toegangstijd bezig te zijn. De vraag is in hoeverre hier werkelijk sprake van is, zoals blijkt uit het volgende citaat. *“Er zijn geen consequenties aan verbonden als de toegangstijden te lang worden of steeds zijn” (interview 21-04-2008)*, aldus de staffunctionaris. Hieruit blijkt dat er op ziekenhuisniveau licht omgegaan wordt met de norm omtrent de toegangstijd tot de polikliniek. Dit is tevens terug te vinden binnen de poliklinieken zelf.

Uit de meetgegevens blijkt dat de poliklinieken niet altijd een toegangstijd van een week kunnen realiseren. Als oorzaak geven de respondenten vakanties, congressen, toenemende vraag en tekort aan specialisten aan. Om deze redenen worden door de poliklinieken verscheidende marges acceptabel gevonden.

Binnen de poliklinieken orthopedie en reumatologie is een toegangstijd van één tot twee weken acceptabel. Naast de net beschreven oorzaken voor het oplopen van de toegangstijd, is hier tevens één specialist met een structureel lange toegangstijd aanwezig. Binnen de polikliniek orthopedie zorgt subspecialisatie voor deze structureel lange toegangstijden bij één specialist. Voor deze subspecialisatie behoort een toegangstijd van zelfs vier weken tot de acceptabele marge, aangezien het niet overgenomen kan worden door een andere specialist. Op de polikliniek reumatologie

daarentegen is er één specialist waar te nemen die door nevenactiviteiten een structureel lange toegangstijd vertoont. Een reumatoloog stelt hierover het volgende: *“Er is altijd één dokter die een hele lange wachttijd heeft en dat vertekend enorm (...). Dat is een probleem, dat blijft een probleem en daar steek ik ook geen energie meer in”* (interview 23-04-2008). Hieruit blijkt dat het doel, het realiseren van een toegangstijd van een week, binnen de poliklinieken, ondanks dat de toegangstijd van een week wel leeft binnen deze poliklinieken, niet door iedereen gedeeld wordt.

Binnen de polikliniek urologie wordt een toegangstijd boven de drie tot vier weken niet meer acceptabel geacht aangezien het niet in overeenstemming is met de ziekenhuisbrede doelstelling, namelijk de Treeknorm. *“Binnen een week dat is de doelstelling (...). Nu beginnen we wat op te lopen. Ik heb nog twee weken vrij straks en dan gaan we oplopen naar vijf weken. Dat vind ik niet goed (...)”* (interview 21-04-2008), aldus een uroloog.

De polikliniek dermatologie streeft naar korte toegangstijden voor de nieuwe patiënten. Dit blijkt ook uit de meetgegevens. Sporadisch zijn toegangstijden voor nieuwe patiënten van meer dan één week aanwezig. Het snel zien van nieuwe patiënten levert binnen dit specialisme voordelen op omtrent het behandelings- en genezingsproces van de patiënt, aldus de dermatoloog. Hierdoor leeft een toegangstijd van een week meer voor de nieuwe patiënten, dan voor de controle patiënten. *“Er wordt gekeken naar toegangstijd eerste polikliniekbezoek. Ja, de toegangstijd latere verrichtingen houden we ook wel wat in de gaten. Dat vind ik eigenlijk het belangrijkste, dat nieuwe mensen snel terecht kunnen. Dan zie je de mensen in een vroeg stadium en dat heeft gewoon praktisch veel voordelen”* (21-04-2008), aldus de dermatoloog.

Procedures voor het genereren van informatie over prestaties

Om collectief te kunnen leren van prestaties is het van belang dat enerzijds cijfers (“harde” data) uit metingen verzameld worden en anderzijds persoonlijke ervaringen, kennis en ideeën (“zachte” data) (Weggelaar e.a. 2007).

Procedures voor het genereren van informatie over prestaties binnen het project WZW

Gedurende het project WZW stond meten=weten centraal. Indicatoren en meetinstrumenten (Excelbestanden) maakte het mogelijk om gegevens te verzamelen (CBO 2004a). Het doel lag op steeds verder optimaliseren van de verzamelde meetgegevens. Daarnaast werden de medewerkers door het gehanteerde Nolan-model gestimuleerd om zelf de metingen uit te voeren, de gegevens met elkaar te interpreteren en verbeteringen aan te brengen (ibid.). Dit maakte het uitwisselen van positieve en negatieve ervaringen mogelijk.

Aanwezige procedures voor het genereren van informatie over prestaties binnen de poliklinieken

De manieren waarop informatie verzameld wordt over de prestaties vertoont overeenkomsten tussen de vier poliklinieken. De informatie die verzameld wordt, is de toegangstijd. Meten is de procedure die, binnen alle poliklinieken, centraal staat om deze informatie te verzamelen.

Meten

Om de toegangstijden te kunnen meten blijkt dat binnen de poliklinieken het, destijds geïmplementeerde, Excelbestand nog altijd toegepast wordt. De respondenten geven aan dat de eenvoudigheid van het meetinstrument ervoor zorgt dat dit nog steeds wordt gehanteerd. De medisch secretaresse reumatologie verwoordt dit het meest treffend: *“Het [Excel]bestand is heel makkelijk. Een kind kan de was doen”* (interview 25-04-2008). Binnen elke polikliniek is één persoon verantwoordelijk voor het meten. Een medisch secretaresse voert deze taak uit binnen de poliklinieken orthopedie, urologie en reumatologie en binnen de polikliniek dermatologie is de teamleidster hier verantwoordelijk voor.

Gedurende het project werd iedere week de gemiddelde toegangstijd gemeten, waarbij het derde beschikbare consult voor zowel de nieuwe als de controle patiënt centraal stond (CBO 2004a). Uit de interviews blijkt dat deze meetprocedures binnen de poliklinieken orthopedie en reumatologie in overeenstemming zijn met de projectfase. Tevens meet de polikliniek reumatologie tot op heden de vrije ruimte. De poliklinieken dermatologie en urologie zijn na het project maandelijks de toegangstijd van de nieuwe patiënten gaan meten. Daarnaast blijken ze nu de mediaan in plaats van de gemiddelde toegangstijd te hanteren. Tevens is de focus op de snelste toegangstijd. Omgevingsinvloeden blijken van invloed te zijn geweest op deze verandering. *“Er is voor de mediaan gekozen omdat dit de tijd realistisch weergeeft. De snelste tijd is vanuit een PR oogpunt vanwege de concurrentie met omliggende ziekenhuizen”* (interview 21-04-2008), aldus de staffunctionaris.

Communicatiekanalen

Om collectief te kunnen leren is het belangrijk dat communicatiekanalen aanwezig zijn die het mogelijk maken om de gegevens naar iedereen te verzenden, zonder dat de gegevens daarbij omgevormd worden (Weggelaar e.a. 2007). Maar tevens is het aanwezig zijn van overlegstructuren van belang, zodat een gezamenlijk dialoog over de gegevens en de persoonlijke ervaringen plaats kan vinden (ibid.) Daarnaast wordt het creëren van inzicht in de behaalde performance belangrijk gevonden om medewerkers betrokken te houden bij de verandering en de borging (Kotter 1998; Schouten 2004).

Communicatiekanalen binnen het project WZW

Gedurende het project zijn multidisciplinaire projectgroepen gevormd om met elkaar van de gegevens te leren en om persoonlijke ervaringen uit te wisselen omtrent de nieuwe werkwijzen (CBO 2004a). De leden van de projectgroep brachten verder hun eigen discipline op de hoogte (ibid.). Dit werd bijvoorbeeld gedaan gedurende een werkoverleg en door het ophangen van meetlijstjes. Daarnaast hebben er conferenties en intervisiebijeenkomsten plaats gevonden om van elkaar te leren. Tevens konden de projectgroepen communiceren met de CBO adviseurs en eerder deelgenomen teams (CBO 2004a).

Huidige communicatiekanalen binnen de poliklinieken

Verschillende soorten communicatiekanalen zijn binnen de poliklinieken aanwezig, hierbij zijn overeenkomsten en verschillen te ontdekken. Er is een onderscheid tussen interne communicatiekanalen (binnen de grenzen van de polikliniek) en externe communicatiekanalen (over de grenzen van de polikliniek).

Interne communicatiekanalen

Veel informatie-uitwisseling omtrent de toegangstijd vindt binnen de poliklinieken plaats via de email. Uit de interviews blijkt dat email altijd de gemeten toegangstijd bevat en zonodig de oorzaken voor het oplopen van de toegangstijd. Tevens wordt aangegeven dat niet iedereen op de hoogte wordt gebracht van de meetgegevens. Verschillen tussen de poliklinieken zijn hieromtrent te ontdekken. De medisch secretaresse van de polikliniek orthopedie stuurt de meetgegevens omtrent de toegangstijd naar het afdelingshoofd, de kwaliteitsfunctionaris, de teamleidster en naar de kartrekkende specialist. De kartrekkende reumatoloog en een aantal reumatologen, die geïnteresseerd zijn in de toegangstijden, krijgen van de medisch secretaresse de gemeten toegangstijd door gemaild. De medisch secretaresse van de polikliniek urologie en de teamleidster van de polikliniek dermatologie sturen de meetgegevens naar de centrummanager en de staffunctionaris, maar niet standaard naar de kartrekkende specialisten. De kartrekkende specialisten binnen deze twee poliklinieken blijken dit zelf in de gaten te houden. *“Ik loop gewoon af en toe naar de telefoon, van hoe lang is de wachttijd voor een nieuwe patiënt en dan kijk ik even mee op het schermje (...)” (interview 21-04-2008)*, aldus de dermatoloog. De uroloog geeft aan zo nu en dan zelf zijn secretaresses te vragen naar de toegangstijden. Deze persoon vindt de standaard uitwisseling van de meetgegevens via email of papier geen meerwaarde hebben als ze tijdens de koffie pauze uitgewisseld kunnen worden. Informele overlegstructuren worden, naast email, binnen alle vier de poliklinieken toegepast. Als de acceptabele marges omtrent de toegangstijden, die binnen de poliklinieken heersen, in gevaar dreigen te komen worden één of meer van de volgende communicatiekanalen ingezet: de telefoon, *face-to-face* contact door bij elkaar binnen te lopen, - in de wandelgangen en - gedurende pauzes. Tevens blijkt dat de specialisten de toegangstijden dan vaak met elkaar te bespreken in een maatschapsoverleg. Opvallend is dat per polikliniek verschillende specifieke personen zich bezig houden met de communicatie omtrent de toegangstijden. Het blijkt dat deze personen (bijna) allemaal destijds deel hebben genomen aan het project WZW. De verschillen tussen de poliklinieken, omtrent communicatie, worden hieronder beschreven.

Binnen de poliklinieken dermatologie en urologie is er voornamelijk één op één communicatie tussen de staffunctionaris, de teamleidster/ de medisch secretaresse en de kartrekkende specialist. Het blijkt dat aan groepscommunicatie niet veel aandacht besteedt wordt en dat informeel overleg prominenter aanwezig is. *“Vergaderen doen we niet zo vaak, maar tijdens de koffie gaan de toegangstijden soms even over de tafel heen (...)” (interview 21-04-2008)*, aldus een uroloog.

Groepscommunicatie krijgt eveneens geen aandacht binnen de polikliniek reumatologie. Zo stelt de medisch secretaresse: *“We zijn eigenlijk nooit meer met z’n allen om de tafel geweest na het project”* (interview 25-04-2008). Communicatie verloopt binnen de polikliniek reumatologie hierdoor voornamelijk tussen de kartrekkende specialist en de medisch secretaresse. Het blijkt dat kennis van elkaar zorgt dat communicatie ad hoc en informeel kan verlopen. *“Ik denk dat ik het beste van allemaal weet wat er speelt op het secretariaat. De communicatie verloopt daardoor gewoon heel gemakkelijk”* (interview 23-04-2008), aldus een reumatoloog.

De polikliniek orthopedie vormt op de voorgaande poliklinieken de grootste uitzondering. Naast informele communicatie tussen voornamelijk de teamleidster en de medisch manager (kartrekkende specialist), worden de toegangstijden maandelijks met een groep besproken. Bij dit overleg zijn de kwaliteitsfunctionaris, het afdelingshoofd, de teamleidster en de medisch manager aanwezig. *“We bespreken maandelijks de metingen van de toegangstijden. Aan de hand daarvan wordt er gezegd het loopt op, dat kan niet. Er moet een extra poli komen”* (interview 14-04-2008), aldus het afdelingshoofd. Hierdoor is binnen deze polikliniek een formele overlegstructuur te onderscheiden omtrent de toegangstijden.

Externe communicatiekanalen

Gedurende het project WZW werd gestimuleerd om van andere (succesvolle) poliklinieken te leren. Tevens werd door het invoeren van het kortcyclisch verbeteren verdere verspreidingen, binnen het ziekenhuis, beoogd (CBO 2004a). Het blijkt dat de vier poliklinieken niet (meer) heel actief bezig zijn met het uitwisselen en bespreken van resultaten. Ervaren wordt dat het vaak niet veel rendement oplevert. *“Ik heb het idee dat het de rest van het ziekenhuis niet interesseert”* (interview 14-04-2008), aldus de orthopeed. Een uroloog stelt het volgende: *“Kijk, als je in een organisatie werkt is het wel goed om te horen wat er allemaal leeft, maar of je daar daadwerkelijk zoveel rendement van hebt, dat is moeilijk te meten”* (interview 21-04-2008). Daarnaast blijken veel poliklinieken in de ziekenhuizen er niet open voor te staan. Als reden hiervoor geeft een reumatoloog het volgende aan: *“Wat van ver komt, is altijd beter”* (interview 23-04-2008).

Decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden om verbeteringen en experimenten te stimuleren

Om het collectieve leerproces vorm te kunnen geven is het van belang dat medewerkers taken en verantwoordelijkheden krijgen. Dit betekent dat het topmanagement taken en verantwoordelijkheden op de werkvloer neer moet leggen. Dit geeft vervolgens medewerkers de ruimte om te kunnen verbeteren en te experimenteren (Wijngaarden & de Bont 2006). Om dit te kunnen realiseren is het van belang dat er aandacht is voor het verzamelen van metingen, als ook het creëren van ruimte om met elkaar te experimenteren, zodat persoonlijke ervaringen gedeeld worden (Weggelaar e.a. 2007).

Decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden om verbeteringen en experimenten te stimuleren binnen het project WZW

Binnen de ziekenhuizen lagen de taken en verantwoordelijkheden rondom de organisatie van de polikliniek al op de werkvloer, maar dan voornamelijk gecentraliseerd bij de specialist. Hierdoor hadden de specialisten de ruimte om te kunnen experimenteren. Het project WZW was erop gericht om uit verschillende lagen van de organisatie (polikliniek) medewerkers toe te laten tot de projectgroep (CBO 2004a). Dit gaf medewerkers van de polikliniek de mogelijkheid om taken en verantwoordelijkheden juist wel of juist niet tot zich te nemen. Op deze manier werden taken verschoven van een specialist naar bijvoorbeeld een baliemedewerker. Dit gaf de baliemedewerker de mogelijkheid om te experimenteren. Tevens werd gedurende het project in de projectgroep de ruimte gecreëerd om persoonlijke positieve en negatieve ervaringen omtrent de nieuwe werkwijzen uit te wisselen. Daarnaast werd, door gebruik te maken van het Nolan-model, gestimuleerd om meetgegevens te verzamelen en nieuwe werkwijzen te verbeteren dan wel te ontwikkelen (CBO 2004a).

Huidige decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden om verbeteringen en experimenten te stimuleren binnen de poliklinieken

Decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden zijn binnen de afzonderlijk poliklinieken op overeenkomstige wijze vorm gegeven. Het blijkt dat de taken en verantwoordelijkheden omtrent het functioneren van de polikliniek (grotendeels) op de werkvloer liggen. Op de werkvloer zijn taken en verantwoordelijkheden te onderscheiden die te maken hebben met signaleren en aanspreken omtrent de toegangstijden en de (nieuwe) werkwijzen. Tevens blijkt dat het topmanagement een aantal verantwoordelijkheden kent die van invloed zijn op verbeteringen.

Taken en verantwoordelijkheden van het middenmanagement en de werkvloer

De metingen omtrent de toegangstijden binnen de poliklinieken blijken een belangrijke rol te spelen bij signaleren en aanspreken. Uit de interviews blijkt dat de secretaresses een belangrijke rol vervullen als het gaat om het signaleren van de toegangstijden. Zij zijn degene die als eerste het gevolg van de oplopende toegangstijd ervaren, doordat ze de patiënten niet meer op korte termijn kunnen plaatsen. Naast het signaleren van de toegangstijden hebben binnen de poliklinieken specifieke personen de verantwoordelijkheid om de meetgegevens in de gaten te houden en medewerkers aan te spreken als de toegangstijd uit de hand dreigt te lopen. Uit dit onderzoek blijkt dat deze taak door verschillende personen vervuld kan worden. Binnen polikliniek orthopedie is de teamleidster in eerste instantie verantwoordelijk voor het aanspreken van medewerkers. De staffunctionaris vervult deze taak binnen de poliklinieken dermatologie en urologie. Binnen de polikliniek reumatologie is een kartrekkende reumatoloog de verantwoordelijke persoon voor de coördinatie van de toegangstijden. Deze taak heeft deze reumatoloog op zich genomen als gevolg van het jaarlijks wisselen van het afdelingshoofd. Uit de interviews met de respondenten blijkt dat de taak omtrent het aanspreken volledig bij de betreffende personen neergelegd wordt door de andere medewerkers. *“Ik denk dat de teamleidster er beter naar kijkt en dat laat ik met een gerust hart aan haar over (...). Ik denk én ik weet zeker dat als*

we over de schreef gaan en het wordt te lang, dan koppelt ze het terug. Maar dat gaat gewoon zijn gangetje en dat kan ook niet anders na vijf jaar” (interview 14-04-2008), aldus een orthopeed. Tevens stelt een uroloog: “Ik heb het overzicht niet en dat wil ik ook niet hebben. Daar heb ik andere mensen voor, die het netzo goed kunnen als ik” (interview 21-04-2008). Het blijkt dat binnen deze decentralisatie, eveneens centralisatie waar te nemen is. Binnen de specialisten stuurt één specialist de rest van de specialisten aan. Binnen de secretaresses is deze taak weggelegd voor de secretaresse die destijds deel heeft genomen aan het project.

Zoals uiteengezet, is binnen de polikliniek reumatologie een kartrekkende specialist verantwoordelijk voor het aanspreken van medewerkers omtrent de toegangstijden. De teamleidster van orthopedie en de staffunctionaris van de poliklinieken dermatologie en urologie vinden het aanwezig zijn van een kartrekkende specialist op de polikliniek eveneens van belang voor het aanspreken van collegae. Ervaren wordt dat specialisten zich niet eenvoudig laten aansturen door “buitenstaanders”. Hierdoor kan de kartrekkende specialist een brug vormen tussen het (midden) management de maatschap. Zo stelt de staffunctionaris: *“Als zich een kartrekker in de groep bevindt, is het voor mij makkelijker om het een en ander te overleggen en te realiseren” (interview 21-04-2008).* Dit blijkt eveneens uit het volgende citaat van de teamleidster orthopedie. *“De orthopeden moet je achter je hebben. X is een voorstander, die moet je bij je hebben om samen te kunnen overleggen (...). Wij kunnen nog zoveel willen, maar als de orthopeden het niet willen” (interview 14-04-2008).* Uit het onderzoek blijkt eveneens dat kartrekkende specialisten inzicht, omtrent de toegangstijden, bij hun collegae kunnen realiseren. *“Ik heb een collega die zegt dan: “Waarom loopt het nu vast?” Dan zeg ik: “wil je het voor de groep weten of wil je het voor jezelf weten?” “ Nou, eigenlijk voor mijzelf, want ik zie dat ik het grootste probleem heb.” Nou, dan leg ik dat wel uit. Dan zeg ik: “je bent dan afwezig, dan afwezig en dan afwezig. Dat kan niet in de drukste tijd van het jaar” (interview 23-04-2008), aldus een reumatoloog.*

Taken en verantwoordelijkheden van het topmanagement

Uit de interviews blijkt dat het topmanagement de taken en verantwoordelijkheden omtrent het functioneren van de polikliniek (bijna) volledig bij de polikliniek neerlegt. Binnen de poliklinieken blijken de respondenten het van belang te achten dat de organisatie de randvoorwaarden schept om te kunnen verbeteren. Ze ervaren geen optimale ondersteuning vanuit het topmanagement bij het realiseren van interventies die geld kosten. Veel tijd en energie blijken gepaard te gaan met het realiseren van verbeteringen waarbij de poliklinieken afhankelijk zijn van het topmanagement, zoals duidelijk wordt uit de volgende citaten: *“Als je iets op de polikliniek wil organiseren dan gaat het snel. Dat heb je meestal binnen een heel korte tijd geregeld. Maar als je iets met de directie wilt regelen dan gaat het toch om heel andere dingen en dat zijn vaak lange processen” (interview 21-04-2008),* aldus een dermatoloog. Eveneens stelt een reumatoloog: *“Ten aanzien van middelen en mogelijkheden om de zorg te ontwikkelen die je graag wilt, gaat het allemaal wel moeizaam. (...). Ik vind dat je hier in het ziekenhuis veel strijd moet voeren om je zaken goed georganiseerd te krijgen. Bij alles waar je afhankelijk bent van de organisatie is het moeizaam” (interview 23-04-2008).*

Leervaardigheden

Om collectief te kunnen leren is het van belang dat de juiste vaardigheden aanwezig zijn om informatie te kunnen invoeren en de data te kunnen interpreteren, alsook het in staat zijn om met elkaar een dialoog aan te gaan, zodat de gegevens gezamenlijk geïnterpreteerd kunnen worden (Weggelaar e.a. 2007)

Leervaardigheden binnen het project WZW

Gedurende het project was er aandacht voor het analyseren van de logistiek van de polikliniek, zodat meetbare doelen opgesteld konden worden (CBO 2004a). Vervolgens zijn vaardigheden bijgebracht om de informatie in te kunnen voeren en de meetgegevens te kunnen interpreteren, zodat interventies zonodig bijgesteld konden worden. Dit alles werd in de projectgroep en gedurende conferenties en intervisiebijeenkomsten aangeleerd (ibid.).

Aanwezige leervaardigheden binnen de poliklinieken

Binnen de poliklinieken blijken vaardigheden aanwezig te zijn om de informatie die binnenkomt te kunnen verwerken. Daarnaast zijn, in ieder geval een aantal personen op de polikliniek, in staat om deze gegevens te interpreteren. Opvallend is, dat dit voornamelijk op individueel niveau plaats vindt. Alleen binnen de polikliniek orthopedie vindt er groepscommunicatie plaats omtrent de meetgegevens.

Leercultuur

Binnen een leercultuur spelen een aantal aspecten een rol. Belangrijk is dat verschillende medewerkers continu willen leren en de informatie met iedereen willen delen. De kernelementen vertrouwen, samenwerking, transparantie, gelijkheid en aanspreekbaarheid zijn hiervoor noodzakelijk (Weggelaar e.a. 2007; Wijngaarden & de Bont 2006).

Leercultuur binnen het project WZW

Gedurende het project hebben medewerkers uit verschillende lagen van de organisatie geparticipeerd in de werkgroep (CBO 2004a). Deze medewerkers werden geselecteerd op hun motivatie en bereidheid. De projectgroep was, door het hanteren van het Nolan model, gericht om met elkaar steeds verbeteringen aan te brengen door de informatie open met elkaar te bespreken en te bediscussiëren in de projectgroep en met niet-direct betrokkenen (ibid.).

Mate van aanwezigheid van de leercultuur aspecten binnen de poliklinieken

Binnen de poliklinieken wordt om een korte toegangstijd te kunnen realiseren de volgende aspecten belangrijk gevonden: elkaar durven aanspreken, open staan voor feedback, waardering hebben voor elkaar, elkaar als gelijke zien en bereidheid om elkaar te helpen. Door een aantal respondenten wordt ervaren dat deelname aan het project dit heeft gerealiseerd. Het blijkt dat de aanwezigheid van deze aspecten een informele sfeer op de poliklinieken kan realiseren, waardoor het eenvoudiger lijkt te zijn om de nieuwe werkwijzen met zijn allen te kunnen handhaven. Zo stelt bijvoorbeeld een uroloog: "De

sfeer is zo goed dat de secretaresses het allemaal even van elkaar overnemen en wegwerken” (interview 21-04-2008). Tevens durven binnen de poliklinieken bijvoorbeeld de secretaresses de specialisten aan te spreken als de toegangstijd teveel oploopt of als zij een principe, zoals de zes weken heilig agenda, niet nakomen. Het blijkt dat het ontbreken van een hiërarchische cultuur hier positief aan bij kan dragen. Zo stelt de staffunctionaris: *“Als een polikliniek een groep is dan is het allemaal makkelijker te realiseren. Is het een polikliniek waarbij de specialist op een voetstuk staat en de assistent ondersteunend is, dan gaat het allemaal wat langzamer”* (interview 21-04-2008). Tevens blijkt het durven vragen om feedback en het durven geven van feedback een positieve invloed te hebben op een informele sfeer, zoals blijkt uit het citaat van een reumatoloog. *Als mensen zeggen: “joh ik loop vast.” Dat een ander dan even zegt van: “ja, ik snap wel waarom het bij jou vast loopt.”* (interview 23-04-2008).

5.3.1 Conclusie

De randvoorwaarden om collectief te kunnen leren zijn grotendeels binnen de poliklinieken te onderscheiden, maar gezien vanuit het ideaal perspectief van leren wordt er niet volledig aan voldaan. Opvallend is dat alle randvoorwaarden mild worden ingezet en niet meer volledig overeenkomen met de projectfase. Meer aandacht is er voor de verzameling en uitwisseling van de meetgegevens (expliciete kennis), minder aandacht is er na de projectfase voor gezamenlijk overleg en het uitwisselen van persoonlijke kennis en ervaringen (impliciete kennis).

5.4 Nieuwe medewerkers: bekwaam of onbekwaam

Bij het beschrijven van de maatregelen in paragraaf 5.2 is gebleken dat de respondenten grotendeels weten waarom maatregelen worden toegepast. Volgens de dermatoloog is dit van belang bij borging: *“Dat je bewust bent waar je mee bezig bent (...).”* (interview 21-04-2008). Desondanks blijkt uit alle interviews dat vrijwel niets omtrent WZW formeel is vastgelegd. Hieruit blijkt dat borging niet in structuren zit, maar in medewerkers. Om project WZW binnen de polikliniek geborgd te houden, worden medewerkers *on-the-job* ingewerkt. Aandacht ligt hierbij op het aanleren van vaardigheden en maatregelen die van belang zijn voor de toegangstijd. Het project WZW met de achterliggende inzichten wordt de nieuwe medewerkers, binnen alle poliklinieken, niet specifiek bijgebracht. De kans bestaat dat hierdoor het *waarom* van bepaalde werkwijzen aandacht gaat verliezen, zoals blijkt uit het citaat van de centrummanager urologie. *“Dat hier een project is geweest, dat weet ik nu pas sinds de uitnodiging van het onderzoek.(...) ik weet niet waar het over gaat.(...)”*(interview 21-04-2008).

Uit de interviews blijkt daarentegen dat niet-direct betrokkenen op de polikliniek zich niet altijd bewust zijn van de relevantie van bepaalde maatregelen, zoals het hanteren van een vrije agenda in verband met het reduceren van de wachtrijen (paragraaf 5.2) of het niet begrijpen waarom de eigen toegangstijden erg oplopen. Zo stelt bijvoorbeeld de kartrekkende reumatoloog: *“Ik heb [de spreekuren] in een keer in de soep laten lopen. Ik heb ze gezegd hoe je met vakanties omgaat, hoe je met je vrije dagen en congressen omgaat (...). Dat kwartje is toen wel gevallen. Maar eens in de zoveel tijd zul je toch mensen daar op aan moeten spreken”* (interview 24-04-2008). De niet-direct betrokken medewerkers kunnen zich enerzijds op het vlak van onbewust onbekwaam bevinden als ze

niet door hebben wat het nut van de maatregel is en niet inzien dat ze op dit gebied zelf een deficiëntie hebben en anderzijds kunnen ze zich op het niveau van bewust onbekwaam bevinden als de medewerkers door krijgen dat er effectievere maatregelen zijn dan de maatregelen die ze zelf toepassen (Chapman 2006). Als de medewerker die bewust onbekwaam is de wil heeft om de juiste vaardigheid aan te willen leren dan kan deze persoon bewust bekwaam worden (ibid.). Het aanwezig zijn van medewerkers die onbewust bekwaam zijn is hierbij van belang bij het leren van de bewust onbekwame. Echter, de onbewust bekwame moet niet zodanig instinctief handelen dat deze niet meer kan uitleggen en overbrengen aan de bewust onbekwame *waarom* bepaalde handelingen uitgevoerd moeten worden (Chapman 2006). Hoe langer de onbewust bekwame onbewust is gaat het automatisch handelen over in instinctief handelen, waarna deze onbewust bekwame het waarom niet meer kan overbrengen (ibid.). Uit de interviews blijkt dat de respondenten uit de projectgroep de maatregelen uit het onderzoek grotendeels automatisch toe passen, maar nog niet instinctief aangezien ze uit kunnen uitleggen waarom bepaalde handelingen uitgevoerd moeten worden (zie tevens paragraaf 5.2). Deze medewerkers zijn onbewust bekwaam aangezien de inzichten en de maatregelen in het systeem van de medewerkers opgenomen is. Doordat deze medewerkers nog niet de nieuwe werkwijze instinctief toepassen kunnen ze de nieuwe werkwijzen aan andere medewerkers aanleren. De medewerkers die bewust bekwaam zijn, zijn daarentegen in staat om de werkwijze aan anderen voor te doen, maar kunnen het vaak niet goed aan iemand anders aanleren (Chapman 2006).

5.4.1 Conclusie

Leren vindt binnen de poliklinieken plaats bij het *on-the-job* aanleren van interventies en maatregelen. Daarnaast zijn de maatregelen en inzichten van WZW niet in structuren vastgelegd. Het *on-the-job* inwerken van nieuw personeel blijkt voldoende voor borging zolang de medewerkers van de projectgroep aanwezig zijn en deze het waarom van bepaalde inzichten en vaardigheden kunnen blijven uitleggen aan nieuwe medewerkers en niet-direct betrokkenen bewust kunnen maken van hun onbekwaamheid als hier sprake van is. Onduidelijk blijft of de nieuwe medewerkers bekwaam gemaakt worden met de inzichten van WZW en wat de invloed daarvan zal zijn op de borging van project WZW binnen de polikliniek en binnen de organisatie als geheel. Want wat zal het effect zijn voor borging als een persoon die onbekwaam is een nieuwe medewerker inwerkt en de medewerkers die deel hebben genomen aan de projectgroep uit de organisatie verdwijnen? Deze vraag blijft onbeantwoord aangezien in dit onderzoek de medewerkers die deel hebben genomen aan de projectgroep nog werkzaam zijn op de polikliniek.

5.5 De relatie tussen het mechanisme *leren* en *borging*

In het theoretisch kader is uiteengezet dat er meerdere perspectieven van borging te onderscheiden zijn. Het statische perspectief omvat borging als het inbedden van de verandering in de organisatie en/of de medewerkers, zodat nieuwe werkwijzen toegepast worden en de gewenste resultaten worden behaald. Borging is hiermee het eindpunt van de realisatie van de verandering en is gericht op het behouden van deze verandering (CBO 2004; Grol & Wensing 2001; Kotter 1998). Het dynamische perspectief omvat borging als het continu blijven verbeteren. Naast het inbedden van de

verandering gaat het tevens om het vermogen om na het verandertraject door te gaan, zodat er ingespeeld kan worden op de omgeving door continue verbeteringen en ontwikkelingen (CBO 2004; Lawrence et al. 2006; Pfeifer et al. 2005:299).

Uit bovenstaande paragrafen is gebleken dat de toegangstijden, principes en maatregelen grotendeels verankerd zijn binnen de poliklinieken. Hieronder wordt uiteengezet in hoeverre het mechanisme *leren* hier een belangrijke rol in heeft. Welk borgingsperspectief is binnen de poliklinieken te herkennen en welke invloed hebben de aanwezige collectieve randvoorwaarden voor leren en de verschillende vormen van leren hierop? Tot slot zal in deze paragraaf aandacht zijn voor de (borgings)factoren motivatie en flexibiliteit.

5.5.1 De relatie tussen de aanwezige collectieve randvoorwaarden voor leren en borging

Gedragen doel

Binnen de poliklinieken is niet meer een gedeeld doel aanwezig, maar een gedragen doel. Uit de interviews en de metingen blijkt dat de toegangstijd tot de poliklinieken na de projectfase zijn vastgezet (paragraaf 5.1). Daarnaast is uit paragraaf 5.3 gebleken dat ruimere acceptabele marges omtrent de toegangstijd na de projectfase op de poliklinieken zijn ingesteld, waarbij op het moment dat de toegangstijd (weer) te ver oploopt de poliklinieken weer streven naar een zo kort mogelijke toegangstijd. Bij de realisatie hiervan blijkt de doelstelling, de maximale toegangstijd van een week, richting en houvast te geven (Kotter 1998; Miller 2004), maar niet als harde norm te gelden. Het aanwezig zijn van een gedragen doel blijkt binnen de poliklinieken bij te dragen aan de statische vorm van borging, maar leidt niet tot het realiseren van de dynamische vorm. De dynamische vorm van borging omvat namelijk continu verbeteren en ontwikkelen (Lawrence et al. 2006). Het gedeelde doel, wat gedurende het project neergezet is, heeft na het project niet gestimuleerd om collectief te blijven verbeteren. Uit de interviews blijkt dat een doel en/of een visie hieromtrent binnen drie van de vier poliklinieken eveneens afwezig is. De polikliniek reumatologie geeft hun nieuwe medewerkers het volgende credo mee: *“Je komt hier om continu te verbeteren”* (interview 23-04-2008), aldus een reumatoloog. Hoewel dit credo gericht is op continu verbeteren, stimuleert het mogelijk niet collectief leren omtrent de toegangstijden, aangezien het geen gewenste toekomstige situatie bevat (Wijngaarden & de Bont 2006). Dit blijkt tevens uit het interview met de medisch secretaresse: *“Maar wij hebben het nooit meer over dit project”* (interview 25-04-2008). Hieruit kan geconcludeerd worden dat het credo dat de reumatoloog aanhaalt geen collectief leren stimuleert en dat er binnen polikliniek reumatologie, in overeenstemming met de andere poliklinieken, eveneens geen gedeeld doel op continu verbeteren te onderscheiden is. Het afwezig zijn van dit gedeelde doel is niet van belang om de statische vorm van borging te kunnen realiseren.

Informatieprocedures

Als het gaat om het verzamelen van gegevens dan ligt binnen de poliklinieken de focus op het verzamelen van harde data (Weggelaar e.a. 2007), te weten de meetgegevens omtrent de toegangstijd. Deze expliciete kennis kan eenvoudig overgedragen, (zelf) aangeleerd en getoetst worden (Walburg et al. 2006). Dit blijkt tevens uit de interviews met de secretaresses en de

managementleden. Ervaren wordt dat het meten van de toegangstijden de toegangstijd levendig houdt. *“Als je er niks meer mee zou doen, dus als je niet meer zou meten, dan gaat het verzanden”* (interview 14-04-2008), aldus de kwaliteitsfunctionaris orthopedie. Uit een interview met een medisch secretaresse van de polikliniek urologie blijkt dat dit inderdaad een risico kan zijn. *“Oh, er is al weer een maand om. We moeten even meten. Anders vergeet je dat gewoon”* (interview 21-04-2008). Hieruit blijkt dat het periodiek meten van de toegangstijd, bijdraagt aan de statische vorm van borging, zoals tevens blijkt uit het volgende citaat. *“Het moet heel goed bewaakt worden. Daarom kan ik nooit ophouden met tellen”* (interview 25-04-2008), aldus de medisch secretaresse reumatologie. Daarnaast kan het meten van de toegangstijd ruimte voor de medewerkers creëren om te leren van de behaalde performance (Schouten 2004). Opvallend is dat binnen de poliklinieken voornamelijk een individuele focus op de toegangstijden aanwezig is en geen collectieve. Niet iedereen is gericht op het verzamelen van de meetgegevens. Het blijkt dat binnen de poliklinieken de managementleden, kartrekkende specialisten evenals een aantal specialisten die geïnformeerd willen blijven, de meetgegevens verzamelen. De meeste specialisten binnen de poliklinieken hebben niet de behoefte om continu bezig te zijn met het verzamelen van de meetgegevens en persoonlijke ervaringen te delen omtrent de toegangstijden, aldus de respondenten. Een reumatoloog stelt dit het meest treffend: *“De specialisten willen er vooral geen last van hebben, dat is het eigenlijk”* (interview 23-04-2008). Ondanks dat er niet veel nadruk ligt op het verzamelen van impliciete kennis in tegenstelling tot het verzamelen van expliciete kennis, draagt het verzamelen van de meetgegevens bij aan het realiseren van de statische vorm van borging, aangezien de aandacht rondom de toegangstijd niet verslapt. Uit onderzoek blijkt dat het verzamelen van persoonlijke ervaringen positief bij kunnen dragen aan het doorvoeren van verbeteringen die gericht zijn op de toekomst (Wijngaarden & de Bont 2006). De aanwezigheid van informatieprocedures die gericht zijn op het verzamelen van persoonlijke ervaringen zouden bij kunnen dragen aan de realisatie van de dynamische vorm van borging.

Communicatiekanalen

Email blijkt een belangrijk communicatiekanaal binnen de poliklinieken als het gaat om het uitwisselen van de meetgegevens. Het maakt het mogelijk dat informatie onveranderd bij anderen terecht kan komen (Weggelaar e.a. 2007). Daarnaast kan iedereen zich collectief binden aan de meetgegevens (ibid.). Deze behoefte is niet binnen de poliklinieken aanwezig, omdat niet iedereen de gegevens omtrent de toegangstijd wenst te krijgen. Hierdoor vindt collectief leren niet echt plaats, maar eerder individueel leren. Hoewel collectief leren omtrent de meetgegevens weinig tot niet aanwezig is, blijkt het leren van de meetgegevens op individueel niveau voldoende te zijn om de statische vorm van borging te kunnen realiseren omtrent de toegangstijd zoals blijkt uit het volgende citaat: *“Ik zie het morgenvroeg in mijn computer staan en dan kijk ik eerst hoe is de toegangstijd. Komt goed, zit het goed? Als het dan oploopt dan denk ik “oh jee” (...). Dan pak ik de agenda erbij en ga ik kijken. Hoeveel artsen zijn er weg? Hoe zien de komende weken eruit? Moet ik nu actie ondernemen of wacht ik nog even?”* (interview 14-04-2008), aldus de teamleidster orthopedie. De acties die ondernomen worden bij het te ver oplopen van de toegangstijd blijkt, binnen alle poliklinieken, het inzetten van extra capaciteit te zijn. Veel één op één communicatie vindt binnen de poliklinieken

plaats als de toegangstijden de acceptabele marges dreigen te overschrijden en het inzetten van extra spreekuren noodzakelijk wordt. Opvallend is dat er alleen binnen de polikliniek orthopedie standaard een structureel overleg gehouden wordt. Draagt dit structurele overleg bij aan de realisatie van de dynamische vorm van borging? Het is opvallend dat deze polikliniek in vergelijking met de drie andere poliklinieken, project WZW nog altijd als een project ziet. De respondenten geven aan dat hierdoor continue aandacht voor het project gerealiseerd blijft. Deze continue aandacht zorgt voor borging, zoals blijkt uit het volgende citaat van het afdelingshoofd: *“Het is niet een project afsluiten en in de kast, maar men is er continu mee bezig (...). We hebben het ook wel een beetje bestempeld als een project, zijnde dat maandelijks de procedures weer even bekeken moeten worden en moeten we hier vervolgacties op ondernemen. Maar de hoofdknoppen zijn wel bekend. Dat zijn toch toegangstijden en capaciteit waaraan je kunt draaien”* (interview 14-04-2008). Deze continue aandacht voor het project kan ervoor zorgen dat de medewerkers wel onbewust bekwaam blijven, maar dat de werkwijze niet instinctief wordt (Chapman 2006). Door de continue aandacht blijven de medewerkers zich bewuster van de manier van werken en het waarom van bepaalde handelingen (ibid.). Op het eerste gezicht lijkt dat door de continue aandacht de dynamische vorm van borging gerealiseerd is. Echter, omdat steeds na een lichte analyse terug gegrepen wordt naar de bestaande korte termijn oplossing capaciteit is er slechts sprake van *light single loop learning* en derhalve slechts realisatie van de statische vorm van borging. Niet het continu verbeteren van de toegangstijd maar het weer reduceren van de toegangstijd staat centraal.

Aandacht voor de dynamische vorm van borging was gedurende het project aanwezig. Structurele maatregelen werden ingevoerd om problemen op te lossen. Tevens werden de projectgroepen in staat gesteld om te leren van andere interne en externe deelnemende teams, zodat er steeds verbeteringen binnen de eigen polikliniek aangebracht konden worden (CBO 2004a). Uit dit onderzoek blijkt dat de poliklinieken na het eindigen van het project niet meer bezig zijn met het leren van andere poliklinieken, aangezien communicatie door de gehele organisatie niet eenvoudig te realiseren is. Veel poliklinieken blijken niet open te staan voor het uitwisselen resultaten en ervaringen. Hoewel dit juist wel van belang kan zijn om de dynamische vorm van borging te kunnen realiseren. Het in dialoog gaan met andere poliklinieken kan de achterliggende gedachten van genomen beslissingen en gedragingen duidelijk maken (Appelbaum & Wohl 2000). Hierdoor kan er collectief van elkaar geleerd worden, zodat medewerkers van de poliklinieken in staat worden gesteld om datgene te creëren wat ze niet beschikken en dynamische vorm van borging bereikt kan worden (ibid.).

Taken en verantwoordelijkheden; wat wordt gestimuleerd?

Binnen de poliklinieken zijn taken en verantwoordelijkheden rondom de toegangstijden verdeeld. Dit geeft medewerkers de ruimte om te verbeteren en te experimenteren (Wijngaarden & de Bont 2006). Daarnaast is, gedurende de projectfase, het verbeteren en ontwikkelen van nieuwe interventies, door het Nolan-model, gestimuleerd (CBO 2004a). Uit de interviews blijkt dat iedereen ervaart dat er ruimte is voor het inbrengen van eigen ideeën. *“Een ander kan best een goed idee hebben, dus daar moet je*

naar willen luisteren” (interview 24-04-2008), aldus een reumatoloog. Hierdoor krijgen bijvoorbeeld de secretaresses de ruimte om met ideeën te komen. Zo stelt een uroloog: “[De secretaresses] moeten met ideeën komen, ik heb geen ideeën” (interview 21-04-2008). Ondanks dat de medewerkers de ruimte krijgen om te kunnen experimenteren en zelf het gevoel hebben dat er ruimte is voor ideeën, blijkt dat zowel op individueel als op collectief niveau de focus niet ligt op het verbeteren van de werkwijzen en/of het uitproberen van nieuwe werkwijzen, aangezien er geen drastische verbeteringen van de maatregelen en/of nieuwe maatregelen ingevoerd zijn (paragraaf 5.2). Na het project is binnen de poliklinieken orthopedie en reumatologie een keer de telefonische bereikbaarheid gemeten, naar aanleiding van de ziekenhuismetingen en klachten van patiënten. Hierbij is achterhaald waar de piekuren zitten, om vervolgens op deze uren extra capaciteit in te kunnen zetten. Taakdelegatie is wel een maatregel die na het project binnen alle poliklinieken frequent toegepast is om de rust op de polikliniek te bewaren. Daarnaast hebben een aantal poliklinieken zorginhoudelijke veranderingen doorgevoerd of willen deze gaan realiseren. Maar echte nieuwe maatregelen, die van invloed zijn op de logistiek, zijn na het project op van de poliklinieken weinig tot niet ingevoerd.

Uit paragraaf 5.3 is gebleken dat binnen de poliklinieken de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden omtrent signaleren en aansturen anderen niet stimuleert om te leren, maar wel stimuleert om de nieuwe werkwijzen en de zo kort mogelijke toegangstijd vast te houden. De metingen worden door specifieke personen binnen de polikliniek enerzijds gebruikt om medewerkers individueel aan te spreken op hun werkwijze(n) en anderzijds worden ze gebruikt om verbeteringen van de toegangstijd te realiseren door extra capaciteit in te zetten. “Capaciteit is nummer één en ruimte is nummer twee, dat zijn de voornaamste. De rest is maar bijzaak” (interview 21-04-2008), aldus een dermatoloog. Uit meerdere interviews blijkt dat eveneens veel wordt gefocust op reageren. Zo stelt het afdelingshoofd orthopedie: “Het is draaien aan de juiste knoppen” (interview 14-04-2008). De staffunctionaris noemt het zelfs “een trucje” (interview 21-04-2008). Hieruit blijkt dat er mogelijk zonder analyse naar de capaciteit gegrepen wordt (bestaande korte termijn oplossing). Het kan zijn dat er daardoor zelfs geen sprake meer is van *light single loop learning*, en geen leren plaats vindt. Bij het overschrijden van de toegangstijd wordt dan standaard capaciteit ingezet. Door op korte termijn op de toegangstijd te reageren, door extra capaciteit in te zetten, wordt flexibiliteit van de medewerkers gestimuleerd. Tevens blijkt dat het goed functioneren van de poliklinieken niet direct uitnodigt om continu te willen verbeteren. De kwaliteitsfunctionaris orthopedie stelt dit het meest treffend: “Het kan altijd nog beter. Maar ja, nu is het allemaal tot ieders tevredenheid” (interview 14-04-2008). Daarnaast blijkt uit de interviews dat er ook geen tijd is om altijd maar bezig te zijn met continu verbeteren. Hierdoor wordt de dynamische vorm van borging waarschijnlijk onmogelijk of onbereikbaar, maar deze vorm lijkt voor de borging van project WZW ook niet persé noodzakelijk.

In een onderzoek van Ferlie & Shortell (2001) wordt aangegeven dat zelfmanagement van belang is om verantwoordelijkheidsgevoel te creëren, zodat veranderingen steeds verbeterd en vernieuwd kunnen worden. Dit impliceert realisatie van de dynamische vorm van borging. Uit dit onderzoek blijkt dat decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden binnen de polikliniek niet stimuleert om

continu te verbeteren en te experimenteren, zoals voor de dynamische vorm van borging van belang is. Daarnaast is er ook niet altijd tijd en energie om hier mee bezig te zijn. De verdeling van de taken en verantwoordelijkheden naar verschillende disciplines blijkt wel positief bij te dragen aan de statische vorm van borging, doordat de medewerkers elkaar controleren op het handhaven van de werkwijze en elkaar helpen bij het kunnen uitvoeren van de (nieuwe) werkwijzen (paragraaf 5.3). Hierdoor zijn de poliklinieken in staat om de toegangstijden en de nieuwe werkwijzen te verankeren.

Naast de decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden naar de verschillende disciplines binnen de poliklinieken blijkt dat facilitatie door het ziekenhuis van invloed is op het vasthouden van de nieuwe werkwijzen en het continu kunnen doorvoeren van eventuele verbeteringen. Narine & Persaud (2003) stellen dat het scheppen van de juiste randvoorwaarden door het management ervoor kan zorgen dat medewerkers van elkaar kunnen leren. Dit blijkt tevens van belang te zijn voor het kunnen realiseren van de verschillende vormen van borging. Zoals uit paragraaf 5.3 is gebleken zijn onderhandelingen met het topmanagement over de randvoorwaarden om te kunnen verbeteren als het gaat om de toegangstijden niet eenvoudig te realiseren. Dit kan er voor zorgen dat de dynamische vorm van borging niet gerealiseerd wordt. Daarnaast kan het onvoldoende aanwezig zijn van de juiste randvoorwaarden tevens van invloed zijn op de statische vorm van borging. Het voldoende faciliteren van capaciteit door het ziekenhuis, wordt door alle poliklinieken als noodzakelijk geacht om de toegangstijden vast te kunnen houden. Een dermatoloog stelt dit het meest treffend: *“Als je de capaciteit niet hebt, dan kun je ook niet flexibel zijn”* (interview 21-04-2008). Dit wordt duidelijk uit het volgende citaat: *“We gaan ons concentreren op de spreekuren en als de bereikbaarheid daardoor afneemt, dan sturen ze maar meer personeel* (interview 21-04-2008), aldus de teamleidster dermatologie. Daarnaast worden de poliklinieken, vanwege bezuinigingsrondes in het ziekenhuis, soms gedwongen om veranderingen aan te brengen. Maar deze veranderingen blijken niet altijd tot een verbetering te leiden. Mogelijk stimuleert het (gevoelsmatig)ontbreken van onvoldoende facilitatie door het ziekenhuis continu verbeteren niet, ondanks dat er sprake is van decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden naar de poliklinieken en binnen de poliklinieken. Het effect zou op den duur kunnen zijn dat de “rek” eruit gaat op de poliklinieken en medewerkers gedemotiveerd raken, omdat ze het gevoel hebben er binnen de organisatie alleen voor te staan als het gaat om het blijven vasthouden van de nieuwe werkwijzen en het realiseren van eventuele verbeteringen, met het risico dat ook de statische vorm van borging dan als nog verloren gaat.

Leervaardigheden

Leervaardigheden zijn aanwezig om de meetgegevens te kunnen interpreteren. Weggelaar e.a. (2007) stellen dat deze vaardigheden waarschijnlijk door het technische aspect eenvoudig over te dragen zijn. Deze leervaardigheden zijn van belang om de toegangstijd statisch te kunnen borgen. Opvallend is dat de meetgegevens niet meer met iedereen besproken worden, maar dat lijkt ook niet eenvoudig te realiseren zoals uit het volgende citaat van de medisch secretaresse reumatologie blijkt: *“(…) Je hebt heel vaak een specialist die graag de boventoon voert”* (interview 25-04-2008). Dit kan het gezamenlijk analyseren en interpreteren vervolgens in de weg staan, aangezien één persoon

voornamelijk gericht is op het zenden van informatie. Maar het niet realiseren van een dialoog kan er tevens voor zorgen dat er helemaal geen informatie meer uitgewisseld wordt, zoals blijkt uit het volgende citaat van de teamleidster dermatologie: *“Dan probeer je aan te geven: de patiënt is ook veranderd en de controles zijn toegenomen. Maar dan krijg je mwah, mwah. Nou ja, klaar. Dan ben ik ook klaar, want dan is er geen dialoog en dan houdt het op hè”* (interview 21-04-2008). Een reden waarom geen gezamenlijk dialoog ontstaat kan gelegen zijn in het feit dat deze competenties en capaciteiten niet eenvoudig aan te leren en over te brengen zijn (Weggelaar e.a. 2007). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Tucker et al. (2001), dat professionals meer gericht zijn op het oplossen van problemen dan het analyseren ervan. Dit kan de realisatie van de dynamische vorm van borging in de weg staan. Het niet voldoende aanwezig zijn van tijd om een gezamenlijk dialoog te kunnen voeren is mogelijk een reden waarom gegevensuitwisseling omtrent de toegangstijden in dit onderzoek één op één plaats vindt. Door de respondenten wordt ervaren dat er op de poliklinieken hard gewerkt moet worden. Een aantal specifieke personen die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie omtrent de toegangstijden hanteren de één op één informatie-uitwisseling om medewerkers betrokken te houden bij de toegangstijden en inzicht te geven in hun werkwijzen. Het inzichtelijk maken van de gevolgen van de ondernomen acties op de toegangstijd wordt, door een aantal respondenten van verschillende poliklinieken, als een effectieve methode gezien om de aandacht op de toegangstijd en de nieuwe werkwijze gevestigd te houden. *“Laten zien hoeveel patiënten je moet annuleren. Het is vol en dan moet je het allemaal verzetten naar twee weken later. Oh ja, dan kom ik wel op mijn vrije dag terug. Heel vaak laten zien hè. In ieder geval zo werkt het bij de artsen”* (interview 14-04-2008), aldus de teamleidster orthopedie. Inzicht geven in de gevolgen van de ondernomen acties zorgt, volgens een reumatoloog, er zelfs voor dat de medewerkers, die minder actief bezig zijn met de toegangstijden, betrokken blijven en de gezamenlijke en individuele verantwoordelijkheid gaan dragen omtrent de toegangstijden. *“(…) Maar eens in de zoveel tijd zul je toch mensen daar op aan moeten spreken”* (interview 23-04-2008), aldus de reumatoloog. Hieruit blijkt dat om de statische vorm van borging te kunnen realiseren het niet noodzakelijk is om een gezamenlijk dialoog te voeren. Eén op één communicatie waarbij informatie uitgewisseld wordt blijkt voldoende te zijn om de (nieuwe) werkwijzen collectief te verankeren. Dit betekent wel dat de personen die aangesproken worden vervolgens wel de nieuwe werkwijze aan moeten willen nemen. Daarnaast dienen de specifieke personen die de taak hebben om medewerkers aan te spreken, inzicht in oorzaak-gevolg relaties te hebben. Inzicht in de verschillende onderdelen van het totale proces zijn van belang om problemen met elkaar op te kunnen lossen (systeemperspectief) (Senge 1992). Wel kan het aanwezig zijn vaardigheden om te discussiëren van belang zijn om de dynamische vorm van borging te kunnen realiseren, maar lijkt voor dit project niet noodzakelijk.

Leercultuur

Gedurende het project werd getracht nieuwe logistieke inzichten met elkaar te realiseren (*double loop learning*). Tevens hebben de leden van de projectgroep met elkaar nieuwe interventies ontwikkeld, die een aansluiting vonden bij de acht samenhangende logistieke principes (*single loop learning optima forma*). Uit paragraaf 5.3 is gebleken dat de aspecten die de respondenten van belang achten

voor het kunnen blijven realiseren van een korte toegangstijd overeenkomsten vertonen met de leercultuur aspecten zoals Wijngaarden & de Bont (2006) stellen. Uit dit onderzoek blijkt eveneens dat de leercultuur aspecten die Wijngaarden & de Bont (2006) van belang achten, niet eenvoudig te realiseren zijn. Een aspect van de leercultuur is dat medewerkers continu met elkaar willen leren. De aanwezigheid van dit aspect leidt mogelijk tot de dynamische vorm van borging, waarin continu verbeteren/ontwikkelen centraal staat (Lawrence et al. 2006). Eerder is uiteengezet, dat niet alle medewerkers gericht zijn op het verzamelen van informatie, zodat continu leren mogelijk niet altijd plaats vindt als het gaat om de toegangstijd. Daarnaast geven de respondenten binnen de poliklinieken aan dat, met name de specialisten, gericht zijn op het oplossen van problemen en niet op het analyseren daarvan. *“Ze zijn erg oplossend, het is daardoor moeilijk om naar een probleem ansich te kijken” (interview 21-04-2008)*. Het gebrek aan tijd blijkt hierbij een belangrijke rol te spelen. Zo stelt de uroloog: *“Dat is ook iets wat de secretaresses oplossen (...). Er wordt niet teveel over gediscussieerd, dat kost alleen maar tijd” (interview 21-04-2008)*. Tevens blijkt uit een onderzoek van Tucker et al. (2001) dat de autonomie van de zorgprofessionals de oorzaak is van het gericht zijn op het oplossen van problemen. Mogelijk beschikken ze hierdoor niet over de capaciteiten om continu collectief te kunnen en willen leren, zoals voor de dynamische vorm van borging van belang is. Daarnaast kan het analyseren van problemen als bedreigend worden ervaren. Analyseren vraagt om (zelf)reflectie (*single loop learning optima forma* en *double loop learning*), waarbij aanpassingen in systemen, structuren en cultuur vaak noodzakelijk zijn (Wierdsma & Swieringa 2002). Het ontwikkelen van een leercultuur blijkt, door de continue focus op leren, verder te gaan dan de bestaande principes en inzichten, waardoor eigen belangen en autonomie in geding kunnen komen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het volgende citaat van de teamleidster dermatologie: *“(...) Dan mag ik niet zeggen wat het beste uitkomt, maar dan wordt gewoon bepaald van die week ben ik er niet. Dat is wel eens jammer (...). Nou ja goed, dan moet je dus een hoop patiënten verplaatsen” (interview 21-04-2008)*. Hieruit blijkt dat medewerkers zichzelf toch hoger in hiërarchie kunnen gaan plaatsen als eigen belangen meespelen. *“Je geeft hem dan wat weken aan, misschien luistert hij er naar” (interview 14-08-2008)*, aldus de teamleidster orthopedie. Duidelijk wordt dat niet iedereen gericht is op continu met elkaar willen leren, maar dat er eveneens niet altijd sprake is van transparantie, gelijkheid en samenwerking.

Ondanks dat op collectief niveau het analyseren van problemen niet tot stand komt blijkt dat dit binnen de poliklinieken op individueel niveau wel eens plaats vindt. Voornamelijk de specifieke personen die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie van de toegangstijden blijken aandacht te hebben voor het inzichtelijk maken van fluctuaties in vraag en het structureel spreiden van vakanties. Zij zijn individueel wel gericht op *single loop learning*, zoals blijkt uit de volgende citaten: *“Ik vind het belangrijk dat er eerst geanalyseerd wordt en dan pas gedaan” (interview 21-04-2008)*, aldus de staffunctionaris. Daarnaast blijkt uit het volgende citaat dat de reumatoloog, die verantwoordelijk is voor de coördinatie omtrent de toegangstijden, mogelijk zelf wel analytisch is: *“Als een aantal dingen zich opstapelen, dan ga je weer eens een aantal dingen nakijken. Als er wat is, dan proberen we dat wel in kaart te brengen. We gaan niet zomaar wat roepen. Bepaalde dokters hebben altijd wel die neiging” (interview 23-04-2008)*. Ondanks dat deze medewerkers individueel wel gericht zijn op het

analyseren van problemen, blijft onduidelijk of hier sprake is van *light*, *medium* of van *optima forma single loop learning*. Niet duidelijk is geworden of na de analyse gegrepen wordt naar een bestaande korte termijn of structurele oplossing of dat er gezocht wordt naar een nieuwe oplossing.

Ondanks dat er analytische medewerkers aanwezig zijn, blijkt dat het inzetten van extra spreekuren om de toegangstijd te verbeteren, als deze te ver opgelopen, een veel ingezette korte termijn reactie is. Vaak vindt deze oplossing na enige lichte analyse plaats, zoals het zoeken naar oorzaken waarom het oploopt. Ondanks dat er enige analyse plaats vindt, is het opvallend dat er gegrepen wordt naar een korte termijn oplossing en niet gezocht wordt naar oplossingen die het probleem in de toekomst kunnen voorkomen. Er vindt hierdoor *light single loop learning* plaats. Hoewel het een korte termijn actie is, blijkt het, binnen de poliklinieken, voldoende te zijn om de toegangstijd weer tot een acceptabel niveau terug te krijgen, waardoor deze statisch geborgd blijft. Hoewel het Nolan-model gedurende de projectfase gericht was op *single loop learning optima forma* is deze optimale vorm niet noodzakelijk voor het bereiken van de statische vorm van borging. Wel blijkt enige analyse nodig te zijn om de statische vorm van borging te kunnen realiseren (*light en medium single loop learning*), zoals gebleken is uit paragraaf 5.2. De veel toegepaste *light single loop learning* zal niet leiden tot de dynamische vorm van borging. Om continu te kunnen verbeteren is naar alle waarschijnlijkheid een hogere vorm van analyse noodzakelijk en daarmee minstens *medium en optima forma single loop learning*. Maar deze beide vormen van *single loop learning* blijken binnen de poliklinieken niet noodzakelijk te zijn geweest om project WZW geborgd te kunnen houden. Weggelaar e.a. (2007) stellen dat om een leercultuur te kunnen ontwikkelen externe prikkels noodzakelijk zijn, die innovatieve acties uitlokken. Dit vraagt in ieder geval om *single loop learning optima forma*. Daarnaast kan *double loop learning* noodzakelijk zijn. Deze vormen van leren lijken van belang bij de realisatie van de dynamische vorm van borging, aangezien het hier gaat om het realiseren van verbeteringen/ontwikkelingen zodat op de turbulente omgeving ingespeeld kan worden (Lawrence et al. 2006). Maar voor de borging van het project zijn deze twee vormen van leren niet noodzakelijk, omdat blijkt dat de poliklinieken niet voldoende externe prikkels ervaren die vragen om continu verbeteren. Daarnaast blijken de medewerkers binnen de poliklinieken tevreden over de (nieuwe) werkwijzen. “*Het kan altijd nog beter. Maar ja, nu is het allemaal tot ieders tevredenheid*” (interview 14-04-2008), aldus de kwaliteitsfunctionaris orthopedie. Tevens stelt de teamleidster dermatologie: “*Kijk, als je nu iedere keer gaat oplopen, dan moet je iets structureels gaan veranderen. We weten nu waardoor het komt. Het is altijd vakantie. Dat is gewoon zo (...). Dan vang je het op door wat extra spreekuur te draaien. Ja, dan probeer je het zo een beetje te doen*” (interview 21-04-2008). Mogelijk is het ontbreken van voldoende externe prikkels die vragen om nieuwe verbeteringen één van de redenen dat ervoor zorgt dat *single loop learning optima forma* niet toegepast wordt en er geen leercultuur tot stand komt, waardoor de dynamische vorm van borging niet wordt gerealiseerd. Er zijn mogelijk onvoldoende externe prikkels die continue verbeteringen uitlokken, waardoor een lagere vorm van *single loop learning* kan volstaan en hiermee de statische vorm van borging gerealiseerd blijft.

Zoals eerder uiteengezet kan degene die de coördinatie heeft omtrent de toegangstijd door het aanspreken van specialisten zorg dragen dat er extra spreekuren ingezet worden (na geen of een lichte analyse) als de toegangstijden te ver oplopen. Hierdoor kan weer een reductie van de toegangstijd worden gerealiseerd. Deze persoon blijkt hieromtrent vertrouwen te genieten, ondanks dat niet alle informatie met iedereen gedeeld wordt. Hierdoor wordt het inzetten van extra spreekuren voor de medewerkers mogelijk meer routine dan een discutabel onderwerp. Dit draagt bij aan de statische vorm van borging, aangezien een aantal medewerkers continu gericht is op het handhaven van de toegangstijden en de medewerkers bereid zijn om extra spreekuur te draaien. Hieruit blijkt dat zolang externe prikkels dit toestaan er geen hogere vormen van leren en collectief leren noodzakelijk zijn om de toegangstijden statisch te kunnen borgen. Onduidelijk blijft of de medewerkers bereid zijn om collectief te leren als externe prikkels hier wel om vragen en welke invloed dit zal hebben op de borging van project WZW.

5.5.2 Motivatie en flexibiliteit

Het realiseren van bovenstaande randvoorwaarden om collectief te kunnen leren kan niet zonder de motivatie en de flexibiliteit van de werknemers. Tevens blijken motivatie en flexibiliteit belangrijke borgingsfactoren voor project WZW.

Motivatie

Bij het laag kunnen houden van de toegangstijd en het hanteren van de principes blijkt de menselijke factor een belangrijke rol te spelen. Tijdens het project blijkt het terugdringen van toegangstijd als gevolg van de nieuwe werkwijze van belang te zijn geweest bij de borging. Dit heeft motivatie weten te bewerkstelligen. Een specialist binnen de polikliniek dermatologie zegt hier bijvoorbeeld het volgende over: *“Over het algemeen merkte de groep dat het een enorme verbetering was en die zijn ook wel genegen om het te continueren” (interview 21-04-2008)*. Op dit moment blijkt de rust, in de term van werkdruk, die een korte toegangstijd op de poliklinieken teweeg brengt de belangrijkste motivator om de nieuwe werkwijze te borgen. Dit blijkt bijvoorbeeld binnen de polikliniek reumatologie heel duidelijk: *“Wanneer ze beginnen te mopperen? Als er allerlei telefoontjes van huisartsen doorverbonden worden omdat er een plekje gezocht moet worden (...) Daar hebben ze een hekel aan, aan al die telefoontjes” (23-04-2008)*, aldus een specialist. Hieruit blijkt dat de onrust die het oplopen van de toegangstijd binnen de poliklinieken creëert, *sence of urgency* veroorzaakt in de zin van het willen blijven streven naar een lage toegangstijd. Binnen de poliklinieken blijkt dat het gevoel van onrust en daarmee het verlies van grip op de toegangstijd het meest ervaren wordt door de medewerkers in het primaire proces. Het lijkt dat het gevoel, in de term van werkdruk, hier een rol in speelt. Medewerkers in het primaire proces zullen snel de gevolgen van de oplopende toegangstijden merken, zoals uit het volgende citaat blijkt: *“Ze hebben in toenemende mate de positieve resultaten ervaren en snappen zelf ook dat ze daar wat mee moeten” (interview 23-04-2008)*, aldus een reumatoloog.

Mogelijk is het gevoel alleen niet voldoende. Van belang wordt bijvoorbeeld geacht dat de specialist zich wil én blijft inzetten om de nieuwe werkwijze aan te leren dan wel te borgen. Een

centrummanager van de polikliniek urologie stelt het volgende: *“Specialisten moeten wel willen. Als ze niet bereid zijn, lukt het niet”* (interview 21-04-2008). De centrummanager stelt tevens dat enige aansturing om de specialisten te motiveren van belang kan zijn: *“Voor sommige is de nieuwe werkwijze routine, anderen moeten er regelmatig aan herinnerd worden”* (interview 21-04-2008). Uit de interviews blijkt dat binnen elke polikliniek het onderscheid te maken valt tussen specialisten die zonder nadenken de werkwijze toepassen en specialisten die er vaker aan herinnerd moeten worden. De ene specialist lijkt hierdoor over meer intrinsieke motivatie te beschikken om de nieuwe werkwijze vast te (willen) houden dan de andere specialist. Naast intrinsieke motivatie bij deze groep blijft extrinsieke motivatie in de trant van blijven meten, aanspreken en communiceren, zoals eerder uiteengezet, om iedereen gemotiveerd te houden, binnen alle poliklinieken van belang.

Om borging en verspreiding van project WZW te kunnen bewerkstelligen blijkt, zoals eerder is beschreven, het aanwezig zijn van kartrekkende specialisten van belang. Uit de interviews blijkt dat zij over de meeste intrinsieke motivatie beschikken om taken en verantwoordelijkheden omtrent de toegangstijden op zich te nemen. Zij zijn bijvoorbeeld degene die zo nu en dan voordrachten houden omtrent project WZW in het ziekenhuis en daarbuiten. Overigens blijft binnen dit onderzoek onduidelijk of niet kartrekkende specialisten over minder intrinsieke motivatie en kennis beschikken, waardoor borging van het project mogelijk niet meer gerealiseerd wordt als kartrekkende specialisten uit de organisatie vertrekken. Dit vraagt dan mogelijk om flexibiliteit van de andere medewerkers.

Flexibiliteit

Naast motivatie blijkt ook flexibiliteit van belang bij het vast kunnen houden van lage toegangstijden. Flexibiliteit kan gecreëerd worden door ervoor te zorgen dat er voldoende capaciteit aanwezig is, zoals blijkt uit het volgende citaat: *“We werken nu zelfs met zes man. Iedereen heeft nu een vrije dag, dus als je wilt kun je mensen ertoe aanzetten om op hun vrije dag te komen. Als je dan de poli los gooit, dan kun je zo heel veel plekken vullen”* (interview 14-04-2008). Maar flexibiliteit wordt door de respondenten vooral omschreven als de bereidheid om extra spreekuren te willen draaien op vrije dagen en spreekuren van elkaar over willen nemen, zodat de toegangstijden terug gedrongen kunnen worden. Opvallend daarentegen is dat in het onderzoek blijkt dat de stijging van de toegangstijd in sterke mate veroorzaakt wordt door de afwezigheid van de specialisten. Hierdoor zou van hen dan ook de flexibiliteit “geëist” mogen zodat de nieuwe werkwijze geborgd blijft. Maar bij het te ver laten oplopen van de toegangstijden is niet alleen de flexibiliteit van de specialisten om op hun vrije dag te komen werken van belang, ook flexibiliteit van de medewerkers van de poliklinieken is dan noodzakelijk. Binnen de polikliniek orthopedie wordt dit steeds meer cultuur. Zo stelt een managementlid: *“De flexibiliteit in de uren van de secretaresses is een nieuwe methodiek die we steeds meer gaan toepassen”* (interview 14-04-2008). Dit houdt in dat men daardoor ad hoc steeds vaker dingen met elkaar moet gaan oplossen, wat vervolgens flexibiliteit vereist.

5.5.3 Conclusie

Ondanks dat niet alle randvoorwaarden voor collectief leren aanwezig zijn, zoals gezamenlijk overleg en het uitwisselen van persoonlijke kennis en ervaringen, zijn de wel aanwezige randvoorwaarden voldoende om project WZW statisch te kunnen borgen. Op individueel niveau leren in plaats van op collectief niveau is hiervoor voldoende. De aanwezige collectieve randvoorwaarden om te leren dragen binnen de poliklinieken bij aan het controleren van de toegangstijden en de nieuwe werkwijzen, wat van belang blijkt te zijn om de gerealiseerde statische vorm van borging te kunnen behouden. Minder aandacht is er binnen de poliklinieken voor leren. Het inzetten van extra capaciteit na een lichte analyse is een veel gehanteerde korte termijn oplossing om de toegangstijd te kunnen reduceren (*light single loop learning*). Het reageren naar aanleiding van de toegangstijd is hierdoor prominenter aanwezig dan het leren ervan, maar blijkt voldoende voor de statische vorm van borging. Naast het gedeeltelijk aanwezig zijn van de collectieve randvoorwaarden om te kunnen leren en het aanwezig zijn van *light single loop learning* hangt het statische geborgd kunnen houden van project WZW tevens samen met de motivatie en de flexibiliteit van de medewerkers.

6. Conclusie

Dit hoofdstuk beslaat de conclusie van het onderzoek. De onderzoeksvraag en de deelvragen zullen beantwoord worden.

6.1 Onderzoeksvraag en deelvragen

De onderzoeksvraag waaruit dit onderzoek vertrok en tevens richting gaf aan het onderzoek luidde:

“Welke rol speelt leren bij borging van het project ‘Werken Zonder Wachtlijst’?”

Door een antwoord te geven op de onderstaande deelvragen zal de onderzoeksvraag beantwoordt worden.

Wat is borging?

Literatuuronderzoek heeft inzichtelijk gemaakt dat borging niet als een concept met één betekenis gezien kan worden. Meerdere perspectieven op borging zijn te onderscheiden. Het statische perspectief omvat borging als het verankeren van de nieuwe werkwijze in de organisatie of het individu en wordt daardoor als het eindpunt van de implementatie van de verandering gezien (Grol & Wensing). Het dynamische perspectief omvat borging niet alleen als een verankering in de organisatie en individu, maar tevens het in staat zijn om continue te verbeteren en door te kunnen veranderen waardoor borging het resultaat is van een cyclisch proces (Lawrence et.al.). Op deze manier zijn organisaties in staat om op de turbulente omgeving in te springen, zodat men lange termijn successen kan behalen (ibid.).

Welke factoren spelen een rol bij borging?

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat, ondanks de verschillende perspectieven op borging, er overeenkomstige factoren te onderscheiden zijn. Een haalbare *visie* en meetbare *doelen* geven houvast en creëren betrokkenheid (Schouten). Dit vraagt om *motivatie* van de medewerkers om de nieuwe werkwijze aan te willen leren, te willen vast houden en door te veranderen (Schouten). Hierbij is *feedback* belangrijk om medewerkers gemotiveerd te houden (Roe), aangezien medewerkers hierdoor inzicht krijgen in de gevolgen van hun werkwijze (Miller). Het realiseren van feedback vraagt om *ondersteunende organisatiestructuren* en zijn van belang om daadwerkelijk tot borging van de verandering te komen (Miller). Borging van een verandering vraagt tevens om een *positieve organisatie (verbeter)cultuur*, waarin medewerkers een nieuwe werkwijze aan willen nemen en deze willen behouden (Schouten) dan wel willen verbeteren en door willen ontwikkelen (Øvretveit). *Leiders* en *kartrekkers* worden hierbij van belang geacht, omdat zij als voorbeeld kunnen dienen voor de overige medewerkers en daarmee de medewerkers kunnen motiveren (Miller).

Welke rol speelt leren bij borging?

Leren is een belangrijke factor voor borging, aangezien door te leren normale gedragingen veranderd kunnen worden (Grol & Grimshaw). Om dit te kunnen realiseren is kennis nodig (Weggeman). Kennis kan worden onderverdeeld in expliciete kennis (vastgelegd in protocollen, richtlijnen e.d.) of impliciete kennis (de vaardigheden en attitudes die een persoon bezit) (Walburg et al.). Het uitwisselen van kennis is van belang om de cirkel van verbeteren en ontwikkelen te borgen. Dit vraagt naast individueel leren om collectief leren. Om collectief leren te kunnen realiseren worden de volgende randvoorwaarden van belang geacht (Wijngaarden & de Bont): een gedeeld(e) doel/visie, procedures voor het tot stand brengen van informatie over de behaalde resultaten, communicatiekanalen, decentraliseren van taken en verantwoordelijkheden, stimuleren van innovaties en verbeteringen, leervaardigheden en een leercultuur. Geconcludeerd is dat deze randvoorwaarden overeenkomsten vertonen met de borgingsfactoren en hierdoor mogelijk een belangrijke rol bij borging kunnen spelen. Dit kan tevens geconcludeerd worden voor de verschillende vormen van leren. *Single loop learning* is oplossen van bekende problemen (Wikipedia). Dit kan gerealiseerd worden door het verbeteren van de regels die in de organisatie aanwezig zijn, zodat deze fouten in toekomst voorkomen kunnen worden (Wierdsma & Swieringa). *Double loop learning* reflecteert op de achterliggende theorieën van de bestaande principes en inzichten. Hierdoor kunnen onbekende problemen opgelost worden, doordat er nieuwe theorieën worden ontwikkeld (Wikipedia). Uit het literatuuronderzoek is geconcludeerd dat na de implementatie van project WZW *single loop learning* mogelijk voldoende is om de statische vorm van borging te realiseren. De dynamische vorm van borging vraagt mogelijk om *single loop* en *double loop learning*.

Wat houdt 'Werken Zonder Wachttijst' in?

'Werken Zonder Wachttijst' is een project waarin het reduceren van de toegangstijden tot de polikliniek centraal staat. Door het hanteren van acht logistieke principes wordt getracht een andere werkwijze en denkwijze neer te leggen in de organisaties (CBO). Om dit te kunnen realiseren is gedurende de implementatie aandacht geweest voor het in teamverband meten, analyseren en interpreteren van de huidige situatie en de gewenste toekomstige situatie. Het Nolan-model is gehanteerd om snel aan te slag te gaan met de nieuwe interventies. De bedoeling van project WZW was deze methodiek te borgen, zodat medewerkers na het project tevens over de vaardigheden beschikken om door te verbeteren en te veranderen (CBO).

Welke factoren spelen een rol bij borging van project 'Werken Zonder Wachttijst'?

Om de toegangstijden zo kort mogelijk te houden en de principes/maatregelen zoveel mogelijk te kunnen verankeren zijn de volgende specifieke beïnvloedende WZW borgingsfactoren te onderscheiden: onafhankelijk/afhankelijk specialisme, motivatie, flexibiliteit en externe omgevingsinvloeden. Hoe onafhankelijker een specialisme van andere afdelingen/specialismen is, hoe hoger de kans is op het kunnen realiseren van een korte toegangstijd. Lange toegangstijden bij andere afdelingen/specialismen werken demotiverend om de eigen toegangstijden laag te houden, aangezien de patiënten na het polikliniekbezoek niet door kunnen stromen. Om een betere

doorstroom van de patiënt te kunnen realiseren speelt druk vanuit het top management een belangrijke rol. Het aanwezig zijn van een gedragen meetbaar doel (de toegangstijd) is van belang om de statische vorm van borging te kunnen realiseren. Motivatie van de medewerkers is hierbij noodzakelijk om de nieuwe werkwijze te willen vasthouden. Het voelen van onrust (verhoging werkdruk door een oplopende toegangstijd) kan een *sence of urgency* creëren om te willen blijven streven naar een lage toegangstijd. Maar het blijkt dat niet iedereen de wil heeft om altijd een zo laag mogelijke toegangstijd te willen realiseren. Kartrekkende specialisten zijn van belang om hun collegae gemotiveerd te houden bij de borging van de nieuwe werkwijzen. Daarnaast vraagt borging van project WZW om flexibiliteit van alle medewerkers op de werkvloer. Flexibiliteit is noodzakelijk om ad hoc problemen met elkaar op te kunnen lossen zoals het inzetten van extra spreekuren en met elkaar overnemen van taken, zodat de toegangstijden niet te ver oplopen. Tot slot zijn externe omgevingsinvloeden van invloed op de borging van het project WZW. Externe omgevingsinvloeden die conflicteren met de bestaande inzichten en principes van het project WZW kunnen ervoor zorgen dat principes/maatregelen “gedwongen” los gelaten worden.

Welke rol speelt leren in deze?

Binnen de poliklinieken is geen *gedeeld doel* aanwezig omtrent de toekomstige situatie, maar wel staat een meetbaar gedragen doel centraal, namelijk het in stand houden van een zo kort mogelijke toegangstijd door binnen de acceptabele marges te blijven. Dit gedragen doel draagt bij tot de statische vorm van borging. Het leidt niet tot de dynamische vorm van borging of tot een collectief leerproces, aangezien het continu verbeteren van dit doel niet binnen de poliklinieken centraal staat.

Procedures om informatie over prestaties te genereren worden binnen de poliklinieken voornamelijk ingezet om meetgegevens over de toegangstijd te verzamelen. Deze meetprocedures zijn grotendeels hetzelfde als in de projectfase. Weinig tot geen aandacht is er voor het verzamelen van persoonlijke ervaringen en kennis. Maar de aandacht voor het continu meten van de toegangstijd zorgt ervoor dat de aandacht rondom de toegangstijd niet verslapt en is voldoende om de gerealiseerde statische vorm van borging te handhaven. Opvallend is dat de meetprocedures niet per definitie leiden tot collectief leren, maar eerder tot individueel leren. De personen die signaleren of anderen aanspreken omtrent de toegangstijden verzamelen de meetgegevens. Het blijkt dat niet alle medewerkers behoefte hebben om de meetgegevens te verzamelen.

Communicatiekanalen, zoals groepscommunicatie, waardoor persoonlijke ervaringen en kennis kunnen worden uitgewisseld waardoor er collectief kan worden geleerd is weinig tot niet aanwezig binnen en tussen de poliklinieken. Email wordt als belangrijkste communicatiekanaal ingezet om de meetgegevens omtrent de toegangstijd en de oorzaken van het teveel oplopen van de toegangstijd uit te kunnen wisselen. Informatie-uitwisseling via email en de één op één communicatie (informele overlegstructuren) bij het te ver oplopen van de toegangstijden of het niet hanteren van de werkwijzen wordt ingezet om de fouten te herstellen. De inzet van deze communicatiekanalen dragen bij aan de statische vorm van borging.

Taken en verantwoordelijkheden omtrent de coördinatie van de toegangstijden worden door het ziekenhuis volledig neergelegd bij de poliklinieken. Binnen de poliklinieken is er sprake van

decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden. Hoewel dit wel aanwezig is stimuleert dit niet tot experimenteren op collectief niveau, alsook het niet frequent experimenteren op individueel niveau. Taakdelegatie binnen de polikliniek betreffende signaleren en aanspreken/sturen is van belang om anderen te stimuleren om de toegangstijden zo kort mogelijk te houden, vaak door het inzetten van extra spreekuren. Hierdoor wordt vast houden van een zo laag mogelijke toegangstijd en flexibiliteit van de medewerkers gestimuleerd. Om dit bij specialisten te kunnen realiseren zijn kartrekkende specialisten van belang. Zij kunnen collegae overtuigen om een nieuwe werkwijze(n) aan te nemen of het nut laten inzien van het inzetten van een extra spreekuur. Dit alles is van belang om de gerealiseerde statische vorm van borging te kunnen handhaven. Ondanks dat de medewerkers de ruimte krijgen om te experimenteren, ontbreekt het waarschijnlijk aan tijd om niet continu te kunnen verbeteren. Daarnaast worden door de poliklinieken niet altijd voldoende gefaciliteerd. Door bezuinigingsrondes worden soms verbeteringen doorgevoerd, die niet altijd een verbetering zijn.

Leervaardigheden die van belang zijn om gezamenlijke analyses en interpretaties mogelijk te maken zijn niet eenvoudig te realiseren. Gezamenlijke dialogen en discussie omtrent de meetgegevens ontbreken hierdoor grotendeels op de poliklinieken. Voor de statische vorm van borging is het niet noodzakelijk om gezamenlijke dialogen te voeren. Eén op één communicatie waarbij informatie wordt uitgewisseld is voldoende om het project collectief te verankeren. Van belang hierbij is dat personen binnen de polikliniek aanwezig zijn die de meetgegevens kunnen interpreteren en inzicht hebben in oorzaak-gevolg relaties. Daarnaast moeten ze in staat zijn om medewerkers op hun werkwijze aan te spreken.

Ondanks dat binnen de poliklinieken *leercultuur aspecten* aanwezig zijn zoals aanspreekbaarheid, waardering, gelijkwaardigheid en bereidheid is er niet echt een leercultuur binnen de poliklinieken te onderscheiden. Niet iedereen beschikt over de capaciteiten (analytisch vermogen) om de informatie te kunnen delen. Daarnaast zorgt het (waarschijnlijke) gebrek aan tijd en de tevredenheid over de werkwijze ervoor dat de medewerkers niet continu met elkaar kunnen en/of willen leren. Het continu met elkaar leren en verbeteren is niet noodzakelijk om het project statisch geborgd te houden.

Binnen de poliklinieken vindt geen *double loop learning* meer plaats. *Single loop learning (optima forma)* wordt eveneens weinig/tot niet toegepast. Binnen *single loop learning* is binnen de poliklinieken betreffende WZW een gelaagdheid te onderscheiden. Soms wordt bij bekende problemen na een analyse dezelfde oplossing ingezet, die ook het probleem op langere termijn oplost (*medium single loop learning*), zoals het inzetten van extra secretaresses tijdens piekuren. Het inzetten van extra capaciteit na een lichte analyse (op individueel niveau) is een veel toegepaste korte termijn oplossing (*light single loop learning*). Deze laatste vorm van leren blijkt voldoende te zijn om de toegangstijd weer tot een acceptabel niveau terug te krijgen en de medewerkers te attenderen op de eventuele los gelaten werkwijze en speelt daarmee een belangrijke rol bij het statisch geborgd houden van project WZW. Om dit te kunnen realiseren zijn leercultuur aspecten van belang zoals aanspreekbaarheid, bereidheid en gelijkwaardigheid.

Tot slot is het *on-the-job* inwerken van nieuwe medewerkers, waarbij het aanleren van vaardigheden en maatregelen die van belang zijn voor de toegangstijd centraal staan, voldoende om het project statisch te borgen binnen de poliklinieken zolang de medewerkers die deel hebben genomen aan het project nog aanwezig zijn binnen de poliklinieken.

Kortom: uit dit onderzoek blijkt dat het bewaken van de toegangstijd en de nieuwe werkwijzen een prominenter rol spelen bij het statisch borgen van het project WZW dan het mechanisme leren. Daarnaast vertrok dit onderzoek vanuit het ideaal perspectief van collectief leren om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Dit ideaal perspectief blijkt binnen alle vier de poliklinieken niet aanwezig te zijn. Aan de randvoorwaarden om collectief te kunnen leren wordt slechts gedeeltelijk voldaan. Gezamenlijk leren door dialoog en discussie, waarbij persoonlijke ervaringen worden uitgewisseld, krijgt weinig aandacht en is niet noodzakelijk om het project statisch te borgen. Het aanwezig zijn van het gedragen doel, het verzamelen van meetgegevens omtrent de toegangstijd, uitwisselen van de meetgegevens via de email, op individueel niveau over de vaardigheden beschikken om deze gegevens te interpreteren en het inzetten van één op één communicatie om medewerkers extra spreekuren te laten draaien als de toegangstijden te ver oplopen of om hen te wijzen op hun fouten (feedback) is voldoende om het project statisch te borgen. Om dit te kunnen realiseren volstaat *light single loop learning* te weten het inzetten van een bestaande korte oplossing na een lichte analyse. De focus op de korte termijn oplossing, extra spreekuren inzetten, maakt het vasthouden van de acceptabele toegangstijd en de nieuwe werkwijzen mogelijk. Dit alles is voldoende om de statische vorm van borging te kunnen realiseren, mits er signalerende en aansturende personen als ook kartrekkende specialisten aanwezig zijn, de overige medewerkers gemotiveerd en flexibel zijn om extra spreekuur te willen draaien en zoveel mogelijk de (nieuwe) werkwijzen willen vasthouden en, tot slot, het ziekenhuis en de externe omgeving niet om drastische structurele verbeteringen vragen.

7. Discussie

Dit hoofdstuk geeft een beschouwing op de resultaten. Tevens bevat het een reflectie op de gehanteerde methoden van het onderzoek, de gebruikte theorie en project WZW. Het hoofdstuk zal eindigen met aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.

7.1 Algemene reflectie

In dit onderzoek zijn inzichten verkregen in de borging van project WZW. Deze inzichten kunnen als waardevol aangemerkt worden. Ze kunnen gebruikt worden bij de verdere implementatie en borging van project WZW. Tevens zijn de inzichten toe te passen op andere (Doorbraak)projecten die geïmplementeerd en geborgd dienen te worden. Daarnaast kunnen de resultaten van dit onderzoek gebruikt worden voor vervolgstudies, aangezien er nog niet veel onderzoek naar borging van veranderingen in relatie tot het mechanisme *leren* is gedaan.

7.2 Reflectie op de methodologie en de resultaten

De borging van project WZW is middels kwalitatief onderzoek onderzocht. Hieronder wordt een reflectie gegeven op de gehanteerde methodologie.

7.2.1 Kwantitatieve gegevens

Het doel van de kwantitatieve gegevens was inzicht geven in de duurzaamheid van de gerealiseerde toegangstijd van de poliklinieken en het afvinken van de WZW aspecten (principes en maatregelen). Door het gebruik van deze gegevens kon in kaart gebracht worden wat er binnen de poliklinieken geborgd is. Om de duurzaamheid van de gerealiseerde toegangstijden zo betrouwbaar mogelijk te kunnen bepalen zijn de metingen van januari 2008 tot en met de periode van de interviews gehanteerd. Op deze manier zijn fluctuaties zoveel mogelijk uitgesloten. De metingen in combinatie met de aanwezige WZW aspecten op de polikliniek, maakte in combinatie met het kwalitatieve onderzoek, een verdiepend inzicht mogelijk. Het waarom achter de toegangstijd en de principes kon op deze manier uiteengezet worden.

7.2.2 Kwalitatieve deel van het onderzoek

Betrouwbaarheid en validiteit

Om betrouwbare en valide uitspraken in een kwalitatief onderzoek mogelijk te maken is het van belang dat de methodieken die dit kunnen realiseren, gehanteerd worden. De in hoofdstuk drie beschreven criteria, die de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek verhogen, zijn ook uitgevoerd. Respondenten-triangulatie, databronnen-triangulatie en methode-triangulatie hebben het mogelijk gemaakt om vanuit verschillende invalshoeken naar borging van project WZW te kijken. Overeenkomsten en verschillen tussen de respondenten en de poliklinieken kon op deze manier inzichtelijk worden gemaakt.

Ondanks dat er veel sterke punten te benoemen zijn omtrent de methodologie en de resultaten zijn, er tevens een aantal zwakke punten te onderscheiden die mogelijk de resultaten hebben beïnvloed.

Het CBO-document van de geïnccludeerde poliklinieken, die informatie bevat over het project op de poliklinieken destijds, heeft meer als achtergrond informatie gediend dan als analyse materiaal. Naast de CBO documenten en de meetgegevens was het voor de afstudeerstudent onmogelijk om notulen van de poliklinieken te bemachtigen. Als argument werd aangehaald dat deze notulen te persoonlijke, niet onderzoeksrelevante, informatie bevatten. Dit betekent dat de uitspraken grotendeels gebaseerd zijn op de interviews. Ondanks dat met de interviews de noodzakelijke verdiepende informatie voor de analyse is verkregen, is het mogelijk dat de antwoorden die gedurende de interviews gegeven zijn een sociale wenselijkheid bevatten. De kans is groter dat dit het geval is geweest binnen de polikliniek orthopedie, aangezien deze interviews door de afstudeerstudent en de destijds betrokken CBO adviseur zijn afgenomen. De gehanteerde semi-gestructureerde vragenlijst heeft er voor kunnen zorgen dat de belangrijkste aspecten gedurende het interview aan bod zijn gekomen. Het gevaar hiervan kan wel zijn geweest dat de respondenten deze vragen wat teveel als sturend hebben ervaren, vooral omdat een aantal respondenten aan gaf veel herhalingen in de vragen te ervaren. Tevens deelde de staffunctionaris mee dat de poliklinieken dermatologie en urologie naar aanleiding van de introductiebrief een beetje het gevoel hadden gekregen dat het onderzoek om een overhoring van het project WZW ging. Dit alles heeft mogelijk de resultaten beïnvloedt, aangezien er bij interviews altijd rekening gehouden moet worden met onder andere vertekening en terughoudendheid (Baarda e.a. 2001). Dit had voorkomen kunnen worden door de interviews aan te vullen met de arbeidsintensievere methode observaties. Hierdoor zou het mogelijk zijn geweest nog meer plausibiliteit rondom de data te realiseren. Doen de respondenten ook daadwerkelijk datgene wat ze zeggen?

Binnen dit onderzoek is er een representatief beeld verkregen van de poliklinieken, aangezien er verschillende medewerkers uit verschillende lagen van de organisatie geïnterviewd zijn. De geïnccludeerde poliklinieken in dit onderzoek zijn allemaal poliklinieken waarbij de verandering als duurzaam aan te merken is. De voornaamste oorzaak waarom dit onderzoek "duurzame" poliklinieken bevat is het tijdsgebrek betreffende de benadering van de poliklinieken. Om deze reden was het onmogelijk voor de aanvang van de interviews een onderverdeling te kunnen maken in slecht, gelijk en beter presterende poliklinieken ten opzichte van de nameting. Een onderscheid hierin had mogelijk tot nog meer verdieping van de materie geleid.

Twee van de dertien respondenten die in dit onderzoek geïnterviewd zijn, hebben niet deelgenomen aan het project WZW. De mogelijkheid bestaat dat de respondenten die destijds deel hebben genomen aan het project zich nog het één en ander van het project weten te herinneren, wat overigens kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden gedurende de interviews. Tevens blijft de mate van borging bij de achterban en de beïnvloedende factoren die hier een rol spelen onduidelijk. De mate van borging en de haar beïnvloedende factoren berust hierdoor grotendeels op veronderstellingen van de geïnterviewde respondenten. Door het houden van groepsinterviews was het mogelijk geweest om wellicht meer inzicht te krijgen in de mate van borging bij de achterban en de bijbehorende beïnvloedende factoren. Voor dit onderzoek waar het mechanisme *leren* in relatie tot

borging centraal staat, hadden groepsinterviews mogelijk bruikbare informatie kunnen opleveren. Groepsinterviews kunnen inzicht geven in de manier waarop kennis/informatie over een bepaald onderwerp in de groep verdeeld is, maar ook de mate van tevredenheid over die kennis/informatie en de omgang hiermee kan achterhaald worden (Green & Thorogood 2004). Echter, bij groepsinterviews is altijd het risico aanwezig dat geen van de groepsleden vrijuit spreekt.

Generaliseerbaarheid van de resultaten

Een nadeel van kwalitatief onderzoek is dat de generalisatie van het onderzoek niet op de voorgrond staat. Jarenlang onderzoek dient plaats te vinden voordat de resultaten generaliseerbaar zijn (Creswell 2003). Toch wordt verondersteld dat de resultaten in dit onderzoek generaliseerbaar zijn, aangezien het een onderzoek binnen verschillende poliklinieken (*cases*) is. Voor dit onderzoek zijn namelijk vier "duurzame" poliklinieken geselecteerd, waarbij het gaat om twee beschouwende en twee snijdende poliklinieken. De borging van het project WZW is binnen deze vier poliklinieken, zoals al eerder beschreven, onderzocht door verschillende respondenten met verschillende functies in het onderzoek te betrekken. Hierdoor was het mogelijk om patronen binnen de polikliniek en tussen de poliklinieken te ontdekken, waarbij aandacht is geweest voor het soort specialisme. Uit het onderzoek blijkt dat binnen alle poliklinieken veel dezelfde beïnvloedende factoren en patronen te herkennen zijn. Tevens vertonen de conclusies die in dit onderzoek zijn gedaan overeenkomsten met de concepten uit het theoretisch kader. Uit dit onderzoek blijkt dat er verschillende aspecten geborgd zijn zoals de toegangstijden en/of de maatregelen/principes, maar bijvoorbeeld niet de kwaliteitsmethode zoals Nolan-model. Dit is lijn met Øvretveit (2008) die stelt dat aan borging verschillend inhoud gegeven kan worden, aangezien er verschillende aspecten van een verandering geborgd kunnen worden.

Zoals in lijn met vele auteurs speelt het aanwezig zijn van een gedragen doel een belangrijke rol bij borging. Meetbare doelen die op korte termijn inzicht geven zijn van belang voor borging, zoals ook door Julian & Kombarakaran (2006), Kotter (1998) en Schouten (2004) worden gesteld. In lijn met Kotter (1998) en Miller (2004) geven deze doelen richting en houvast. Communicatie over een meetbaar doel kan een belangrijke positieve invloed uitoefenen op de motivatie van de medewerkers, zodat borging gerealiseerd kan worden. Tevens speelt het aanwezig zijn van intrinsieke motivatie een belangrijke rol bij borging, zoals eveneens Grol & Wensing (2001) en Senge (1999) stellen. Aanwezigheid van kartrekkende specialisten op de poliklinieken die over intrinsieke motivatie beschikken wordt voor borging van project WZW als cruciaal gezien. Zij zijn degene die een brug kunnen vormen tussen het management en collegae. Tevens heeft binnen de poliklinieken duo aansturing in de vorm van een managementlid en een kartrekkende specialist positieve invloed op borging van het project. Tevens vertonen deze kartrekkende specialisten een voorbeeldfunctie, wat bijdraagt aan het kunnen aanspreken van niet-betrokkenen en het realiseren van borging bij niet-direct betrokkenen. Dit past bij het inzicht van Ferlie & Shortell (2001) en Miller (2004). Zij stellen dat leiderschap op alle niveaus en een voorbeeldfunctie van de leiders en het management van belang is bij borging.

Het blijkt tevens dat binnen de poliklinieken intrinsieke motivatie zijn beperkingen kent en dat het invoeren van de juiste maatregelen medewerkers stimuleert tot borging van de verandering, zoals Grol & Wensing (2001) en Senge (1999) stellen. Binnen de poliklinieken zorgen informele en formele regels, mondelinge en schriftelijke feedback ervoor dat de aandacht omtrent de toegangstijd en de nieuwe werkwijzen niet verslapt. In lijn met Schouten (2004) zijn informeren, communiceren en blijven meten ook in dit onderzoek de kernelementen die voor borging zorgen. Naast *face-to-face* overleggen speelt email een belangrijke rol bij het uitwisselen van de informatie (harde data). Zoals Ferlie & Shortell (2001) en Wijngaarden & de Bont (2006) tevens stellen maken informatietechnologieën het mogelijk dat informatie vastgelegd en onveranderd doorgegeven kan worden.

Binnen de poliklinieken is een cultuur te ontdekken waarbij het voornamelijk gaat om het bereiken van de performance, te weten de toegangstijd. Vaak blijft het bij informatie-uitwisseling. Hierdoor wordt expliciete kennis verzameld en uitgewisseld. In lijn met Walburg et al. (2006) blijkt dat deze kennis eenvoudig overgedragen, zelf aangeleerd en (zelf) getoetst kan worden. Gezamenlijke dialogen blijken na het verdwijnen van het project moeizaam tot stand te komen. Het blijkt dat er niet altijd de tijd is op de poliklinieken om dit te kunnen realiseren. Daarnaast is het niet eenvoudig om specialisten analytisch te laten kijken naar een probleem. In lijn met het onderzoek van Tucker et al. (2001) blijkt dat professionals binnen de gezondheidszorg vaak alleen gericht zijn op het oplossen van problemen en niet het analyseren van de problemen.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het literatuuronderzoek de generaliseerbaarheid van de resultaten mede heeft vergroot. Hoewel naar alle waarschijnlijkheid de resultaten ook voor andere “duurzame” poliklinieken kunnen gelden, zoals hierboven is betoogd, is het wel van belang om in acht te nemen dat het ene specialisme afhankelijker kan zijn van anderen dan het andere specialisme. Daarnaast kan de cultuur die een polikliniek met zich meedraagt van invloed zijn op de mate van borging

7.3 Reflectie op de theorie

Keuze literatuur theoretisch kader

Hierboven is uiteengezet dat de resultaten van dit onderzoek overeenkomsten vertonen met de concepten uit het theoretisch kader. Veel van deze theoretische concepten zijn, ondanks het gebrek aan literatuur over borging van veranderingen, te projecteren op de borging van project WZW. Vanwege het gebrek aan literatuur over borging van veranderingen is tevens literatuur bestudeerd over de implementatie van veranderingen. In deze literatuur vormt borging van de verandering vaak een klein onderdeel, waardoor het toch mogelijk werd om inzicht te krijgen in het borgingsproces. Op basis van de aanwezige literatuur is er een onderscheid gemaakt in auteurs die het meer statische perspectief en auteurs die het meer dynamische perspectief van borging aanhangen. Binnen beide perspectieven was een overeenkomst te onderscheiden wat betreft de beïnvloedende factoren op borging. De meest prominente factoren zijn in dit onderzoek gehanteerd. Dit onderzoek sluit daarom niet uit dat er meerdere factoren van invloed kunnen zijn op beide perspectieven van borging, naast

de factoren die in dit onderzoek beschreven zijn. Het doel van het onderzoek was daarnaast niet gelegen in het inzichtelijk maken van alle factoren die mogelijk van invloed zijn op borging, maar de focus lag daarentegen op het mechanisme *leren* in relatie tot borging. In verband met het ontbreken van literatuur waar de verschillende concepten over leren in verband worden gebracht met (de verschillende vormen van) borging, zijn deze concepten afzonderlijk bestudeert en vervolgens gekoppeld. In de literatuur wordt geen heldere verbinding gelegd tussen de verschillende vormen (statisch versus dynamisch) van borging en de verschillende niveaus (individueel versus collectief) en vormen (*single loop en double loop*) van leren. Uit de resultaten blijkt dat er wel een verbinding is tussen deze concepten.

Aanvullingen theoretisch kader

In hoofdstuk 2 is uiteengezet dat de randvoorwaarden om collectief te kunnen leren overeenkomen met de factoren die van belang zijn om borging te realiseren. Om deze reden is de borging van project WZW aan de hand van deze randvoorwaarden geanalyseerd. Het is gebleken dat de theoretisch optimale randvoorwaarden voor collectief leren niet allemaal aanwezig zijn bij project WZW. Nu statische borging gerealiseerd is, kan gesteld worden dat het genuanceerd inzetten van de randvoorwaarden voor collectief leren hieraan bijdraagt. Deze randvoorwaarden bevatten borgingsfactoren. Ondanks dat een deel van deze randvoorwaarden aanwezig zijn leiden ze niet zo zeer tot collectief leren, maar wel tot individueel leren. Om het project WZW statisch te borgen is het regelmatig met elkaar in dialoog gaan niet nodig als de werkwijzen voldoen. Daarnaast er ook niet altijd voldoende tijd om gezamenlijk de meetgegevens te interpreteren en te analyseren. Maar aandacht voor collectief leren in genuanceerde vorm is van belang voor de statische vorm van borging. Het zou goed mogelijk zijn dat, indien alle theoretisch optimale voorwaarden wel aanwezig waren geweest, de dynamische vorm van borging gerealiseerd had kunnen worden in dit project.

In het theoretisch kader is verondersteld dat om een verandering statische geborgd te kunnen houden *single loop learning* nodig is. Om een verandering dynamisch te kunnen borgen werd *single loop en double loop learning* van belang geacht. In dit onderzoek is geconstateerd dat de huidige gehanteerde definitie van *single loop learning* voor dit project niet voldoende houvast biedt. Er is een gelaagdheid in *single loop learning* geconstateerd die van belang is voor de borging van project WZW. Bij het terugdringen van de toegangstijd tot de polikliniek wordt soms niet(s) geanalyseerd en zonder nadenken naar de bestaande en voorhanden zijnde maatregel, extra capaciteit, gegrepen. In deze situatie is er theoretisch gezien geen sprake van leren. Daarnaast wordt veelvuldig de korte termijn actie extra capaciteit ingezet na een lichte analyse van het probleem, de te ver opgelopen toegangstijd. Er is sprake van *light single loop learning*. Deze lichte analyse draagt naast het reduceren van de toegangstijd bij het aanpreken van medewerkers om de noodzakelijk werkwijze(n) weer te hanteren. Tevens vindt er soms een analyse plaats en wordt er een bestaande maatregel ingezet, die tevens een lange termijn oplossing is, zoals het inzetten van secretaresses tijdens piekuren. Er is dan sprake van *medium single loop learning*. Indien het probleem, de te ver opgelopen toegangstijd geanalyseerd wordt en vervolgens gezocht wordt naar een nieuwe oplossing

binnen de bestaande principes, omdat de eerder gebruikte maatregelen niet meer volstaan, is er sprake van *single loop learning optima forma*.

Het is waarschijnlijk dat indien na project WZW de *single loop learning optima forma* vast was gehouden door gebruik te maken van het Nolan-model de dynamische vorm van borging gerealiseerd had kunnen worden. Vraag is of de realisatie van de dynamische vorm van borging noodzakelijk is voor dit project. Gemeend wordt van niet, omdat met de realisatie van de statische vorm van borging het gedragen doel, het kort houden van de toegangstijd tot de polikliniek behaald wordt. Er is derhalve geen noodzaak voor de dynamische vorm van borging. Dit wordt dan ook niet nagestreefd omdat er simpelweg op de werkvloer een tekort aan tijd is om continu bezig te zijn met verbetering. Opvallend hierin is dat verbeteringen wel vaak op zorginhoudelijk niveau worden gerealiseerd. Het blijkt dat er meer aandacht is voor het zorginhoudelijke aspect van de zorg dan voor het logistieke aspect. Dit inzicht is hoogst waarschijnlijk niet zonder meer door te trekken in andere (Doorbraak)projecten omdat de aandacht voor logistieke aspecten afhankelijk is van de doeltreffendheid van de bestaande, bekende, maatregelen.

De statische vorm van borging vraagt daarmee niet veel leren. Als het uiteindelijke doel het statisch geborgd houden van project WZW is, dan dient er binnen de organisatie/polikliniek niet veel aandacht voor gezamenlijk leren (dialogoog en discussie) te zijn. Het gedachteloos toepassen van maatregelen (geen leren) en aandacht voor de lage vorm van *single loop learning*, te weten *light single loop learning* is (grotendeels) voldoende om dit te kunnen realiseren. Om het project WZW dynamisch te kunnen/willen borgen is het aanwezig zijn van de hoogste vorm van *single loop learning* noodzakelijk. *Single loop learning optima forma* zorgt voor continu verbeteren van de bestaande principes door steeds nieuwe maatregelen in te voeren. Het soms toepassen van *medium single loop learning* is voor beide vormen van borging soms van belang. Binnen de statische vorm van borging kan deze vorm van leren soms voor een structurele oplossing zorgen, maar hoeft niet veel/tot niet aanwezig te zijn om statisch te kunnen borgen. Om dynamisch te kunnen borgen is naast het invoeren van nieuwe interventies eveneens het verbeteren van de bestaande principes van belang. *Double loop learning* is voor de dynamische vorm van borging mogelijk handig, maar niet persé noodzakelijk.

7.4 Reflectie op project WZW

Uit het onderzoek is gebleken dat het succes van project WZW mogelijk ligt in het gestructureerde en meetbare concept. De metingen en principes die gedurende de projectfase aangeleerd zijn worden door de poliklinieken in dit onderzoek als inzichtelijk en tastbaar ervaren. Uit dit onderzoek is gebleken dat er veel nadruk ligt op het meten van de toegangstijd en dat de communicatie grotendeels binnen de polikliniek plaats vindt omtrent de toegangstijden. Het blijkt dat de focus meer op het behalen van de performance ligt en het herstellen van de toegangstijd door extra poliklinieken in te zetten, dan op het kortcyclisch verbeteren en gezamenlijk leren. Hoewel het Doorbraakproject niet alleen gericht is op meten=weten, maar tevens aandacht heeft voor het kortcyclisch verbeteren (*single loop learning (optima forma)*) en leren in teams, blijft onduidelijk op welke methode de nadruk heeft gelegen gedurende de implementatie van het project. Uit de analyse kan opgemaakt worden dat

dit mogelijk meer op het meten van de toegangstijd is geweest dan op de aspecten die leren van en met elkaar bevorderen. De nadruk op meten=weten is mogelijk een oorzaak dat er op de poliklinieken meer gesproken kan worden over de statische vorm dan over de dynamische vorm van borging. Niet vergeten moet worden dat collectief leren mogelijk om een cultuuromslag vraagt. Een dergelijke cultuuromslag duurt vaak jaren. Als de medewerkers niet gewend zijn om een gezamenlijk dialoog aan te gaan over bereikte resultaten, dan zal dat gedurende het project mogelijk niet slagen, omdat de projectfase daar te kort voor is. Focussen op doelen en het oplossen van problemen naar aanleiding van de meetgegevens zijn mogelijk na het project eenvoudiger en sneller te realiseren.

7.5 Aanbevelingen

Met dit onderzoek is beoogd waardevolle inzichten te creëren die toegepast kunnen worden in de praktijk. Daarnaast zijn in paragraaf 7.2 de beperkingen van het onderzoek beschreven. Hieronder worden aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek gedaan.

7.5.1 Praktijk

Juiste afstemming in de zorgketen

In de analyse is betoogd dat er afhankelijke (snijdende) en onafhankelijke (beschouwende) specialismen te onderscheiden zijn. Voor de afhankelijke specialismen wordt de borging in grote mate beïnvloed door de toegangstijden tot bijvoorbeeld de OK en andere diagnostische afdelingen. Het is daarom van belang dat het project WZW niet alleen op de polikliniek wordt geïmplementeerd, maar dat tevens aandacht is voor de gehele zorgketen. Op deze manier kan inzicht worden verkregen in de mate van afhankelijkheid van elkaar. Tevens kunnen de gevolgen van de afzonderlijke handelingen geanalyseerd worden. Dit leidt mogelijk tot een juiste afstemming, waardoor de kans op borging groter wordt. Aanbevolen wordt dat de Raad van Bestuur hier een bepaalde druk op uitoefent. Vrijblijvende deelname zal mogelijk niet tot een optimale afstemming leiden, aangezien niet iedere polikliniek of afdeling het nuttig vindt om deel te nemen en/of een korte toegangstijd te realiseren. Tevens wordt aanbevolen dat per afdeling of polikliniek een specialist, die aanzien binnen de groep heeft en het project aanhangt, mandaat krijgt. Dit maakt het waarschijnlijk eenvoudiger om de collegae specialisten te overtuigen bij de borging van de nieuwe werkwijzen.

(Half) jaarlijkse evaluaties met de medewerkers van de polikliniek

Het project WZW heeft het mogelijk gemaakt om in korte tijd veel veranderingen op de polikliniek te kunnen realiseren. Maar het blijkt dat na project WZW verbeteringen en veranderingen tot stilstand komen of langzamer gaan. De reden hiervoor is dat er weinig tijd aanwezig is om verdere verbeteringen en ontwikkelingen te kunnen realiseren. Om veranderingen vast te kunnen houden, maar tevens om door te kunnen ontwikkelen zouden (half) jaarlijkse evaluaties met in ieder geval de eigen polikliniek en het liefst een jaarlijkse evaluatie met alle poliklinieken uit ziekenhuis een uitkomst kunnen bieden. Op deze manier is het mogelijk om te reflecteren op de werkwijzen en kunnen noodzakelijke verbeteringen worden aangebracht, zodat altijd de statische vorm van borging gerealiseerd zal worden. Tevens raken door de evaluaties de nieuwe medewerkers mogelijk bekender met de nieuwe werkwijzen en de achterliggende theorieën. Tot slot maken gezamenlijke

evaluaties het mogelijk om naast de meetgegevens tevens persoonlijke kennis en ervaringen uit te wisselen. Dit is van belang als toch andere toekomstige structurele oplossingen noodzakelijk zijn.

Inzichten en principes van WZW vastleggen in structuren

Het blijkt dat borging van het project in individuen zit en dat er niks/niet veel van het project vast gelegd is in structuren. Aanbevolen wordt om dit wel te doen. Enkel borging in individuen kan ervoor zorgen dat de kennis omtrent het project uit de organisatie verdwijnt als de medewerkers die deel hebben genomen aan het project uit de organisatie verdwijnen. Om de kennis omtrent de nieuwe werkwijze te behouden is het van belang dat nieuwe medewerkers de inzichten achter bepaalde werkwijzen kunnen achterhalen. Daarnaast kan er naar terug gegrepen worden als blijkt dat de medewerkers de nieuwe werkwijzen los dreigen te laten of in het stadium van onbewust bekwaam komen dat de nieuwe werkwijzen instinctief toegepast kunnen worden. Om het waarom van bepaalde werkwijzen aan anderen over te kunnen dragen kan het vast leggen van de nieuwe werkwijzen in structuren hier aan bij dragen.

Realiseren van duo aansturing binnen de poliklinieken

Het is zo dat de combinatie van een kartrekkende specialist en een aansturend managementlid een belangrijke invloed kan uitoefenen op het in de stand houden van de gerealiseerde statische vorm van borging. Aanbeveling is dan ook dat er naast het aansturende managementlid een kartrekkende specialist op de polikliniek formeel benoemd moet worden als het gaat om de coördinatie van de toegangstijden. Deze kartrekkende specialist dient over voldoende intrinsieke motivatie en leiderschapskwaliteiten te beschikken en enige vorm van analytisch vermogen om samen met het aansturend managementlid de collegae specialisten te kunnen blijven overtuigen van de nieuwe werkwijzen, waarmee gerealiseerde borging gehandhaafd blijft.

Kennis en vaardigheden nieuwe medewerkers

Aanbevolen wordt om nieuwe medewerkers het waarom achter de WZW werkwijzen bij te brengen en niet enkel het gedachteloos leren toepassen van deze werkwijzen. Hierdoor ontstaat er inzicht en kan op basis van gefundeerde argumenten een werkwijze verbeterd worden of juist wel/niet vastgehouden worden. Van belang is namelijk dat alleen effectieve veranderingen worden geborgd (Øvretveit 2008). Nieuwe medewerkers in een organisatie nemen daarnaast weer nieuwe inzichten mee die opgedaan zijn in andere organisaties. Hier voor open staan kan experimenten en innovaties bevorderen.

De randvoorwaarden voor collectief leren gedurende de projectfase van WZW implementeren

Gebleken is dat het gedeeltelijk aanwezig zijn van de randvoorwaarden om collectief te kunnen leren een belangrijke invloed op de borging van het project WZW hebben. Deze randvoorwaarden om collectief leren te kunnen realiseren komen eveneens overeen met de factoren die belangrijk worden gevonden voor borging. Gebleken is dat het gedeeltelijk aanwezig zijn van deze randvoorwaarden de statische vorm van borging kan realiseren. De nadruk ligt hierbij dan meer op het uitwisselen en leren van de expliciete kennis, dan van de impliciete kennis. Mogelijk leidt het volledig aanwezig van deze

randvoorwaarden tot de dynamische vorm van borging, omdat er dan meer aandacht is voor de gezamenlijke dialogen en discussies en hierdoor mogelijk continue verbeteringen eerder “opbloeien”. Aanbevolen wordt gedurende de implementatie van het project WZW deze collectieve randvoorwaarden te implementeren, zodat eveneens aandacht is voor de dynamische vorm van borging.

7.5.2 Vervolgonderzoek

Methoden

De gebruikte methode ‘interviews’ heeft ervoor kunnen zorgen dat de noodzakelijke informatie verkregen is. Eerder is al betoogd dat andere methodes mogelijk meer diepgang en plausibiliteit hadden kunnen realiseren. Voor een vervolgonderzoek omtrent borging wordt aanbevolen om naast interviews ook observaties uit te voeren. Observaties kunnen namelijk aanvullende informatie verschaffen, het blijkt namelijk dat denken en doen niet altijd overeen komen. Dit kan bij borging een belangrijke rol spelen. Als immers een verandering is verankert in het individu, dan kan het zijn dat deze persoon zich niet meer bewust is van de manier van werken en tevens moeite heeft met het uitleggen van het ‘waarom’ van bepaalde handelingen (Chapman 2006). Door observaties kan mogelijk inzicht verkregen worden in wat het effect is van onbewust en bewust gedrag op borging. Tevens wordt verwacht dat observaties op het gebied van leren een belangrijke aanvulling kunnen zijn. Door observaties is mogelijk te achterhalen of de medewerkers wel/niet kortcyclisch verbeterd, hoe de medewerkers met elkaar communiceert e.d.

Om meer inzicht te kunnen krijgen in welke mate er sprake is van een cultuur waarin men met elkaar probeert te leren, zouden naast de observaties ook groepsinterviews een waardevolle aanvulling kunnen zijn. Tevens kan er dan inzicht worden verkregen in de groepsdynamiek (Green & Thorogood 2004). Deze groepsdynamiek maakt het mogelijk om te onderzoeken welke factoren er nu precies van invloed zijn op collectief leren in relatie tot borging. Dit onderzoek heeft zich gericht op wat er precies geborgd is binnen de poliklinieken en welke factoren dit beïnvloed hebben. De randvoorwaarden voor collectief leren zijn hierin het aandachtspunt geweest. In dit onderzoek is door deze focus de wisselwerking tussen de verschillende factoren en de spanningen die hierbij optreden wat onbelicht gebleven.

Meer onderzoek naar de borging van Doorbraakprojecten (WZW)

Eerder is geconstateerd dat er weinig onderzoek beschikbaar is over borging van veranderingen. Om meer theorie te kunnen ontwikkelen is het van belang dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de borging van veranderingen. In dit onderzoek heeft de nadruk op het mechanisme *leren* in relatie tot borging gelegen. Hierdoor zijn andere beïnvloedende factoren mogelijk wat onderbelicht gebleven en kan dit als een beperking van het onderzoek aangemerkt worden. Echter, er is nu wel literatuur over het mechanisme *leren* en de invloed daarvan op borging tot stand gekomen. Om meer theorie te kunnen ontwikkelen omtrent borging van veranderingen met de bijbehorende beïnvloedende factoren wordt aanbevolen om in een vervolgonderzoek, poliklinieken met verschillende duurzame resultaten te betrekken. Op deze manier is het mogelijk om nog meer inzicht te krijgen in de invloed van de

verschillende factoren met de bijbehorende nuance verschillen. Tevens wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar het mechanisme *leren* in relatie tot borging, maar ook andere factoren verdienen centrale aandacht in vervolgonderzoeken. Dit geeft mogelijk nog meer inzicht in de materie borging van veranderingen. Aanbevolen wordt, tot slot, om meer onderzoek te doen naar de borging van andere Doorbraakprojecten dan WZW. Binnen een Doorbraakproject staan meten=weten, kortcyclisch veranderen en *teamwork* centraal. Mogelijk heeft gedurende de implementatie van het project WZW vooral de focus gelegen op meten=weten van de toegangstijd gelegen, waardoor het kortcyclisch verbeteren door het invoeren van nieuwe maatregelen mogelijk minder aandacht heeft gekregen. Binnen andere Doorbraakprojecten bestaat de kans dat de focus meer op het kortcyclisch verbeteren dan op meten=weten een groot doel heeft gelegen. Deze andere focus kan weer heel andere inzichten omtrent de materie geven.

Creëren van *evidence*

Vele beïnvloedende borgingsfactoren berusten op vooronderstellingen (hoofdstuk 2). *Evidence based* onderzoek omtrent de beïnvloedende borgingsfactoren is veelal niet aanwezig. De resultaten van dit onderzoek kunnen als input dienen voor kwantitatief onderzoek, waardoor *evidence* omtrent een aantal factoren bereikt kan worden. Tevens kunnen er hypothesen geformuleerd worden, waarbij het gaat om het ontdekken van een associatie tussen de variabelen (Kirkwood & Sterne 2003). Te denken valt aan bijvoorbeeld de volgende hypothesen; het aanwezig zijn van duo aansturing (teamleider en specialist) is noodzakelijk om te kunnen borgen; het aanwezig zijn van meetbare doelen is effectiever voor borging dan het aanwezig zijn van een gedeelde visie; communicatie over het project leidt tot het delen van *knowledge* en is noodzakelijk voor de dynamische vorm van borgen. Op deze manier kan er naast exploratie ook *evidence* bereikt worden omtrent de beïnvloedende factoren.

Literatuurlijst

- Als, A.B.(1997). 'The desk-top computer as a magic box: patterns of behavior connected with the desk-top computer; GP's and patients'perceptions. *Family Practice* 14(1):17-25
- Appelbaum, S.H & L. Wohl. 2000. 'Transformation or change: some prescriptions for health care organizations.' *Managing Service Quality*. 10(5):279-298
- Argyris, Chris, and Donald A. Schön. 1978. *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Baarda, D.B.M., M.P.M. de Goede & J. Teunissen. 2001. *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Chapman, A. 2006. *Conscious competence learning model: Origins of conscious competence model* [Internet]. Businessballs, 25-09-2007 [aangehaald op 20-06-08]. Bereikbaar op <http://www.businessballs.com/consciouscompetencelearningmodel.htm>
- CBO.2004a. *Doorbraakproject Werken zonder Wachtlijst*. Toegang tot de polikliniek. Serie I; 2003-2004.
- 2004b.*Meten=weten. Werken zonder Wachtlijst*. Toegang tot de polikliniek. Meetplan.
- 2005. *Werken zonder wachtlijst 7* [Internet]. Forse winst door betere planning en logistiek op de polikliniek [aangehaald 02-02-2008]. Bereikbaar op <http://www.cbo.nl/product/doorbraak/folder20030902132240/article20030902144336>
- Creswell, J.W. 2003. *Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Second edition. Thousand Oaks: Sage Publications
- Dixon, N.1999. *De organisatie-leercyclus. Hoe we collectief kunnen leren*. Amsterdam:Nieuwezijds
- Emans, B.2002. *Interviewen: Theorie, techniek en training*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
Hoofdstuk 1: Kenmerken van interviews
- Ferlie, E.B & S.M Shortell. 2001. 'Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A framework for Change.' *The Milbank Quarterly*. 79(2):281-308
- Goodstein, K.D & W.Burke.1991. 'Creating Succesful Organization Change.' *Organizational Dynamics* 19: 5-17.

- Green, J & N. Thorogood. 2004. *Qualitative methods for health research*. London: SAGE
- Greenhalgh, T., G. Robert & F. MacFarlane. 2004. 'Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations.' *The Milbank Quarterly* 82(4): 581-629
- Grol, R & J. Grimshaw. 2003. 'From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care.' *The Lancet* 362:1225-1230
- & M. Wensing (red.). 2001. *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Tweede druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. Hoofdstuk 3: Effectieve implementatie een model.
- Jackson, S. 2001. 'Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?' *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 14(4): 157-163.
- Julian, David A & F. Kombarakaran. 2006. 'Assessment of Quality of Outcomes within a Local United Way Organization: Implications for Sustaining System Level Change.' *Am. J. Community Psychol.* 38:175-181.
- Kirkwood, B.R., J.A.C. Sterne. 2003. *Medical statistics*. Second edition. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- 't Hart, H., J. van Dijk, M. de Goede, W. Jansen & J. Teunissen. 1996. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom. Hoofdstuk 9: Veldonderzoek.
- Ten Have, P. 1999. *Analyse procedures* [Internet]. Bereikbaar op <http://www2.fmg.uva.nl/emca/AP.htm>
- Senge, P.M. 1992. *De vijfde discipline: de kunst en praktijk van de lerende organisatie*. Schiedam: Scriptum.
- Segers, J. & J. Hutjes. 1999. *De gevalstudie*. Uit: Segers, J. *Methoden voor maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorkum.
- Kotter, John P. 1998. *Leading Change: Why transformation efforts fail*. In *Harvar Business Review on Change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Lawrence, T.B, B. Dyck, S. Maitlis & M. Mauws. 2006. 'The underlying structure of continuous change.' *MITSloan Management Review*. 47(4):58-66
- MacPhee, M. 2007. 'Strategies and Tools for Managing Change.' *JONA*. 37(9): 405-413

Miller, D.2004. 'Building sustainable change capability.' *Industrial and Commercial Training*.36(1):9-12

Narine, L. & D.D Persaud. 2003. 'Gaining and maintaining commitment to large-scale change in healthcare organizations.' *Health Services Management Research* 16:179-187.

Nauta, A.P. 2004. '*Een vertrouwenskwestie?*': *Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen*. Proefschrift.

Øvretveit, J. et al. 2002. 'Quality collaboratives: lessons from research.' *Quality and Safety in Health Care* 11: 345-351.

-----2008. *Review of Research on Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement for the ZonMw National programmes*. Stockholm/ Den Haag, Karolinska Institute MMC.

Pfeifer, T., R. Schmitt & T. Voigt. 2005. 'Managing change: quality-oriented design of strategic change processes.' *The TQM Magazine*. 17(4):297-308

Roe, M.T. 2004. 'Success stories: How hospitals are improving care.' *Am Heart J* 148:S52-5

Schouten, L. 2004. 'De achilleshiel van de doorbraakprojecten: verspreiding van resultaten en opgedane kennis stagneert.' *Medisch contact* 59 (42): 1642-1644.

Senge, P.1999. 'It's the Learning: The real lesson of the Quality Movement.' *The Journal for Quality and Participation* 22 (6): 34-40.

Sneller Beter.2007. *Sneller Beter draaiboek* [Internet]. Doorbraak Werken Zonder Wachtlijst, december 2007 [aangehaald op 21-03-2008]. Bereikbaar op <http://www.snellerbeter.nl/.../landelijkactieprog/methoden-en-resultaten-per-project/werken-zonder-wachtlijst/-20k->

Van Splunteren, P., J. van Everdingen, S. Janssen e.a. 2003. *Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode*. Assen: Koninklijke Van Gorcum. Hoofdstuk 2: De Doorbraakmethode.

Stetler, C.B. J.Ritchie, J. Rycroft-Malone, A. Schultz & M. Charns. 2007. 'Improving quality of care through routine, successful implementation of evidence based practice at the bedside: an organizational case study protocol using the Pettigrew and Whipp model of strategic change.' *Implementation Science*.2(3)

Tucker, A. L. & Amy Edmondson and Steven Spear. 2002. 'When problem solving prevents organizational learning.' *Journal of Organizational Change Management* 15(2): 122-137.

VWS (2002). Grote verschillen tussen ziekenhuizen in organisatie [Internet]. Bereikbaar op http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/cz/grote_verschillen_tussen_ziekenhuizen_in_organisatie.asp

Walburg, J. H. et al. 2006. *Performance management in health care*. Roudledge.

Weggelaar, J.W.M., J.D.H. van Wijngaarden & R.A. Bal.2007. 'Leren verbeteren-verbeterd leren: Leren in een quality collaborative in Nederlandse ziekenhuizen.' *M&O* 6:48-64

Weggeman, M.1997. *Kennismanagement*. Uit: kennismanagement. Inrichting van kennisintensieve organisaties. Lannoo

Wierdsma, A. & J. Swieringa. 2002. *Lerend organiseren: Als meer van hetzelfde niet meer werkt*. Groningen:Wolters-Noordhoff. Tweede druk.

Wikipedia (2008). Leren [Internet]. Bereikbaar op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Leren>

Wijngaarden, J.D.H. van & A.A. de Bont. 2006. *Corporation in care: Integration of care networks by steering, coordination and learning. Chapter 5: Learning enablers in care networks for developing and sustaining integrated care*. Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bijlagen

Bijlage 1: informatiebrief

Duurzaamheidsonderzoek Werken Zonder Wachtlijst

Inleiding

Enkele jaren geleden heeft uw polikliniek deelgenomen aan een Doorbraakproject Werken zonder wachtlijst (WZW). Het concept WZW is inmiddels al in zo'n 190 poliklinieken ingevoerd en het blijft zich verder verspreiden. Het unieke van het concept is dat het niet slechts een tijdelijke oplossing claimt te bieden voor wachtlijstproblematiek, maar een duurzame oplossing. Door consequent gebruik te maken van de principes en de methode van kortcyclisch veranderen, zouden poliklinieken in staat moeten zijn om de toegangstijd laag te houden. Deze claim is echter nog niet systematisch onderzocht. We weten daarom niet zeker of het project inderdaad de juiste ingrediënten bevat om duurzaam te veranderen en ook niet welke factoren bepalend zijn om dat te bewerkstelligen. Daarom willen we dit onderzoeken bij poliklinieken die minimaal twee jaar geleden het project WZW hebben afgerond met een reductie van de toegangstijd van minimaal 30%. Op basis van dit onderzoek hopen wij de volgende vraag te beantwoorden: Welke factoren dragen bij aan het *duurzaam* verkorten van toegangstijden tot de polikliniek?

De inzichten uit dit onderzoek zullen bijdragen aan het verbeteren van het Werken Zonder Wachtlijst concept. Nieuwe poliklinieken in Nederland kunnen daarmee profiteren van de ervaringen van succesvolle poliklinieken. Echter door middel van een internationale wetenschappelijke publicatie is ook het streven dat wetenschap en praktijk in het buitenland op de hoogte raken van deze bevindingen. Voor de deelnemende poliklinieken biedt dit onderzoek de kans om te reflecteren op de wijze waarop al dan niet het WZW denken leeft, wat bij kan dragen aan duurzaamheid.

Methode

Voor dit onderzoek wordt een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden ingezet. De nadruk ligt daarbij wel op kwalitatieve methoden omdat het onderzoek een exploratief karakter heeft; we weten immers nog niet precies welke factoren een rol spelen. Daarbij bleek uit een literatuurstudie die hier aan voorafging dat er nog weinig onderzoek is verricht naar duurzaam veranderen.

Er worden 24 poliklinieken benaderd die met het project minimaal 30% reductie in toegangstijd hebben bereikt en die het project al meer dan twee jaar geleden hebben afgerond. Om vast te stellen in hoeverre de poliklinieken in staat zijn geweest om hun wachtlijst kort te houden, wordt aan hen gevraagd om meetgegevens beschikbaar te stellen over de wachttijd, waarbij gebruik is gemaakt van de meetmethode die ook tijdens de projectfase is gehanteerd. Het betreft minimaal de meetgegevens over een periode van drie weken, om toevallige fluctuaties gedeeltelijk uit te sluiten. Bij voorkeur betreft het echter alle meetgegevens sinds de afsluiting van de projectfase. Poliklinieken die niet structureel meten, wordt gevraagd om enkele malen (drie maal gedurende drie weken) de wachtlijst te meten volgens de WZW methode (3^e beschikbare afspraak voor nieuwe en controle patiënten).

Om vast te kunnen stellen welke factoren een rol hebben gespeeld bij het wel of niet duurzaam verkorten van de wachtlijst, worden per polikliniek interviews afgenomen met een betrokken arts, het hoofd van de afdeling, een teamleider, en eventueel een kwaliteitsmedewerker uit het ziekenhuis. De verwachting is dat deze respondenten het meeste overzicht hebben van de factoren die een rol spelen. Deze interviews worden afgenomen door enkele junioronderzoekers (die hier voor getraind zijn). De interviews worden afgenomen op basis van halfgestructureerde vragenlijsten, waarbij de vragen door de onderzoekers gezamenlijk zijn vastgesteld om vergelijkbaarheid mogelijk te maken. Het interview wordt opgenomen en de resultaten worden onafhankelijk geanalyseerd door enkele hoofdonderzoekers. De validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt geoptimaliseerd door gebruik te maken van een aantal methoden, namelijk datatriangulatie; er worden meerdere bronnen gebruikt die met elkaar worden geconfronteerd, peer review; de resultaten worden geanalyseerd door meerdere onderzoekers en member check; de bevindingen worden voorgelegd aan de respondenten.

Planning

Het onderzoek is in december 2007 van start gegaan met een literatuurstudie. In maart 2008 worden de poliklinieken die voldoen aan de criteria benaderd. Eind april dienen de actuele meetgegevens van de poliklinieken beschikbaar te zijn. Eind april en in mei vinden de interviews plaats. In juni, juli en

augustus vinden de analyses plaats. In september dienen de resultaten bekend te zijn. Uiteraard worden de bevindingen met u gedeeld.

Senior onderzoekers

Dr. Jeroen van Wijngaarden, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit: j.vanwijngaarden@erasmusmc.nl; 010-4088569

Drs. Marc Rouppe van der Voort, voormalig medewerker CBO, manager innovatie Elisabeth ziekenhuis: m.rouppvandervoort@elisabeth.nl

Drs. Stan Janssen, voormalig medewerker CBO, Senior Beleidsmedewerker UMC St. Radboud Ziekenhuis: S.Janssen@zorg.umcn.nl

Junior onderzoekers

Drs. Claire Hostmann: clairehostmann@hotmail.com

Anita de Nooijer: anita_de_nooijer@hotmail.com

Paulien Schoneveld: p.schoneveld@hro.nl

Daphne Metaal: daphnemetaal@live.nl

Linda de Jong: linda_dejong81@hotmail.com

Bijlage 2: vragenlijst I

Vragenlijst afdelingshoofd, teamleider en specialist

Inleidende vragen

1. Wat houdt uw functie precies in?
2. Hoe lang werkt u al op deze poli?
3. In hoeverre houdt u zich bezig met toegangstijden op de poli?

Huidige aanpak wachttijden

Voorkomen wachttijden

4. Wat doen jullie of hebben jullie geregeld om wachttijden te voorkomen?
5. Wordt dat in de huidige praktijk ook echt zo gedaan?
 - Zo ja, waarom lukt dat jullie?
Eventueel doorvragen op onderstaande onderwerpen
 - in hoeverre heeft dat te maken met draagvlak?
 - met aansturing
 - zijn er bepaalde procedures of afspraken die het bevorderen?
 - of andere omstandigheden die het stimuleren?
 - Zo nee, waarom lukt dat niet?
Eventueel doorvragen op onderstaande onderwerpen
 - in hoeverre heeft dat te maken met draagvlak?
 - met aansturing
 - zijn er bepaalde procedures of afspraken die het belemmeren?
 - of andere omstandigheden die het belemmeren?
6. Sinds wanneer zijn deze maatregelen van kracht?
7. Zijn dat volgens u ook de juiste maatregelen?
8. Zijn er ook maatregelen die jullie zouden willen nemen, maar die jullie niet voor elkaar krijgen?
 - Zo ja, hoe komt dat?
9. Welke externe factoren zijn van invloed op jullie toegangstijden?

Metten/monitoren

10. Hebben jullie op de poli in de gaten wanneer de toegangstijd verandert?
 - Zo ja, hoe monitoren jullie dat?

Alleen **teamleider**

- hoe vinden metingen plaats en wat wordt ermee gedaan?
- wat wordt er precies gemeten?
- door wie worden de metingen gedaan?
- Hoe meten jullie?
- Hebben jullie bepaalde hulpmiddelen voor het meten?
- Wie verwerkt de meetgegevens

Wanneer ze meten

11. Wie krijgt deze meetgegevens te zien?
 - Hoe krijgen zij die te zien?
 - Zijn de juiste voorzieningen aanwezig om resultaten te monitoren en uit te wisselen?
 - Zo ja, wat is aanwezig?
12. Met wie worden die meetgegevens besproken?
 - Worden anderen ook op de hoogte gesteld van de meetgegevens?
 - Zo ja, hoe dan?
13. In welk verband vinden deze gesprekken plaats?
 - Wie zitten er dan bij elkaar?

Randvoorwaarden: kennis en vaardigheden, motivatie, aansturing, faciliteiten

14. Kunt u me vertellen hoe een gemiddeld gesprek dan loopt?
 - Hoe vaak wordt dat besproken?
 - Wat wordt gedaan als de wachttijd oploopt?
 - Wie constateert dat?
 - Met wie wordt besproken?
 - Wie zitten daar dan bij?
 - Hoe vindt zo'n gesprek dan plaats?
 - Hoe wordt bepaald wat voor maatregelen noodzakelijk zijn?
 - Wat voor soort maatregelen worden genomen?
 - Hoe wordt ervoor gezorgd dat de maatregel ook ingevoerd wordt?
 - Hoe weten jullie of deze maatregel ook werken?
 - Heeft u dat zelf ook meegemaakt?
 - Wat doet u als u merkt dat de wachttijden oplopen?
 - Zo ja, vindt u het bespreken van de gegevens nuttig?
 - Kunt u eigen ideeën en inzichten kwijt?
 - Kunt u invloed uitoefenen op mogelijke veranderingen?
 15. Hoe vaak heeft u de afgelopen jaren meegemaakt dat de wachttijd oploopt?
 - Worden er volgens u dan de juiste maatregelen getroffen?
 - Zo niet, hoe komt dat?
 - Heeft dit geleid tot een structurele oplossing van het probleem?
 - Waarom wel of niet?
 16. Worden individuele medewerkers ook aangesproken op de resultaten van de metingen?
 - Zo ja, door wie?
 - Zijn daar consequenties aan verbonden?
 17. Zijn er dan ook doelen of normen benoemd t.a.v de wachttijd op de polikliniek?
 - Zo ja, hoe luiden die? (controle versus nieuwe patiënten)
 - Zo nee, waarom niet?
- Extra voor **professional**:
- Heeft u ook individuele doelen geformuleerd omtrent wachttijden?
18. Hoe wordt omgegaan met variaties in hoogte van toegangstijden tussen artsen?
 19. Wiens verantwoordelijkheid is het om wachttijden laag te houden?
 - Waar blijkt dat uit?
 20. Heeft u het idee dat de juiste kennis en vaardigheden op de poli aanwezig zijn om de wachttijd laag te houden?
 - Zo nee, doen jullie daar iets aan?
 - Zo ja, hoe zorgen jullie daarvoor?

21. Hoe vaak heeft u de afgelopen jaren meegemaakt dat de wachttijd oploopt?
22. Heeft u het idee dat medewerkers op de poli ook voldoende actief bezig zijn om de wachttijd laag te houden?
- Waarom wel? (*waarin uit zich dat*)
 - Waarom niet?
 - Worden zij daarin ook ondersteund? *Hoe en door wie/wat*
23. Worden medewerkers op de poli ook gestimuleerd om aandacht te besteden aan wachttijden?
- Zo nee, waarom niet?
 - Zo ja, hoe dan?
24. Worden jullie vanuit het hoger management ook aangesproken op wachttijden?
- Zo ja, hoe dan?
 - Zo nee, hoe komt dat?
25. Vindt u dat jullie voldoende door het ziekenhuis gefaciliteerd worden om wachttijden laag te houden?
- Waarom wel of niet?

Restanten WZW project

In is op jullie poli het project WZW afgerond.

26. Was u ook betrokken bij het WZW project dat door het CBO werd begeleid?
- Zo ja, wat was uw rol daarbij?

Als iemand betrokken is geweest

27. Vond u het destijds een geslaagd project?
- Waarom?
 - Hoe kijkt u er nu op terug?
 - Werde het destijds door anderen (*draagvlak*) op de poli als een geslaagd project ervaren? Waarom?
 - Hoe kijken andere er nu op terug, denkt u?
28. U heeft tijdens het project een aantal maatregelen (veranderingen) doorgevoerd. Welke van deze maatregelen worden nog steeds toegepast?
- Welke wel en waarom?
 - Welke niet en waarom?
- Eventueel doorvragen op onderstaande onderwerpen*
- In hoeverre heeft dat te maken met de manier waarop het project destijds is gelopen of opgezet?
 - in hoeverre heeft dat te maken met draagvlak?
 - met aansturing?
 - zijn er bepaalde procedures of afspraken die het bevorderen?
 - of andere omstandigheden die het stimuleren
29. Wat is het gevolg geweest van het project voor individuele medewerkers?

Als iemand NIET betrokken is geweest

- Wat zijn uw bevindingen?
- Bent u op de hoogte gebracht van het project? Zo ja, hoe?
- Wat is u precies bijgebracht?

Lijstje met mogelijke maatregelen in het kader van Werken Zonder Wachtlijst wordt voorgelegd

30. Kent u deze maatregelen?

- Zijn er maatregelen bij die u nog niet heeft genoemd, maar die wel toegepast worden op jullie poli?

Sinds die tijd is de wachttijd op jullie poli ongeveer ?

31. Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die belemmeren dat jullie dat wachttijd laag kunnen houden?

32. Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die ertoe bijdragen dat jullie de wachttijd laag kunnen houden?

33. Is de nieuwe manier van werken die jullie hebben doorgevoerd rond de wachttijden voor iedereen vanzelfsprekend?

- Zo nee, waarom niet?
- Wat is het effect ervan op de wachttijden?

34. Wat zijn volgens u de noodzakelijke randvoorwaarden om dergelijke veranderingen te borgen?

- Zijn deze factoren bij jullie aanwezig?
- Wat verstaat u onder borgen?

35. Zijn er nog zaken niet aan de orde geweest waarvan u zegt dat ze wel belangrijk zijn om te weten?

Bijlage 3: vragenlijst II

Vragenlijst kwaliteitsfunctionaris/staffunctionaris

Inleidende vragen

1. Hoe lang bent u al werkzaam als kwaliteitsmedewerker in dit ziekenhuis?
2. Wat is uw betrokkenheid bij wachttijden op poliklinieken in dit ziekenhuis?

Huidige aanpak wachttijden ziekenhuisbreed

3. Zijn er ziekenhuisbreed doelstellingen en/of normen benoemt rond wachttijden op poliklinieken?
 - Zo ja,
 - hoe luiden die doelstellingen en/of normen?
 - hoe worden die doelstellingen uitgedragen?
4. Is er ziekenhuisbreed een overzicht van de wachttijden op poliklinieken?
 - Zo ja, hoe wordt dat gemeten (Treeknorm of WZW meting)?
 - Wie verzamelt en verwerkt de gegevens?
 - Hebben jullie daar ook specifieke faciliteiten voor (ict toepassingen)?
 - Wie krijgt dat overzicht te zien?
 - Wat wordt ermee gedaan?
5. In hoeverre worden met poliklinieken afspraken gemaakt over wachttijden?
 - Wie maakt die afspraken?
 - Met wie?
6. In hoeverre worden poliklinieken aangesproken op hun wachttijden?
 - Wie spreekt hen aan?
 - Wie wordt er aan gesproken?
 - Zijn daar ook consequenties aan verbonden?
7. In hoeverre worden poliklinieken gefaciliteert in het meten (*ziekenhuis breed*) van wachttijden?
 - In hoeverre worden poliklinieken gefaciliteert bij het voorkomen van wachttijden?
 - In hoeverre worden poliklinieken gefaciliteert bij het wegwerken van wachttijden?
8. In hoeverre zijn ideeën uit het Werken zonder Wachtlijst project ook op andere poli's ingevoerd dan op.....?
9. Zijn er maatregelen voor de gehele organisatie getroffen rond wachttijden op de poliklinieken (bv. in jullie logistieke planning)?
 - Zo ja, welke?
 - Zo nee, waarom niet?
10. In hoeverre wordt bij jullie personeels en opleidingsbeleid aandacht besteed aan logistieke kennis en vaardigheden?
11. Zijn er naar uw mening in dit ziekenhuis de juiste maatregelen genomen om wachttijden op poliklinieken kort te houden?
 - Waarom?

12. Wat zijn volgens u de belangrijkste belemmerende factoren in dit ziekenhuis om wachttijden op poliklinieken kort te houden (hele ZH)?
- draagvlak/cultuur
 - aansturing
 - structurele inbedding
 - andere factoren
13. Wat zijn volgens u de belangrijkste bevorderende factoren?
- draagvlak/cultuur
 - aansturing
 - structurele inbedding
 - andere factoren

Vragen omtrent de toegangstijden op de polikliniek

14. Zijn er externe factoren op deze poli die veel invloed hebben op de wachttijd?
15. Welke maatregelen zijn daar getroffen om wachttijden laag te houden?
16. Wordt dat in de huidige praktijk ook echt nog zo gedaan? (ga de maatregelen even af)
- Zo ja, waarom lukt dat jullie?
Eventueel doorvragen op onderstaande onderwerpen
 - in hoeverre heeft dat te maken met draagvlak?
 - met aansturing
 - zijn er bepaalde procedures of afspraken die het bevorderen?
 - of andere omstandigheden die het stimuleren?
 - Zo nee, waarom lukt dat niet?
Eventueel doorvragen op onderstaande onderwerpen
 - in hoeverre heeft dat te maken met draagvlak?
 - met aansturing
 - zijn er bepaalde procedures of afspraken die het belemmeren?
 - of andere omstandigheden die het belemmeren?
17. Zijn dat volgens u ook de juiste maatregelen?
18. Zijn er ook maatregelen die zij wel zouden willen nemen, maar die ze niet voor elkaar krijgen?
- Zo ja, hoe komt dat?
19. Heeft u het idee dat de juiste kennis en vaardigheden op de poli aanwezig zijn om de wachttijd laag te houden?
- Zo nee, doen jullie daar iets aan?
 - Zo ja, hoe zorgen jullie daarvoor (onderhouden; nieuwe mensen?)?
20. Heeft u het idee dat medewerkers en specialisten op de poli ook voldoende actief bezig zijn om de wachttijd laag te houden?
- Waarom wel?
 - Waarom niet?
 - Worden zij daarin ook ondersteunt; hoe & door wie/wat?
21. Worden medewerkers op de poli ook gestimuleerd om aandacht te besteden aan wachttijden? Waarom niet? Hoe dan?

Restanten WZW project

In is op jullie poli het project WZW afgerond.

22. Was u ook betrokken bij het WZW project dat door het CBO werd begeleid?
- Zo ja, wat was uw rol daarbij?

Als iemand betrokken is geweest

23. Vond u het destijds een geslaagd project?
- Waarom?
 - Hoe kijkt u er nu op terug?
 - Werd het destijds door anderen (*draagvlak*) op de poli als een geslaagd project ervaren? Waarom?
 - Hoe kijken andere er nu op terug, denkt u?
24. U heeft tijdens het project een aantal maatregelen (veranderingen) doorgevoerd. Welke van deze maatregelen worden nog steeds toegepast?
- Welke wel en waarom?
 - Welke niet en waarom?
Eventueel doorvragen op onderstaande onderwerpen
 - In hoeverre heeft dat te maken met de manier waarop het project destijds is gelopen of opgezet?
 - in hoeverre heeft dat te maken met draagvlak?
 - met aansturing?
 - zijn er bepaalde procedures of afspraken die het bevorderen?
 - of andere omstandigheden die het stimuleren?
25. Wat is het gevolg geweest van het project voor individuele medewerkers?

Als iemand NIET betrokken is geweest

- Wat zijn uw bevindingen?
- Bent u op de hoogte gebracht van het project? Zo ja, hoe?
- Wat is u precies bijgebracht?

Lijstje met mogelijke maatregelen in het kader van Werken Zonder Wachtlijst wordt voorgelegd

26. Kent u deze maatregelen?
- Zijn er maatregelen bij die u nog niet heeft genoemd, maar die wel toegepast worden op jullie poli?

Sinds die tijd is de wachttijd op jullie poli ongeveer ?

27. Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die belemmeren dat jullie dat wachttijd laag kunnen houden?
28. Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die ertoe bijdragen dat jullie de wachttijd laag kunnen houden?
29. Is de nieuwe manier van werken die jullie hebben doorgevoerd rond de wachttijden voor iedereen vanzelfsprekend?
- Zo nee, waarom niet?
 - Wat is het effect ervan op de wachttijden?
30. Wat zijn volgens u de noodzakelijke randvoorwaarden om dergelijke veranderingen te borgen?
- Zijn deze factoren bij jullie aanwezig?
 - Wat verstaat u onder borgen?
31. Zijn er nog zaken niet aan de orde geweest waarvan u zegt dat ze wel belangrijk zijn om te weten?