

# RANDVOORWAARDEN VOOR HET DUURZAAM VERANDEREN VAN TOEGANGS- EN WACHTTIJDEN OP DE POLIKLINIEK

## HEEFT DE INZET VAN HRM MEERWAARDE?

EEN ANALYSE VAN HET CBO PROJECT 'WERKEN ZONDER WACHTLIJST'



**ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM**

**AFSTUDEERSCHRIPTIE MASTER ZORGMANAGEMENT**

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Begeleider: dhr. dr. J. van Wijngaarden

Meelezer: mevr. drs. M. Veld

Daphne Metaal

Studentnummer: 289824



*"HUMAN RESOURCES ARE KEY TO ORGANIZATIONAL SUCCESS OR FAILURE"*  
*(BARON & KREPS 1999)*

Daphne Metaal  
Mozartlaan 7  
3122 HC Schiedam  
Studentnummer 289824

**Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement**  
**Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg**

Scriptiebegeleider: dhr. dr. J. van Wijngaarden

Meelezer: mevr. drs. M. Veld

Datum van indienen: 3 juli 2008

Datum van afstuderen: 10 juli 2008

## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie van de masteropleiding Zorgmanagement, de officiële afronding van mijn studie Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na drie jaar lang de voltijdopleiding BMG te hebben gevolgd, is nu het afstudeermoment aangebroken. Het proces van afstuderen is begonnen in oktober 2007 en is afgerond in juli 2008. Gedurende dit collegejaar heb ik vol enthousiasme en toewijding aan de afstudeerscriptie gewerkt.

Het afstudeeronderwerp 'Duurzaam Veranderen', aangedragen door dhr. J. van Wijngaarden, had direct mijn interesse gewekt toen een keuze gemaakt moest worden voor het afstudeeronderwerp. Wanneer het stadium na de implementatie van een verandering wordt bestudeerd, verschuift de focus naar het borgen van de verandering. Interessant is om randvoorwaarden voor het borgen van organisatieveranderingen te ontdekken. In dit afstudeeronderzoek is het succesvolle project 'Werken zonder Wachtlijst' (CBO) geanalyseerd op drie poliklinieken in Nederland. Hierbij lag niet alleen de focus op het project, maar vooral op de vraag hoe poliklinieken in de huidige werkwijze in staat zijn de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen. Als factor hierbij is gekozen voor Human Resource Management: heeft HRM meerwaarde bij het duurzaam veranderen van toegangs- en wachttijden?

Mijn dank gaat allereerst uit naar alle respondenten van de drie onderzochte poliklinieken. Het enthousiasme van de respondenten om deel te nemen aan het onderzoek, was zeer inspirerend en verhoogde mijn motivatie om het beste uit de interviews te halen. De interviews vormden voor sommige poliklinieken zelfs de aanleiding om opnieuw met de toegangs- en wachttijden aan de slag te gaan.

Ik wil dhr. M. Rouppe van der Voort en dhr. S. Janssen (voormalig CBO adviseurs) bedanken voor hun inzet bij het verhogen van kennis bij de afstudeergroep. Scriptiebegeleider dhr. J. van Wijngaarden wil ik bedanken voor de deskundige en prettige begeleiding bij mijn scriptie. De bijeenkomsten met de afstudeergroep en dhr. J. van Wijngaarden heb ik als zeer plezierig en kennisverhogend ervaren. Het was altijd mogelijk om dhr. J. van Wijngaarden telefonisch vragen te stellen en individuele afspraken te maken. Eveneens wil ik mijn meelezers mevrouw M. Veld bedanken voor de interesse en het doornemen van de stukken. Het lezen van mijn tussentijdse aanpassingen aan de scriptie en het geven van feedback, heeft zij met veel aandacht gedaan.

Ik wil mijn ouders, Kirsten, Eva en familie bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun en interesse gedurende mijn studieperiode en afstudeertraject. Tenslotte wil ik Marja en in het bijzonder mijn vriend Arno bedanken voor alle hulp en aanmoediging. Arno, nu kunnen we eindelijk op wereldreis!

Daphne Metaal

Rotterdam, juli 2008

# Samenvatting

In de huidige gezondheidszorg worden steeds hogere eisen gesteld aan de doelmatigheid en kwaliteit van zorg: 'organisaties veranderen'. Wanneer veranderingen zijn doorgevoerd, betekent dit nog niet dat de verandering is ingebed in de praktijk. Wanneer het stadium na de implementatie wordt bestudeerd, gaat het over borging ofwel 'duurzaam veranderen'. In de literatuur worden verschillende perspectieven van borging behandeld: het kan een eindpunt zijn of beschouwd worden als cyclisch proces ('dynamisch borgen'). Daarnaast worden uiteenlopende succesfactoren en knelpunten benoemd voor het wel of niet borgen van veranderingen. Deze uiteenlopende opvattingen, maar tevens de beperkte literatuur hierover, maakt het interessant dit stadium nader te onderzoeken. Het aantal organisatieveranderingen dat niet wordt geborgd, is immers hoog.

## *Doelstelling onderzoek*

Het project 'Werken zonder Wachtlijst' (CBO) is in dit afstudeeronderzoek geanalyseerd op drie poliklinieken in Nederland. Inclusiecriteria waren dat poliklinieken meer dan twee jaar geleden hebben meegedaan aan het project en dat de toegangstijd voor de polikliniek met 30% was gereduceerd. Het doel van dit afstudeeronderzoek is tweeledig: randvoorwaarden ontdekken voor het duurzaam veranderen van toegangs- en wachttijden en onderzoeken of de inzet van Human Resource Management hierbij meerwaarde kan hebben.

## *Methodologie*

Dit afstudeeronderzoek hanteert een kwalitatieve onderzoeksopzet waarin een literatuuronderzoek en interviews zijn gehouden. Semigestructureerde interviews zijn gehouden op drie poliklinieken: cardiologie in ziekenhuis A, neurologie in ziekenhuis B en orthopedie in ziekenhuis C. Per poli zijn een afdelingshoofd, polimedewerker (secretaresse), arts en kwaliteitsmedewerker geïnterviewd.

## *Resultaten*

Alle onderzochte poliklinieken meten nog wekelijks de toegangs- en wachttijden. Echter, ze worden niet op alle poli's meer structureel besproken. Goed werkende doorlopende interventies en ad hoc interventies (inzetten extra capaciteit) worden uitgevoerd, maar lijken niet meer structureel te worden geëvalueerd. Doordat poliklinieken onderhevig zijn aan de dynamiek van de omgeving, lijkt deze voortdurende kritische reflectie van de tijden noodzakelijk. Wanneer deze kritische blik wordt verloren, bestaat de kans dat interventies niet consequent meer worden uitgevoerd en borging verdwijnt. Er is sprake van statische borging (behouden interventies, doelen en werkwijze). Om dynamisch te borgen en in te spelen op veranderingen in de omgeving, lijken het meten en structureel evalueren van de toegangs- en wachttijden, het behouden van draagvlak en het aansturen van medewerkers op verantwoordelijkheden, randvoorwaarden te zijn. Sommige polimedewerkers zouden hiervoor eerst opnieuw bewust onbekwaam gemaakt moeten worden. HRM heeft hierbij meerwaarde door dit bewustzijn van medewerkers te verhogen. Door kennis van principes en interventies te verhogen via trainingen, medewerkers te motiveren door beloningen te bieden en participatiemogelijkheden te vergroten, kunnen de toegangs- en wachttijden duurzaam veranderd worden in de toekomst.

## Summary

In current healthcare are increasingly greater demands on efficiency and quality of care: organisations are changing. When changes are made, this does not mean that the change is embedded in practice. When the stage after the implementation will be studied, it is about securing sustainability or sustainable change. In the literature different perspectives on sustainability are discussed: it may be the 'finish' of change or can be seen as a cyclical process (dynamical change). In addition, varying factors of success and bottlenecks may be appointed in the literature to sustain or not sustain the change. These divergent views, but also the limited literature on this subject, makes it interesting to examine this stage. The number of organizational change that is not sustained, is high.

### *Objective research*

The project 'Werken zonder Wachtlijst' (CBO) has been analysed at three outpatient clinics in the Netherlands. Inclusion criteria consists of outpatient clinics that more than two years ago have participated and that access to the outpatient clinic with 30% was reduced. It is interesting to examine how outpatient clinics now are able to sustain access- and waiting times. The purpose of this research is twofold: to discover preconditions for sustainable changing access and waiting times and examine whether the deployment of Human Resource Management here has an added.

### *Methodology*

This research uses a qualitative research in which a literature review and interviews were conducted. Semi structured interviews have been held at three outpatient clinics: cardiology in hospital 'A', neurology in hospital 'B' and orthopaedics in hospital C. On each outpatient clinic a department head, secretary, doctor and quality officer are interviewed.

### *Results*

All outpatient clinics are weekly measuring the access- and waiting times. However, they are not at all outpatient clinics structurally discussed. Good working continuous interventions and 'ad hoc' interventions (deploy additional capacity) are running, but no longer seem to be evaluated. Because outpatient clinics are subject of the dynamics in environment, it seems necessary to critical continue reflection of the access and waiting times. When these critical gaze is lost, there is a chance that interventions do not consistently be implemented and assurance disappears. In the outpatient clinics a static assurance can being recognized (retained interventions, goals and functioning). To dynamical sustain the access- and waiting times and to dynamically respond to changes in the environment, structural measuring and evaluating the access- and waiting times, maintaining commitment and controlling employees on responsibilities, seems to be factors of success to sustain the change. Some outpatient employees would first have to become re-consciously incompetent. HRM has added this to raise awareness of employees. When knowledge of principles and interventions will be increased through training programmes, motivation of employees will be raised by offering rewards and participation is getting more attention, access- and waiting times can be sustainable changed in future.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<b>Summary</b> .....	<b>5</b>
<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>8</b>
1.1 Project 'Werken zonder Wachtlijst' .....	8
1.2 Afbakening .....	9
1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen.....	9
1.4 Doel en relevantie .....	10
1.5 Indeling afstudeerscriptie .....	10
<b>2 Theoretisch kader</b> .....	<b>11</b>
2.1 Organisatieveranderingen.....	11
2.2 Duurzaam veranderen .....	12
2.3 Borging: verschillende perspectieven .....	13
2.4 Borging als eindpunt .....	13
2.5 Dynamisch borgen .....	14
2.6 (Succes)factoren voor borging.....	15
2.7 Human Resource Management .....	17
2.8 AMO theorie .....	18
2.9 HRM-activiteiten.....	21
2.10 HRM-activiteiten als succesfactor?.....	22
<b>3 Methoden</b> .....	<b>23</b>
3.1 Onderzoeksontwerp .....	23
3.2 Afbakening .....	23
3.3 Selectie van respondenten en onderzoeksopzet.....	24
3.4 Inclusiecriteria: .....	24
3.5 Gehanteerde methoden: literatuuronderzoek en interviews .....	24
3.6 Data-analyse .....	25
3.7 Validiteit & betrouwbaarheid .....	26
3.8 Ethische dilemma's .....	27
<b>4 Project 'Werken zonder Wachtlijst'</b> .....	<b>28</b>
4.1 Achtergrondschets WZW .....	28
4.2 Meten = weten.....	28
4.3 De Doorbraakmethode en principes van WZW .....	29
4.4 HRM aspecten in het project.....	31

<b>5</b>	<b>Analyse .....</b>	<b>32</b>
5.1	Toegangstijden poliklinieken .....	32
5.2	Polikliniek cardiologie .....	33
5.3	Polikliniek neurologie .....	41
5.4	Polikliniek orthopedie .....	48
5.5	Evaluatie poliklinieken .....	53
<b>6</b>	<b>Conclusie .....</b>	<b>63</b>
6.1	Onderzoeksvraag en deelvragen .....	63
6.2	Deelvraag 1: Organisatieveranderingen en borging .....	63
6.3	Deelvraag 2: Human Resource Management.....	64
6.4	Deelvraag 3: Kernelementen Werken zonder Wachttijst .....	64
6.5	Deelvraag 4: HRM bij het duurzaam veranderen van wachttijden.....	65
6.6	Deelvraag 5: Belemmerende en stimulerende factoren voor borging .....	66
6.7	Onderzoeksvraag: Randvoorwaarden en HRM.....	67
<b>7</b>	<b>Discussie .....</b>	<b>68</b>
7.1	Algemene reflectie op het onderzoek .....	68
7.2	Reflectie op de theorie .....	68
7.3	Reflectie op de gehanteerde methoden.....	69
7.4	Reflectie op resultaten .....	71
7.5	Aanbevelingen .....	71
	<b>Referenties .....</b>	<b>73</b>
	<b>Bijlagen.....</b>	<b>77</b>
	<b>Bijlage I – Introductiebrief .....</b>	<b>78</b>
	<b>Bijlage II - Topiclijsten.....</b>	<b>80</b>

# 1 Inleiding

“Tijden veranderen.” De afgelopen decennia hebben organisaties de uitdagingen van concurrentie, nieuwe markten en nieuwe technologie kunnen ervaren (Kotter 1998). In de gezondheidszorg stellen overheid, verzekeraars en patiënten hogere eisen aan doelmatigheid en kwaliteit van zorg (CBO 2007). De organisatieveranderingen, voortkomend uit de aanpassing aan bovenstaande factoren, vinden frequenter plaats, zijn complexer en riskanter. Echter, wanneer de organisatieveranderingen hebben plaatsgevonden, wil dit nog niet zeggen dat de verandering is ingebed in de praktijk. Wanneer het stadium na de implementatie van de organisatieverandering wordt bestudeerd, gaat het over het proces van borging ofwel ‘duurzaam veranderen’<sup>1</sup>. Julian & Kombarakaran (2006) beschrijven *sustainability* (borging) als volgt: “*Borging ontstaat uit een succesvolle implementatie en richt zich op het institutionaliseren van een interventie/programma met als doel een verbetering of vernieuwing te creëren.*” De definities van *sustainability* zijn echter divers, borging kan op verschillende manieren worden gedefinieerd.

In de literatuur worden verschillende perspectieven van borging benoemd. Het kan als eindpunt worden beschouwd of gezien worden als een cyclisch proces, ‘dynamisch veranderen’. Daarnaast worden door verschillende auteurs (Øvretveit 2008, Miller 2004, Grol & Wensing 2001, Grol & Grimshaw 2003, Schouten 2004) uiteenlopende succesfactoren en knelpunten benoemd voor het wel of niet borgen van veranderingen. De uiteenlopende opvattingen over het borgen van organisatieveranderingen, maar tevens de beperkte literatuur hierover, maakt het interessant dit stadium nader te onderzoeken. Het aantal organisatieveranderingen dat uiteindelijk niet wordt geborgd, is immers hoog (Miller 2004). Een verklaring hiervoor kan zijn dat organisaties processen, structuren en systemen invoeren, zonder dat het personeel volledig is toegewijd aan de nieuwe manier van werken. Om borging van verandercapaciteit te bewerkstelligen, is het verhogen van kennis, vaardigheden en processen bij personeel van cruciaal belang. Deze aandacht voor de werknemers valt onder het vakgebied *Human Resource Management (HRM)*. HRM is een vakgebied dat voortkomt uit het besef dat de menselijke hulpbronnen (*human resources*) in een organisatie de belangrijkste factor zijn voor succes (Boselie & Pauwe 2002). Wanneer een terugkoppeling wordt gemaakt naar ‘duurzaam veranderen’, lijkt via de HRM benadering de werknemer een belangrijke stempel te drukken op het werkproces. Interessant is om te bestuderen of deze aandacht voor de werknemer een meerwaarde kan betekenen voor het succesvol borgen van organisatieveranderingen.

## 1.1 Project ‘Werken zonder Wachtlijst’

Aanleiding voor het schrijven van deze afstudeerscriptie vormt de beperkte literatuur over borging van organisatieveranderingen en succesfactoren hiervoor. Om het inzicht hierin te vergroten, is het succesvolle project ‘Werken zonder Wachtlijst’ (WZW) (CBO 2002) geanalyseerd.

---

<sup>1</sup> In deze afstudeerscriptie zullen de termen ‘borging’ en ‘duurzaam veranderen’ naast elkaar worden gehanteerd om afwisseling in zinsopbouw te realiseren.



Sinds 2002 heeft het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) zevenmaal een project 'Werken zonder Wachtlijst' opgezet. Inmiddels hebben in totaal 181 poliklinieken uit 50 ziekenhuizen meegedaan (CBO 2007). De hoofddoelstelling is steeds dezelfde: het minimaliseren van de toegangstijd tot de polikliniek. Er wordt gewerkt via de acht principes van WZW zoals: "Doe het werk vandaag, vandaag!" Daarnaast formuleren de deelnemers aanvullende doelstellingen, die met hun specifieke situatie op de polikliniek te maken hebben (CBO 2004). De ervaringen zijn zeer positief. Veranderingen zijn onder andere dat er minder overboekingen zijn en de spreekuren minder uitlopen (CBO 2007). Daarnaast hebben vele kleine verbeteringen het werk vergemakkelijkt of irritaties opgelost. De poliklinieken hebben naar eigen zeggen meer grip gekregen op de praktijk (CBO 2007).

De vraag rijst echter na deze veelbelovende resultaten: wat is er na enkele jaren van de nieuwe werkwijze over? Het ontdekken van randvoorwaarden (en succesfactoren) om de toegangs- en wachttijden in de zorg 'duurzaam' te veranderen, staat centraal in dit afstudeeronderzoek. Getracht wordt de huidige werkwijze om de toegangs- en wachttijden op de poliklinieken laag te houden, te analyseren. Tijdens de analyse van het project zullen eventueel uitgevoerde HRM-activiteiten bestudeerd worden om te ontdekken of er een meerwaarde ligt voor deze relatief nieuwe benadering. Kan uiteindelijk worden gesteld of HRM een succesfactor is voor het wel of niet duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden? Deze afstudeerscriptie zal deze vraag beantwoorden.

## **1.2 Afbakening**

Dit onderzoek maakt gebruik van een onderzoekafbakening. Het project 'Werken zonder Wachtlijst' en de huidige werkwijze om toegangs- en wachttijden laag te houden, zijn in dit afstudeeronderzoek onderzocht.

## **1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen**

Om dit onderzoek richting te geven, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

*"Welke randvoorwaarden bestaan er voor het duurzaam veranderen van toegangs- en wachttijden zoals in het project 'Werken zonder Wachtlijst' en heeft de inzet van HRM hierbij meerwaarde?"*

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1 Welke complicaties brengen organisatieveranderingen met zich mee en wat impliceert borging ofwel 'duurzaam veranderen'?
- 2 Wat houdt Human Resource Management in?
- 3 Wat zijn de belangrijkste kernelementen van het project 'Werken zonder Wachtlijst'?
- 4 Welke rol speelt HRM in het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden?
- 5 Welke verklaringen kunnen worden gevonden voor het slagen of mislukken van het borgen van de werkwijze 'Werken zonder Wachtlijst'?

#### **1.4 Doel en relevantie**

Het concept 'WZW' is inmiddels in zo'n 190 poliklinieken ingevoerd en blijft zich verder verspreiden. Het unieke van het concept is dat het een duurzame oplossing beweert te bieden voor de wachtlijstproblematiek. 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 bewering is echter nog niet systematisch onderzocht en het is dan ook de vraag of het project inderdaad de juiste ingrediënten bevat om duurzaam te veranderen. Daarnaast bestaat onduidelijk over de vraag welke factoren bepalend zijn om dat te bewerkstelligen. De inzichten uit dit afstudeeronderzoek zullen bijdragen aan het verbeteren van het 'WZW' concept. Nieuwe poliklinieken in Nederland kunnen daarmee profiteren van de ervaringen van succesvolle poliklinieken. Voor de deelnemende poliklinieken biedt dit onderzoek de kans om te reflecteren op de wijze waarop al dan niet het WZW denken leeft, hetgeen kan bijdragen aan duurzaamheid. Het doel van dit afstudeeronderzoek is tweeledig: randvoorwaarden voor het duurzaam veranderen van toegangs- en wachttijden ontdekken en onderzoeken of de inzet van Human Resource Management (activiteiten) een meerwaarde kan betekenen voor het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden. De conclusies kunnen in ogenschouw worden genomen bij volgende series 'Werken zonder Wachtlijst' zodat meer rendement ontstaat op het borgen van de werkwijze.

#### **1.5 Indeling afstudeerscriptie**

Het volgende hoofdstuk 'Theoretisch kader' zal beginnen met een korte inleiding over het fenomeen 'organisatieverandering'. Het thema 'duurzaam veranderen' of 'borging' zal als rode draad door deze afstudeerscriptie heen lopen. De discussie over borging wordt uiteengezet middels visies van verschillende auteurs. *Human Resource Management* zal als vakgebied behandeld worden wanneer de overgang plaatsvindt naar het identificeren van succesfactoren. Getracht wordt een link te vinden tussen succesfactoren voor duurzaam veranderen en HRM. In het hoofdstuk 'Methoden' zal de werkwijze van dit afstudeeronderzoek inzichtelijk gemaakt worden. In dit hoofdstuk zullen het type onderzoek, de onderzoekspopulatie, de dataverzameling en -analyse nader worden toegelicht. Hoofdstuk vier zal gewijd worden aan project 'Werken zonder Wachtlijst'. De principes van WZW zullen kort worden behandeld zodat meer inzicht ontstaat in het project dat geanalyseerd is in dit afstudeeronderzoek. In het hoofdstuk 'Analyse' zullen de onderzoeksresultaten, voortkomend uit de *face to face* interviews, behandeld worden en zal een verdiepende analyse van de resultaten plaatsvinden. In de hoofdstukken 'Conclusie' en 'Discussie' zal een antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag en deelvragen en zal kritisch gereflecteerd worden op dit afstudeeronderzoek.

## 2 Theoretisch kader

Het theoretisch kader vormt een weergave van onderwerpen die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Ingegaan zal worden op de vraag waarom organisaties veranderen en welke complicaties dit met zich meebrengt. Als één van de vele complicaties zal 'duurzaam veranderen' (borging) benoemd. HRM is de factor die is uitgekozen is in dit afstudeeronderzoek.

### 2.1 Organisatieveranderingen

Professionele organisaties als universiteiten en ziekenhuizen opereren in een turbulente en complexe omgeving. Als gevolg hiervan hebben deze organisaties te maken met grote veranderingen en onzekerheid. Markten worden gedereguleerd, concurrentie neemt toe en cliënten worden veeleisender (Brock et al. 1999). Door de jaren heen hebben organisaties betere concurrenten van zichzelf willen maken. Ze voerden veranderingen als TQM<sup>2</sup> door en probeerden cultuuromslagen te bereiken. Sommige bedrijven waren succesvol, anderen faalden. Alle bedrijven hadden echter hetzelfde doel: fundamentele veranderingen doorvoeren om een grotere uitdaging te vormen voor de nieuwe markt en andere bedrijven (Kotter 1998). Verschillende auteurs als Kotter (1998), Light (2000) en Cozijnsen (1987), benoemen verandermanagement als een complex proces waarin succesfactoren en knelpunten onderscheiden kunnen worden. Eén van deze knelpunten vormt het behouden van organisatieveranderingen: duurzaam veranderen (Miller 2004:8). Uit onderzoek blijkt dat 70% van de veranderprojecten faalt om de resultaten te behouden die beloofd waren (Miller 2004, Pfeifer & Schmitt 2005, Balfour & Clarke 2001). Organisaties voeren nieuwe systemen, processen en activiteiten in, maar falen op het gebied van een goede en blijvende implementatie. Werknemers hebben bijvoorbeeld niet voldoende *commitment* (betrokkenheid bij de organisatie) om de nieuwe werkwijze te borgen (Miller 2004:9). Veel gerapporteerde problemen zijn (ibid.:9):

- Veranderingen duren te lang om de beloofde resultaten te behalen, ze zorgen slechts voor voordelen in een bepaald gebied of worden nooit voltooid.
- Werknemers staan sceptisch tegenover de voordelen vanwege toegenomen werklust.
- Het is moeilijk *commitment* van werknemers te behouden.
- Er vinden te weinig individuele en groepsleerprocessen plaats.
- De geloofwaardigheid van (project)leiders wordt ondermijnd door het feit dat zij te veel beloven en weinig resultaat afleveren door een gebrek aan realisme en bekwaamheden.

Naast bovengenoemde problemen, heeft men in de zorg sterk te maken met de professionele autonomie van artsen (Light 2000). Zij hebben een grote mate van autonomie vanwege hun kennis en kunde. Het uitvoeren van het werk 'op de eigen manier' wordt als belangrijk ervaren en men is vaak niet gewend deze manier van werken te veranderen.

---

<sup>2</sup> TQM staat voor 'Total Quality Management' en is een managementstroming die gericht is op voortdurende verbetering van bedrijfsprestaties. Deze stroming legt de focus op het voldoen aan eisen van de klant en de bedrijfsstrategie (Wikipedia 2008).

In een project of veranderingstraject komt weerstand om de manier van werken aan te passen, vaak voort uit deze hoge mate van autonomie. Weerstand komt in het algemeen voornamelijk voor bij het begin van de verandering. Toch kan *commitment* in het proces verminderen. De projectleiders of *'change leaders'* zullen volgens Miller (2004:12) te allen tijde de reacties van werknemers moeten monitoren (Miller 2004). Een project kan immers gevolgen hebben voor de werkrelaties, leermogelijkheden en verantwoordelijkheden van werknemers. Om bovengenoemde knelpunten te pareren, is effectief verandermanagement de eerste stap richting borging of duurzaam veranderen: *"Effectief verandermanagement verschaft processen, gereedschappen en technieken om de menselijke kant van verandering te ondersteunen en te komen tot positieve bedrijfsresultaten"* (Change First 2003:5). Wanneer effectief verandermanagement wordt ingezet, is dit een succesvolle stap richting duurzaam veranderen.

## 2.2 Duurzaam veranderen

De precieze definitie van *'sustainability'* ofwel borging is tot op heden een onderwerp van debat; een universeel geaccepteerde definitie van borging bestaat niet. Borging heeft verschillende betekenissen voor verschillende mensen (Leger 2005). Borging vindt volgens Sibthorpe et al. (2005) plaats op verschillende domeinen. Sibthorpe et al. (2005) spreken van politieke borging, institutionele borging, financiële borging, economische borging, klantborging en borging van arbeidskwaliteit (werknemers, vaardigheden en motivatie). Duurzaam veranderen of *'sustainability'* kan kortom op veel verschillende manieren worden gedefinieerd (Buchanan et al. 2006:24, Øvretveit 2008a). Het kan de stabiliteit van werkmethodes omvatten of het consistent bereiken van doelen. Het kan tevens gedefinieerd worden in termen van het volgen van een veranderingstraject om organisatieprestaties te verbeteren. Het behouden van methoden en doelen suggereert een statische benadering (§2.4). Het focussen op voortdurende ontwikkeling houdt een dynamische benadering in (§2.5). Gezien het feit dat op meerdere manieren naar borging kan worden gekeken, worden implementatie van veranderingen en het borgen van deze veranderingen in de literatuur vaak in samenhang met elkaar benoemd. The National Health Service (NHS) geeft de volgende omschrijving van *sustainability* (NHS 2002): *"Sustainability is when new ways of working and improved outcomes become the norm. Not only have the process and outcome changed, but the thinking and attitudes behind them are fundamentally altered and the systems surrounding them are transformed in support."* De kern van duurzaam veranderen volgens deze definitie is dat de nieuwe werkwijze een geïntegreerd onderdeel is geworden in het werk en dat attitudes en de manier van denken over het werk zijn gewijzigd. De vraag is echter: hoe lang duurt het voordat iets is geborgd? (Øvretveit 2008a). Dit hangt af van het type verandering, de acties om de verandering te institutionaliseren en de tijdsduur van het continueren van de activiteit (Øvretveit 2008a).

*Sustainability* ofwel borging blijkt geen eenduidig proces te zijn. Kotter (1998:3) maakt duidelijk dat de overgang van verandering naar borging niet eenvoudig is. Het veranderingsproces moet in een aantal stappen uitgevoerd worden zodat men uiteindelijk duurzaam verandert. Wanneer één of meerdere stappen worden overgeslagen, zal deze 'snelle progressie' niet leiden tot resultaat (ibid.:3). Het slordig omgaan met het doorvoeren van de stappen kan leiden tot vertraging of verminderde resultaten.

Naast Kotter hebben andere auteurs verschillende opvattingen over borging. Wordt borging gezien als een eindpunt van de verandering of wordt het gezien als een proces dat eigenlijk niet stopt?

### **2.3 Borging: verschillende perspectieven**

Finlay (2000), Kotter (1998) en Grol & Wensing (2001) zien borging als een eindpunt waarin de verandering is geïnternaliseerd in de organisatie en onderdeel is geworden van de 'normale werkwijze'. Naast borging als eindpunt, is een tweede perspectief te onderscheiden, namelijk het dynamisch borgen (Schouten 2004, Balfour & Clarke 2001, Pfeifer & Schmitt 2005, Lawrence et al. 2006). Bij het dynamisch borgen wordt borging niet per definitie gezien als een eindstation van het behouden van resultaat, maar wordt het gezien als een proces waarin nieuwe verbeteringen worden aangebracht. De bestaande discussie omtrent borging in de literatuur is complex.

### **2.4 Borging als eindpunt**

Duurzaam veranderen en het implementatieproces gaan in de literatuur vaak hand in hand (Pfeifer & Schmitt 2005, Miller 2004, Balfour & Clarke 2001, Lawrence et al. 2006). Auteurs als Kotter (1998), Grol & Wensing (2001) en Finlay (2000) onderscheiden allen verschillende stadia in de aanloop naar het eindpunt (statische borging). Finlay (2000) hanteert voor het proces van verandering naar borging de volgende indeling, verdeeld in drie fasen (Finlay 2000:403-404):

- *Unfreezing*: het loslaten van 'normale' gedragingen, normen en waarden omdat urgentiebesef om te veranderen is ontstaan.
- *Change*: het aanzetten tot en uitvoeren van de verandering.
- *Refreezing*: het tenslotte eigen maken van nieuwe gedragingen en denkwijzen.

Het borgen van de organisatieveranderingen vindt plaats in de laatste fase: het eigen maken van de nieuwe gedragingen en denkwijzen. De stap die zich bevindt voordat feitelijke borging plaatsvindt, is gericht op het verankeren van verbetering en het stimuleren van verdere vooruitgang. Dit gebeurt door medewerkers aan te trekken en te ontwikkelen die de verandering internaliseren of geïnternaliseerd hebben. Daarnaast wordt het proces versterkt door nieuwe projecten en het gebruik maken van toegenomen vertrouwen (Finlay 2000). Eén van de cruciale stappen in fase drie is het snel boeken van resultaat om de medewerkers te motiveren (Finlay 2002:404). Waar de stappen tot het komen van borging bij Finlay (2000) globaal worden weergegeven, heeft Kotter in zijn artikel *'Leading Change: Why Transformation efforts fail'* acht stappen geformuleerd die allemaal doorlopen moeten worden om veranderingen effectief door te voeren en te behouden (Kotter 1998:21). In fase één moet urgentiegevoel gecreëerd worden. Volgens Kotter zullen mensen niet bereid zijn mee te gaan in een verandering wanneer zij de meerwaarde ervan niet inzien. Wanneer de meerwaarde wordt ingezien, moet een duidelijke coalitie worden aangesteld die genoeg macht heeft om de verandering door te voeren. Deze coalitie moet 'teamwork' uitstralen. De derde fase betekent het vormen van een duidelijke visie om richting te geven aan de verandering en het uiteindelijk te behalen doel (het borgen van de verandering). In de vierde fase moet duidelijk gecommuniceerd worden over de verandering en de gevolgen hiervoor voor de werksituatie. In de volgende fase moeten obstakels in het

implementeren van de verandering worden herkend en worden verwijderd. Hierbij kan gedacht worden aan het verminderen van weerstand. Constante monitoring van de inzet van werknemers is hierbij van belang (Miller 2004:12). In de zesde fase moeten positieve resultaten behaald worden en worden gedeeld met werknemers. Positieve resultaten motiveren om door te gaan met de verandering. In de zevende fase moeten systemen, structuren en beleid worden aangepast om te kunnen blijven werken via de verandering. In de achtste fase tenslotte wordt de verandering geborgd in de organisatie. Hierbij moet de aandacht gericht worden op klanttevredenheid en zullen aansturing en het behouden van succes voorwaarden zijn om de klanttevredenheid te kunnen verhogen.

Naast Finlay (2000) en Kotter (1998) zien ook Grol & Wensing (2001) borging als eindpunt van een implementatietraject. Net als veel andere auteurs, zien zij een effectief veranderingstraject als voorloper om duurzaam te veranderen. Evenals Kotter (1998), beschrijven zij in detail een effectief veranderingstraject waarin duurzaam veranderen het laatste stadium betreft (Grol & Wensing 2001:77). Het implementatieproces kan ingedeeld worden in vijf fasen (ibid.:77). In de eerste fase staat oriëntatie centraal. Zorgverleners, teams en instellingen moeten op de hoogte zijn van het feit dat een innovatie zich voordoet en dat hun belangstelling hierbij gewekt moet worden. Het moet in de beleving van medewerkers een meerwaarde hebben voor het werk. Vervolgens moeten de werknemers weten wat de innovatie inhoudt en wat dit voor consequenties heeft voor hun werkwijze. Daarnaast moet inzicht bestaan in de eigen wijze van zorgverlening (Grol & Wensing 2001:77). Na deze eerste twee fasen ontstaat acceptatie: de betrokkenen raken gemotiveerd, ontwikkelen een positieve houding en raken overtuigd van het feit dat de nieuwe werkwijze een meerwaarde kan betekenen. Om de nieuwe manier van werken te kunnen realiseren, is het van belang dat duidelijkheid bestaat over de toepassing in de eigen werksituatie, dat duidelijkheid bestaat over mogelijke knelpunten en dat inzicht bestaat in hoe deze kunnen worden opgelost. De fase die hierop volgt is verandering. Hierbij moeten werknemers de mogelijkheid hebben deze verandering eerst op kleine schaal door te voeren, te ervaren en de benodigde vaardigheden te leren. Na deze 'experimentele fase' kan bepaald worden of de verandering werkt en tevens voldoet aan de verwachtingen (ibid.:78). De laatste fase wordt gevormd door het behouden van de verandering. Voorkomen moet worden dat medewerkers in oude routines vervallen. Hierdoor moet de nieuwe werkwijze worden ingebed in bestaande protocollen of plannen. Tevens maakt de organisatie blijvende toepassing en verankering in de organisatie mogelijk. Het eindpunt van het implementatieproces vormt de borging van de organisatieverandering: de nieuwe werkwijze zal worden geïntegreerd en verankerd in routines (Grol & Wensing 2001:79).

## **2.5 Dynamisch borgen**

Naast het perspectief van borging als 'eindpunt' na het veranderingstraject, wordt borging ook wel gezien als een cyclisch proces: dynamisch borgen (Schouten 2004, Pfeifer & Schmitt 2005, Balfour & Clarke 2001, Lawrence et al. 2006). Het stadium 'dynamisch borgen' is geen eindpunt maar een proces dat steeds terugkeert en waarop anders gereageerd wordt: *“Een succesvol (doorbraak)project is het resultaat van het ontwerpen, leren en aanpassen, zodanig dat naast het behouden van het gerealiseerde resultaat, een structurele basis wordt gelegd voor toekomstige veranderingen”*

(Schouten 2004:3). Echter, het betekent niet dat er geen verdere aandacht aan besteed hoeft te worden wanneer de verandering nu behoort tot de normale werkwijze. Voortdurend ontwikkelen en verbeteren van uitkomsten is van belang om het veranderingsproces tot borging niet keer op keer te hoeven doorlopen. Dynamisch borgen vraagt hiermee om verschillende vormen van leren. Ten eerste speelt de gangbare manier van leren, ofwel *single-loop learning*, een rol: wanneer een fout wordt ontdekt, wordt een interventie uitgevoerd om deze fout te corrigeren (Argyris 1991). Echter, slechts de fouten corrigeren, is niet voldoende. Men moet een manier vinden om niet alleen de fouten te corrigeren, maar tevens de manier van werken te veranderen en deze in te bedden in de organisatie. Dit kan door middel van *double loop learning*, waarin mensen hun eigen veronderstellingen voortdurend kritisch bekijken (Argyris 1991). Bij het leerproces, hoort tevens het geven van feedback (Change First 2005:7). Uit recente doorbraakprojecten is de ervaring ontstaan dat borging een systeembrede aanpak vergt, met vervolgotrainingen voor de volgende groepen professionals en managers, met aanpassing van ondersteunende procedures en systemen (o.a. administratieve- en overdrachtssystemen), met de juiste prikkelende incentives en vooral met een continue en zichtbare aandacht, monitoring en bijsturing vanuit het (top)management. Alleen als de gekozen werkwijze systematisch wordt verankerd in de dagelijkse praktijk, is het effect blijvend (Schouten 2004). Op deze manier is sprake van dynamisch borgen door te leren en continu de ontwikkelingen te monitoren. Welke succesfactoren zijn nog meer te ontdekken?

## 2.6 (Succes)factoren voor borging

Uit onderzoek van Grol & Grimshaw (2003:1225) is gebleken dat discrepantie bestaat tussen wetenschap en praktijk: borging blijft in de praktijk complex. Zelfs wanneer professionals zich bewust zijn van de meerwaarde van de verandering en bereid zijn om te veranderen, blijft het moeilijk vaste patronen te doorbreken. Om de vraag te kunnen beantwoorden welke succesfactoren bij kunnen dragen aan het succesvol borgen van organisatieveranderingen, kunnen resultaten uit doorbraakprojecten<sup>3</sup> worden genoemd. De vraag welke factoren met name van invloed zijn geweest op het behoud dan wel de terugval van resultaat, levert een willekeur aan antwoorden op (Schouten 2004:2). Factoren van invloed op het terugval zijn personele wisselingen, het ontbreken van goede randvoorwaarden (met name het ontbreken van genoeg menskracht), gebrek aan eenduidigheid omtrent doelen en visie, onvoldoende discipline en verslapping van de aandacht (Schouten 2004:2). Voor het slagen van het behoud van veranderingen, is de rol van een positieve (verbeter)cultuur de meest genoemde factor (Schouten 2004). Daarmee lijkt niet alleen de verbetering op zich van belang, maar juist de invloed die het verbeterproject heeft op het geheel van denken en handelen met betrekking tot kwaliteit. Dat een nieuwe werkwijze of procedure een zichtbaar positief resultaat oplevert, is van cruciaal belang voor het behoud van de verbetering, zo blijkt uit de reacties van de deelnemers. Daarnaast blijken activiteiten als informeren, communiceren en (periodiek) meten voor het behoud van verbeteringen, essentieel. Uit ander onderzoek blijkt dat het geven van *feedback* (Grol

---

<sup>3</sup> "Een Doorbraakproject bestaat uit 8-15 multidisciplinair samengestelde teams. Ze zijn afkomstig uit verschillende zorginstellingen en/of regio's in Nederland en vormen tijdens de duur van een project een tijdelijk samenwerkingsverband. Al deze teams werken aan het optimaliseren van de zorg op hetzelfde onderwerp of zorgproces. Rondom dit onderwerp of proces formuleren ze hun eigen doelstellingen. Tijdens het Doorbraakproject worden de teams begeleid door inhoudelijke en methodische deskundigen. Veel aandacht wordt hierbij besteed aan het meten van resultaten"(CBO 2008).

& Grimshaw 2003:1227) belangrijk is, want accurate en tijdige informatie over de voortgang vergroot de kans op borging. *Feedback* wordt dan voornamelijk gezien in combinatie met o.a. educatie (Grol & Grimshaw 2003:1227). Hierbij wijzen zij ook op het belang van aandacht voor de organisatiecultuur (Grol & Wensing 2001:207, Schouten 2004:1643) en de betrokkenheid van leidinggevenden (Grol & Wensing 2001:207). Daarnaast menen zij dat motivatie van individuen, aangevuld met capaciteit en competenties, een rol speelt in borging. Een eerste reactie op veranderingen is namelijk vaak “waarom iets veranderen als alles in orde is?” en “we doen het altijd zo”, wat vaak wordt opgevolgd door weerstand (Finlay 2000:408-409). Dit maakt het belangrijk voldoende aandacht te besteden aan het creëren van motivatie en begrip voor de verandering en het ontwikkelen van een positieve houding ten opzichte van deze wijziging.

Miller (2004:11) onderscheidt zes kritische succesfactoren voor borging: het delen van een gezamenlijke visie, effectief leiderschap tijdens de verandering, betrokkenheid bij het proces, een goede uitvoering door de verantwoordelijke managers, betrokkenheid van werknemers bij het veranderingproces en het monitoren van het duurzaam veranderen. De succesfactoren komen tevens terug in de rapportage van de doorbraakprojecten (zie Schouten 2004). Het formuleren, communiceren en behouden van doelen creëert urgentie, energie en gezamenlijkheid. Het is de eerste kritische stap in het proces van borging.

Daarnaast is effectief leiderschap vereist. Werknemers zullen een veranderinitiatief beter begrijpen wanneer er een leider staat die geloofwaardig, ondersteunend en consistent is. Krachtige activiteiten om werknemers te betrekken zijn communiceren, betrekken, trainen en belonen. Op deze manier zal een sterke betrokkenheid ontstaan bij de verandering en het behouden hiervan en zal weerstand verminderen. De werknemers zullen gemotiveerd moeten worden waardoor *commitment* ontstaat. De managers of projectleiders op de werkvloer moeten de verandering doorvoeren en zullen de verandering moeten blijven monitoren. Op deze manier zal een sterke persoonlijke betrokkenheid ontstaan bij het borgen van de verandering en zullen de werknemers begrijpen hoe zij zelf kunnen bijdragen aan duurzaam veranderen (Miller 2004). Duidelijk is dat duurzaam veranderen of de mate van borging wordt bepaald door factoren. Wanneer deze factoren in ogenschouw genomen worden, kan de definitie van *sustainability* uitgebreid worden. Dale et al. (1999) geven de volgende definitie van *sustainability*: “*Maintaining a process of quality improvement, combining: commitment and leadership, planning and organization, improvement techniques, education and training, employee involvement, teamwork, performance measurement and feedback and culture change*”. Het combineren van bovenstaande ‘succesfactoren’ in bovenstaande definitie, blijkt de mate van borging het meest te beïnvloeden. Een grote nadruk wordt gelegd op de betrokkenheid van de werknemer als cruciale factor.

**Figuur 1: Zes kritische succesfactoren voor borging (Miller 2004:11, Change First 2003:9)**





Veranderen heeft namelijk alles te maken met mensen. Als zij niet veranderen, zal niets significant veranderen (Miller 2006:11). Veranderinitiatieven worden slechts permanent wanneer 'change leaders' in de organisatie de reactie van werknemers nauwlettend in de gaten houden. 'Hoe kijken werknemers aan tegen de veranderingen en bestaat er weerstand'? De verandering kan namelijk invloed hebben op de werkveiligheid, het verantwoordelijkheidsniveau, de ontplooiingsmogelijkheden en de werksfeer (Miller 2006:12). Voor het behouden van veranderingen, zijn werknemers een cruciale factor in het succes hiervan. Gezien het feit dat de zorgsector zeer arbeidsintensief is en dit in de toekomst - gezien de beperkte mogelijkheden om arbeid door technologie te vervangen - ook zal blijven, dient het belang van personeel te worden erkend (Pool & Van Dijk 1999:1). Het aanbod en de kwaliteit van de zorgverlening is sterk afhankelijk van de inzet en deskundigheid van zorgverleners. De manier van managen van deze 'human resources' kan invloed hebben op het behoud van veranderingen. Een verdieping van de HRM benadering is hiervoor noodzakelijk.

## **2.7 Human Resource Management**

Begin jaren tachtig ontstond het besef dat werknemers een waardevol bezit zijn in de organisatie, omdat ze gemanaged kunnen worden en zo een bijdrage kunnen leveren aan organisatieprestaties. Vanaf die periode werd het vakgebied 'Personeelsmanagement' aangeduid als Human Resource Management (HRM) (Schuler & Jackson, 1999). HRM is een multidisciplinair vakgebied omdat het onder andere inzichten uit de psychologie, onderwijskunde, economie en strategisch management bevat (Van Loo & De Grip 2002:5). Volgens Boselie (2002) houdt HRM het volgende in: "*Human Resource Management are decisions related to policies and practices which together shape the employment relationship and are aimed at achieving individual, organisational and societal goals.*" De kernopgave van HRM houdt kortom het realiseren in van een balans tussen doelstellingen en belangen van de organisatie en die van medewerkers. De theorievorming rond HRM komt voort uit het besef dat de menselijke hulpbronnen de belangrijkste factor zijn geworden voor het succes van organisaties. Menselijke bronnen voldoen aan de kenmerken van de '*Resource Based Theory of the firm*' (Barney 2001): ze zijn economisch waardevol, zeldzaam, moeilijk of niet imiteerbaar en moeilijk of niet vervangbaar. Kennis, ervaring en attitude behoren tot deze eigenschappen.

HRM wordt de laatste jaren steeds meer gezien als een beslissende factor voor de *performance* van organisaties (Van Loo & De Grip 2002:5). Eén van de belangrijkste discussiepunten in het onderzoek naar de relatie tussen performance en HRM is gericht op de operationalisering van HRM (Boselie & Pauwe 2002:49). Twee benaderingen kunnen daarbij worden onderscheiden: de instrumentele benadering en de systeembenadering. De instrumentele benadering ziet HRM als individuele HRM activiteiten en richt zich op het in kaart brengen van de effecten van de afzonderlijke HRM-activiteiten als selectiemethoden, opleiding of training. De systeembenadering richt zich op de effecten van systemen of bundels van HRM in zijn totaliteit. De veronderstelling hierbij is dat HRM-activiteiten als personeelsplanning, werving, selectie en socialisatie op elkaar moeten worden afgestemd om in het geheel een bijdrage te kunnen leveren aan de prestatie (*horizontale fit*). De gedachte bij deze benadering is dat combinaties van HR-praktijken waardevoller zijn dan HR-praktijken afzonderlijk. Echter, wanneer (individuele) HRM-activiteiten worden gebruikt om het effect op prestatie te

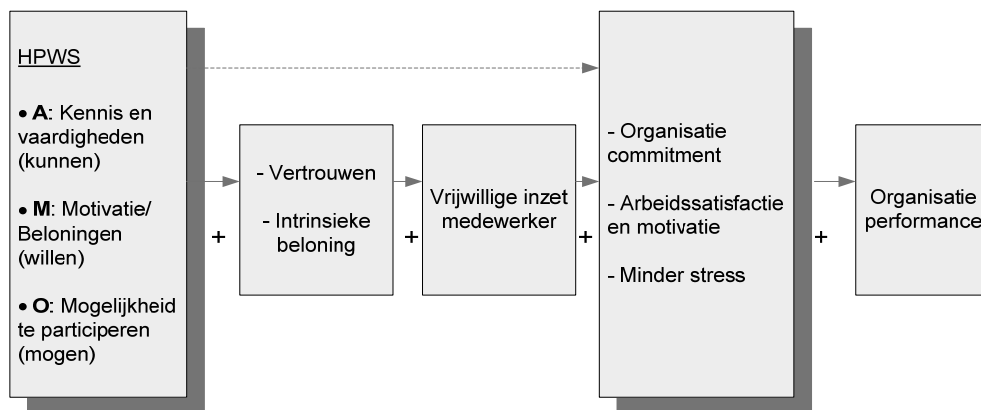
analyseren, kan dit leiden tot een overschatting van het effect. Boselie en Paauwe (2002:49) noemen als nadeel van de systeembenadering dat systemen of bundels moeilijk interpreteerbaar zijn voor de praktijk. Ondanks dit verschil van inzicht groeit onder wetenschappers de overtuiging dat de systeembenadering de voorkeur heeft boven de instrumentele benadering.

Binnen de systeembenadering zijn twee modellen te onderscheiden: het *control model* en het *commitment model*. Het *control model* staat voor een toezichhoudend systeem van aansturing met nadruk op directe supervisie, controle, centralisatie en weinig of geen participatiemogelijkheden voor werknemers. Het *commitment model* bevat een participatieve aansturing waarin voor de medewerker veel ruimte is voor participatie, decentralisatie, opleiding en training (Boselie & Pauwe 2002:49). In de gezondheidszorg is het *commitment model* toe te passen. De professionals hebben vanwege hun vakinhoudelijke kennis professionele autonomie en leveren de directe service aan de patiënt. Doordat men in de zorg is toegewijd aan het leveren van goede zorg en de zorgverleners een maatschappelijke functie hebben, gaat het *commitment model* op voor de zorg. Werknemers kunnen dan gemotiveerd worden door te participeren en verantwoordelijkheid te krijgen. Door uit te gaan van dit model, kunnen activiteiten benoemd worden die van belang zijn om tot een goede prestatie van de organisatie te komen. Onder een 'organisatieprestatie' kan het succesvol borgen van een project verstaan worden. Om de individuele bijdrage aan de organisatie te bestuderen, kan de AMO theorie (Boxall & Purcell 2003, Appelbaum et al. 2000) als uitgangspunt worden genomen om te laten zien dat een organisatieprestatie afhankelijk is van de som der individuele *performances*.

## 2.8 AMO theorie

Boxall & Purcell (2003) laten zien dat de performance van de werknemer is opgebouwd uit drie functies en geven dit weer in een theorie:  $P = f(A, M, O)$ . *Performance* is een functie van bekwaamheden van de werknemers (*abilities*), motivatie (*motivation*) en het hebben van de mogelijkheid deze *performance* te bereiken (*opportunity to participate*). Door via HRM-activiteiten invulling te geven aan de drie componenten uit de AMO theorie, wordt een '*High Performance Work System*' (HPWS) gecreëerd (Appelbaum et al. 2000:7). Het HPWS heeft tot doel de betrokkenheid, *commitment* en competenties van werknemers te verhogen (ibid) en hanteert de AMO componenten als instrumenten om dit te bereiken. Een HPWS, die bestaat uit meerdere HRM-activiteiten, kan gebruikt worden om de medewerker in de richting van die prestatie te managen. *Bij performance* moet men denken aan uitkomstvariabelen voor de organisatie, maar tevens voor de werknemer zelf. Uitkomstvariabelen voor de organisatie kunnen o.a. productiviteit en kwaliteit inhouden, terwijl uitkomstvariabelen als *commitment*, tevredenheid, motivatie en stress voor de werknemers gelden (Appelbaum et al. 2000). Het betrekken (O), motiveren (M) en trainen van vaardigheden (A) van personeel heeft een toename van vertrouwen tot gevolg tussen werkgever en werknemer en zorgt voor een uitdagender werkervaring (intrinsieke beloning). Vertrouwen en intrinsieke beloning hebben vervolgens invloed op *commitment*, arbeidssatisfactie en stress. De uitkomstvariabelen afzonderlijk zullen invloed hebben op de organisatie performance.

**Figuur 2: High performance work system (Appelbaum et al. 2000:167)**



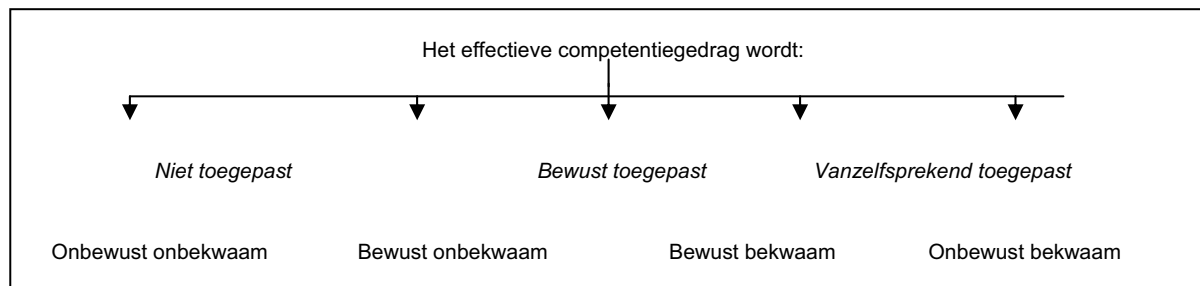
De componenten A, M en O beïnvloeden elkaar ook. In de volgende subparagrafen worden de verschillende componenten verder uitgediept. De elementen uit de overige boxen zullen niet apart worden behandeld. Zij zijn de uitkomsten van de componenten A, M en O. De nadruk wordt in deze afstudeerscriptie gelegd op HRM-activiteiten (die de componenten uit de AMO theorie verhogen).

### 2.8.1 Abilities

Onder deze component worden de kennis, vaardigheden en competenties bedoeld die de werknemer nodig heeft om het werk goed uit te voeren (Boxall & Purcell 2003). Onder kennis kan de benodigde kennis voor de functie verstaan worden. Onder vaardigheden kunnen basale vaardigheden, technisch specifieke vaardigheden, sociale vaardigheden en leiderschapsvaardigheden worden verstaan (Appelbaum et al. 2000:41). Om de benodigde vaardigheden te verkrijgen kunnen opleidingen en trainingen gegeven worden (Appelbaum et al. 2000). Naast training en opleiding kunnen werkervaringen de kennis en vaardigheden vergroten (Boxall & Purcell 2003). Deze werkervaringen, zoals het omgaan met organisatieveranderingen en veranderingen in werk en functies, hebben invloed op de mate van competentieontwikkeling.

Volgens het 'bewust bekwaam leermodel' van Chapman (2006) kost het omgaan met een verandering tijd en energie en verloopt competentieontwikkeling in een aantal fasen: in de eerste fase is iemand 'onbewust onbekwaam', in fase twee 'bewust onbekwaam', in fase drie 'bewust bekwaam' en in fase vier 'onbewust bekwaam'. In de eerste fase heeft de werknemer niet de juiste bekwaamheden en is hij/zij zich ook niet bewust van de niet-bekwaamheden. Nadat de werknemer heeft nagedacht over de benodigde kennis en vaardigheden voor bijvoorbeeld een bepaalde functie, wordt duidelijk dat hij/zij nog niet bekwaam (genoeg) is. De tweede fase is een acceptatiefase. De werknemer is zich ervan bewust onbekwaam te zijn en kan leren hoe gedrag wel effectief kan worden. In de derde fase leert hij/zij de juiste vaardigheden of kennis te verwerven en wordt bekwaam het nieuwe gedrag succesvol toe te passen. In de laatste fase is de werknemer bekwaam geworden en is het gedrag ingebed. Het gedrag is automatisch geworden en de werknemer is zich onbewust van het feit dat hij/zij bekwaam is geworden (Chapman 2006). Interessant is om te ontdekken waar werknemers zich in deze stadia van ontwikkeling van kennis en vaardigheden bevinden, bijvoorbeeld in het project WZW.

**Figuur 3: Competentieontwikkeling (visualisering van Chapman 2006)**



### 2.8.2 Motivation

Motivatie, bijvoorbeeld bij het zoeken naar een baan, bestaat volgens Schreiner (2008:65) uit twee componenten: je moet het willen en je moet het kunnen. Motivatie is de 'motor van het handelen' en bevat drie domeinen: behoefte, interesse en waarde. Het 'kunnen' element bevat de componenten: bekwaamheden, vaardigheden en kennis. Deze elementen 'willen' (*motivation*) en 'kunnen' (*abilities*) komen tevens terug in de AMO theorie en geconcludeerd kan worden dat deze elementen elkaar beïnvloeden. Motivatie is het resultaat van behoeften en uitwisselingsprocessen. Deze motivatie kan onderverdeeld worden in intrinsieke en extrinsieke motivatie (Deci 1997). Onder intrinsieke motivatie wordt de motivatie verstaan die geheel afhankelijk is van de aard van de activiteit en die niet voortkomt uit beloningen als salaris. De intrinsieke motivatie van medewerkers wordt meestal gestuurd door gevoelens van tevredenheid en voldoening (Vinke 1996). Mensen hebben de behoefte om zich te onderscheiden van anderen en hebben de behoefte om invloed te kunnen uitoefenen op de eigen (werk)situatie. Autonomie en participatie om die invloed uit te oefenen zijn belangrijk om de intrinsieke motivatie te verhogen (Vinke 1996). Mensen worden hierbij gemotiveerd door het krijgen van waardering, uitdaging of taakbelangrijkheid. Extrinsieke motivatie omvat de motivatie die haar oorsprong vindt in factoren buiten het individu, zoals het ontvangen van beloningen van anderen. De motivatie wordt verhoogd door beloningen als geld, status en veiligheid (Appelbaum et al. 2000:42).

### 2.8.3 Opportunity to participate

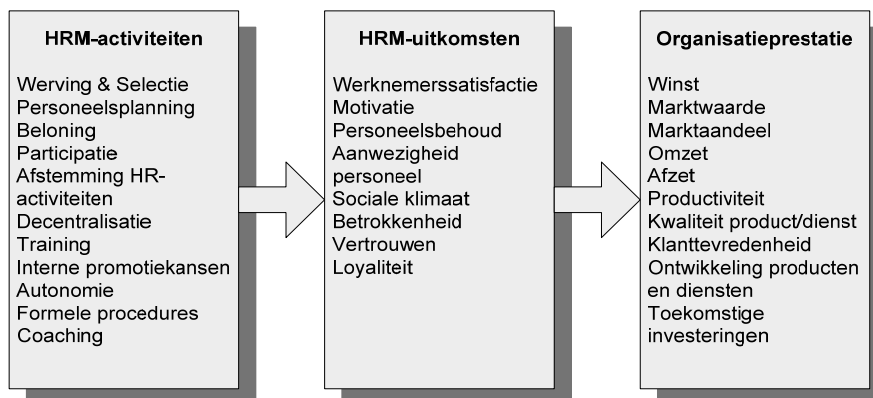
Om het werk goed uit te kunnen voeren, moeten werkgevers de benodigde support bieden aan medewerkers. Hierbij kan gedacht worden aan autonomie en participatie. Appelbaum et al. (2000) verstaan onder autonomie en de mogelijkheid om te participeren het volgende: medewerkers moeten de verantwoordelijkheid krijgen, invloed kunnen uitoefenen en de mogelijkheid hebben om problemen op te lossen en beslissingen te kunnen maken. Deze inspraakmogelijkheid (medezeggenschap), het hebben van controle over beslissingen en het kunnen uitoefenen van invloed op het werk, verhogen de participatie. Het betrekken van werknemers in de besluitvorming heeft een positief effect op betrokkenheid. Naast autonomie en participatiemogelijkheden verstaan Appelbaum et al. (2000) onder '*opportunity to participate*' samenwerking en communicatie. Onder samenwerking kan teamwork worden verstaan. Communicatie houdt het communiceren met medewerkers in over het werk. In het geval van een verandering heeft communicatie twee functies: het informeren van medewerkers over de gevolgen van de verandering en het creëren van groepsgevoel (Elving 2005:3). Tenslotte valt onder component 'O' de ondersteuning van medewerkers en de mogelijkheid voor medewerkers om

problemen die men tegenkomt in het werk, te kunnen aangeven. De componenten A, M en O kunnen beïnvloed worden door HRM-activiteiten.

## 2.9 HRM-activiteiten

HRM-activiteiten zijn activiteiten die organisaties uitvoeren om zich te onderscheiden van andere organisaties en die zich richten op het managen van de relatie met werknemers (Boxall & Purcell 2003:1). HRM gaat immers uit van het verbeteren van prestatieniveau middels het optimaal inzetten en ondersteunen van werknemers. Door HRM-activiteiten uit te voeren, wordt getracht positieve HRM uitkomsten te genereren als werknemerstevredenheid, motivatie, personeelsbehoud, betrokkenheid, vertrouwen, loyaliteit en een goede sfeer (Boselie & Pauwe 2002:8). Door HRM-activiteiten uit te voeren, kunnen de elementen uit de AMO theorie als motivatie, verhoogd worden. Verwacht wordt dat deze uitkomsten ten grondslag liggen aan de verhoging van de performance van een organisatie. Bovenstaande relatie is schematisch weergegeven in figuur vier.

**Figuur 4: Relatie HRM en performance - (Vertaling bron van Pauwe & Richardson (1997))**



Duidelijk is dat HRM invloed heeft op de prestatie van een organisatie (o.a. Arthur 1994, McDuffie 1995, Boselie & Pauwe 2001, Boxall & Purcell 2003, Appelbaum et al. 2000). De vraag is waarop HR managers focussen als zij gaan investeren in HRM-activiteiten. Nederland kent namelijk een sterk geïnstitutionaliseerd HRM beleid (wet- en regelgeving, CAO, subsidies) waardoor de speelruimte wordt beperkt. Anderzijds vraag gereguleerde concurrentie om maatwerk per organisatie (persoonlijke communicatie Van Wijk 2008). Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag, is het noodzakelijk een duidelijk overzicht te hebben van HRM-activiteiten die de processen ondersteunen die uiteindelijk organisatiesucces tot gevolg hebben (Ulrich & Brockbank 2005).

Ulrich & Brockbank (2005:95) onderscheiden vier groepen van HRM-activiteiten:

- *Flow of people*: wat gebeurt er met het belangrijkste deel van de organisatie: de mensen? Hoe komen mensen in een organisatie, hoe banen zij zich een weg door de organisatie en hoe vertrekken ze weer. Door een goede analyse te maken, wordt talent behouden.

- *Flow of performance management*: wat is de relatie tussen mensen en het werk? Hierbij gaat het om standaarden en maatregelen, financiële en niet-financiële beloningen en feedback. Een goede analyse hiervan verhoogt de performance van de organisatie.
- *Flow of information*: Wat maakt mensen bewust van de organisatie en de aanwezigheid van collectieve kennisbronnen? Een goede analyse hiervan zorgt ervoor dat mensen weten wat er speelt en waarom, en hoe zijzelf waarde kunnen creëren.
- *Flow of work*: Wie doet het werk, hoe wordt het gedaan en waar? Deze vraag combineert individueel- en groepswork. Een goede analyse zorgt voor een overzicht van processen.

Door via HRM-activiteiten invulling te geven aan de drie componenten uit de AMO theorie wordt getracht *performance*-uitkomsten als *commitment* en tevredenheid te bereiken (Appelbaum et al. 2000:377). Om de *abilities* (kennis en vaardigheden) te verhogen, kunnen HRM-activiteiten als het geven van feedback, het opzetten van training en ontwikkeling en het inzetten van mobiliteitsbeleid<sup>4</sup>, ingezet worden om de kennis en vaardigheden te verhogen (Ulrich & Brockbank 2005). Pauwe (2004:53) onderscheidt hiervoor HRM-activiteiten als werving & selectie, training, participatie en autonomie. Uit onderzoek van Hackman & Oldham (1980) blijkt dat werknemers zaken als variatie in vaardigheden, taakidentiteit, taakbelangrijkheid, autonomie en feedback belangrijk vinden en dat dit positieve invloed heeft op werkmotivatie, groeitevredenheid, werktevredenheid en werkeffectiviteit. Wanneer werknemers betrokken worden bij activiteiten als verandertrajecten, heeft dit een positieve invloed op productiviteit en productkwaliteit. Tevens zorgt betrokkenheid voor een beter sociaal klimaat (Boselie & Pauwe 2002). Tenslotte moeten werknemers adequaat worden ondersteund in hun werk zodat zij optimale service kunnen bieden. Wanneer de juiste mens op de juiste werkplek zit en adequaat wordt ondersteund in het werk (*opportunity to participatie*), zal dit leiden tot een verhoogde productie. Participatie is positief gecorreleerd met vertrouwen in besluitvorming en werkveiligheid (*opportunity*). Het hebben van autonomie hangt samen met een hogere perceptie van taakbelangrijkheid (Pauwe 2004:76). De *opportunity to participate* neemt toe wanneer medewerkers de autonomie en participatiemogelijkheden krijgen die vereist zijn om het werk goed uit te voeren.

## 2.10 HRM-activiteiten als succesfactor?

Het borgen van organisatieveranderingen blijkt een complex proces te zijn. In de literatuur worden verschillende succesfactoren en knelpunten genoemd. Naast deze factoren, speelt ook het perspectief op borging een rol. Is borging een eindpunt of kan borging omschreven worden als een dynamisch proces? Veel auteurs benoemen de factor *commitment* van de werknemers als een kritische factor in het wel of niet duurzaam veranderen. Doordat de zorgsector zeer arbeidsintensief is, drukken de werknemers een belangrijke stempel op het werk. Van belang is om de werknemers gemotiveerd en betrokken te houden bij het implementatie- en borgingsproces. Via HRM-activiteiten kunnen componenten uit de AMO theorie en hiermee de organisatieperformance (bijvoorbeeld het duurzaam veranderen van toegangs- en wachttijden), verhoogd worden.

---

<sup>4</sup> Mobiliteitsbeleid houdt in dat werknemers de kans krijgen elders in de organisatie ervaringen en kennis op te doen in een andere functie of werkplek. Mobiliteitsbeleid kan de variatie in het werk verhogen, maar tevens de kennis en ervaringen (Boxall & Purcell 2003).

## 3 Methoden

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode en -opzet behandeld. Het gaat hierbij om het type onderzoek, de onderzoekspopulatie, dataverzameling en –analyse. Een helder overzicht van de gehanteerde methoden verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek.

### 3.1 Onderzoeksontworp

In dit afstudeeronderzoek staat het inzicht verkrijgen in randvoorwaarden voor duurzaam veranderen van toegangs- en wachttijden centraal. Tevens wordt getracht inzicht te verkrijgen in de vraag of HRM meerwaarde heeft om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen. Gezien het feit dat deze vraagstelling gericht is op het ontdekken van randvoorwaarden en het vooraf onduidelijk was welke resultaten dit afstudeeronderzoek zou opleveren, sluit kwalitatief onderzoek het beste aan bij dit afstudeeronderzoek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een open en flexibele onderzoeksoptzet waarin de onderzoeker open staat voor hetgeen hij/zij tegenkomt tijdens de dataverzameling (Baarda 1998). Dit afstudeeronderzoek is kortom exploratief (verkenkend) van aard. Exploratief onderzoek kan op twee manieren worden uitgevoerd: op kwantitatieve en op kwalitatieve wijze (Creswell 2003). Bij kwantitatief onderzoek worden *surveys* en enquêtes en tests uitgevoerd. Bij kwalitatief onderzoek wordt veelal gebruik gemaakt van interviews, observaties en documenten (Everaert & Van Peet 2006:18). Om de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden, is in dit onderzoek gekozen voor het houden van *face to face* interviews en het analyseren van documenten. Ter voorbereiding op het onderzoek is een literatuurstudie gedaan. Deze literatuurstudie omvat een *search* van artikelen die het debat over borging uiteenzetten. Daarnaast bevat de *search* het zoeken naar literatuur over het eigen gekozen deelonderwerp. Ter voorbereiding op de interviews is een korte documentenanalyse van de meetgegevens gemaakt.

### 3.2 Afbakening

Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van een onderzoeksafbakening. Alleen het project 'Werken zonder Wachtlijst' is geanalyseerd. Alle leden van de afstudeergroep 'Duurzaam Veranderen'<sup>5</sup> hebben gemiddeld drie poli's onderzocht. Gezien het feit dat dit afstudeeronderzoek een onderdeel is van het totale onderzoek 'Duurzaam veranderen Werken zonder Wachtlijst', bevat dit afstudeeronderzoek een weergave van resultaten, afkomstig uit de volgende poliklinieken:

- Polikliniek cardiologie, ziekenhuis A (Midden van Limburg)
- Polikliniek neurologie, ziekenhuis B (West-Brabant)
- Polikliniek orthopedie, ziekenhuis C (West-Brabant)

---

<sup>5</sup> De afstudeergroep 'Duurzaam veranderen' bestaat uit vijf groepsleden. Alle groepsleden hebben drie poliklinieken onderzocht en hebben zich allen gericht op een andere succesfactor voor het borgen van veranderingen, benoemd vanuit de literatuur. In dit afstudeeronderzoek zal onderzocht worden of het uitvoeren van HRM-activiteiten meerwaarde kan hebben voor duurzaam veranderen. De resultaten van alle afstudeeronderzoeken zullen als input dienen voor het wetenschappelijk artikel dat gepubliceerd zal worden door afstudeerbegeleider dhr. J. van Wijngaarden, dhr. M. Rouppe van der Voort en dhr. S. Janssen.

Gezien de brede geografische spreiding van de poliklinieken, is getracht deze redelijk over de afstudeergroepsleden te verspreiden. De voorkeur voor regio is hiervoor geïnventariseerd. dhr. J. van Wijngaarden, dhr. M. Rouppe van der Voort en dhr. S. Janssen.

### **3.3 Selectie van respondenten en onderzoeksopzet**

De selectie van de teams viel uiteen in twee fasen. In de eerste fase is een belronde uitgevoerd door afstudeerbegeleider dhr. J. van Wijngaarden en voormalig CBO adviseurs dhr. M. Rouppe van der Voort en dhr. S. Janssen. Door gebruik te maken van de directe contacten die zij hebben, is voor de afstudeergroepsleden een goede ingang gevonden voor het onderzoek. De poli's zijn geselecteerd op basis van inclusiecriteria (§3.4): de poliklinieken moeten meer dan twee jaar geleden hebben meegedaan aan het project en moeten hierbij de toegangstijd met 30% hebben gereduceerd. Tijdens de belronde is het doel van het onderzoek uitgelegd (zie bijlage I) en is gevraagd om eventuele metingen van de toegangstijden via email aan de studenten door te geven. In de tweede fase hebben de afstudeergroepsleden contact gelegd met de voor hen geselecteerde poliklinieken. Via telefonische gesprekken zijn met de betreffende contactpersonen afspraken gemaakt over de interviews. De contactpersonen hebben de respondenten voor de interviews op basis van functie uitgekozen. Per team zijn gemiddeld vier mensen *face to face* geïnterviewd (arts, afdelingshoofd, secretaresse en kwaliteitsfunctionaris). Gekozen is om verschillende functies per polikliniek te interviewen om een zo gevarieerd mogelijk beeld te krijgen van het project en de huidige werkwijze om de toegangs- en wachttijden laag te houden. Een arts is geïnterviewd omdat het project en de nieuwe werkwijze zich grotendeels heeft gericht/richt op de specialisten. Een afdelingshoofd is gekozen omdat deze de aansturing van de poli verzorgt en samenwerkt met alle polimedewerkers. Een polimedewerker (secretaresse) is gekozen omdat zij een belangrijke rol vervult in het bijhouden van de metingen. De kwaliteitsfunctionaris is tenslotte gekozen om tevens een *overall* beeld te krijgen van het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis en de rol die de kwaliteitsfunctionaris had in de projectfase en nu.

### **3.4 Inclusiecriteria:**

De teams moesten voor het kunnen deelnemen aan het onderzoek, voldoen aan de volgende eisen:

- Deelname aan het project 'Werken zonder Wachtlijst' (>2 jaar geleden);
- De teams moeten de toegangstijd voor de polikliniek met minstens 30% verkort hebben;
- De teams moesten bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek.

### **3.5 Gehanteerde methoden: literatuuronderzoek en interviews**

Ter voorbereiding op het afstudeeronderzoek, is een literatuuronderzoek gehouden om meer inzicht te krijgen in succesfactoren en knelpunten tijdens het borgen van organisatieveranderingen. Daarnaast is getracht meer inzicht te krijgen in het debat dat wordt gevoerd over borging. De literatuur is gezocht in wetenschappelijke databases als *Emerald*, *PubMed* en *Online Contents*. De zoektermen zijn per database genoteerd, evenals de relevante artikelen. Gezien het feit dat nog weinig literatuur beschikbaar is en het zoeken in de databases een tijdrovende bezigheid was, is uiteindelijk gekozen om eveneens de sneeuwbalmethode te gebruiken (Baarda 1998).



Nieuwe referenties zijn gezocht vanuit beschikbare literatuuroverzichten uit de artikelen. Vanuit het literatuuronderzoek zijn (succes)factoren benoemd voor duurzaam veranderen. Ieder groepslid heeft vervolgens een factor gekozen. De theorie, afkomstig uit het literatuuronderzoek, heeft als input gediend voor de semigestructureerde vragenlijst (topiclijst). In samenwerking met de afstudeergroep is de topiclijst samengesteld. Hierin waren tevens vragen over de eigen gekozen factor opgenomen. Aanvullende vragen konden zelf worden toegevoegd. De topiclijst (bijlage II) bestond uit de volgende onderdelen: 'Inleidende vragen', 'Huidige werkwijze', '*Human Resource Management*', 'Restanten WZW' en 'Borging'. Voor alle functies, behalve de kwaliteitsfunctionaris, is dezelfde topiclijst (algemene topiclijst) gebruikt. Gezien het feit dat een kwaliteitsfunctionaris zich richt op het ziekenhuis, zijn hiervoor enkele algemene vragen over kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis gesteld. Deze andere invalshoek resulteerde in een topiclijst, gebaseerd op de algemene topiclijst (bijlage II, 1e deel).

Bekend is dat het project WZW geen samenwerking had met het personeelsbeleid van de betreffende ziekenhuizen. Er zijn uiteindelijk geen interviews gehouden met de afdeling Personeel en Organisatie omdat de meerwaarde voor de resultaten hiervoor ontbrak. In de interviews is dan ook getracht HRM activiteiten te herkennen die (onbewust) gehanteerd worden om de huidige toegangs- en wachttijden laag te houden en die tijdens het project zijn uitgevoerd.

Voorafgaand aan de interviews is een korte documentenanalyse gehouden. Het betrof een analyse van Excel bestanden van meetgegevens die de poliklinieken (als ze de toegangs- en wachttijden nog meten), ter beschikking hebben gesteld. In dit afstudeeronderzoek meten alle onderzochte poliklinieken nog de toegangs- en wachttijden. Voorafgaand aan de interviews zijn deze gegevens bestudeerd. Op deze manier kon, voordat de interviews per poli werden gehouden, een beeld gecreëerd worden door de onderzoeker van de huidige stand van zaken omtrent de metingen op de poliklinieken. Vanwege deze kennis over het bijhouden van de metingen, kon hier tijdens het interview op worden ingegaan. In het hoofdstuk 'Analyse' is de trend in de hoogte van de toegangstijden grafisch weergegeven. Voor het schrijven van de analyses zijn tevens de gegevens van de 0-meting en eindmeting van iedere poli verkregen via dhr. S. Janssen en M. Rouppe van der Voort. Gecombineerd met gegevens van de huidige situatie, is een mooi overzicht verschaft van deze drie meetmomenten en tussenliggende periodes in de grafische weergave.

### **3.6 Data-analyse**

Voor alle *face to face* interviews is toestemming gegeven deze op te nemen op voicerecorder om geen belangrijke informatie te missen. De interviews zijn voor het schrijven van de resultaten letterlijk (ad verbatim) uitgetypt zodat een zo natuurlijk mogelijke weergave van de antwoorden ontstond. Gezien het feit dat alle interviews vrij snel na elkaar konden worden gepland, zijn eerst alle interviews gehouden, vervolgens zijn alle interviews uitgewerkt. Voor het schrijven van de analyse hebben alle poliklinieken een kleur gekregen. De interviews, behorende bij dezelfde poli, hebben ook dezelfde kleur gekregen. De interviews van polikliniek cardiologie zijn rood gemarkeerd, de interviews van de polikliniek neurologie hebben een blauwe markering gekregen en de interviews van polikliniek orthopedie zijn paars gemarkeerd.

Per interview (andere functie respondent) is een andere uitwerking van het lettertype gekozen:

- Interview 1: Times New Roman, normaal
- Interview 2: Times New Roman, *cursief*
- Interview 3: Times New Roman, *cursief* en onderstreept
- Interview 4: Times New Roman, *cursief en vet*

Na het markeren van de interviews, zijn nieuwe documenten aangemaakt om de verschillende onderdelen uit de vragenlijst in onder te brengen. Een nieuw document is aangemaakt voor de 'Inleidende vragen' van alle geïnterviewden, een nieuw document is aangemaakt voor 'Huidige werkwijze' enzovoort. Op deze manier zijn alle relevante stukken uit alle interviews in het document geplaatst per thema. Gezien het feit dat kwalitatief onderzoek grote hoeveelheden data produceert (en dit ook in dit onderzoek het geval was), is vervolgens gebruik gemaakt van *coding* (Everaert en Van Peet 2006:18). Dit is het proces waarbij gezocht is in de interviews naar bepaalde woorden, frasen of patronen, waardoor categorisering mogelijk werd. In §5.5 (evaluatie poliklinieken) zijn deze ontdekte patronen op de poliklinieken in samenhang behandeld. De patronen zijn tevens reeds terug te vinden in de behandeling van de afzonderlijke poliklinieken. Gekozen is om de resultaten per polikliniek weer te geven, en niet de resultaten uit alle interviews onder één thema uit de topiclijst te plaatsen. Deze keuze is gemaakt omdat op deze manier een complete situatieschets per polikliniek kon worden weergegeven. Om ontbrekende informatie aan te vullen (informatie over interventies), zijn alle poliklinieken na de interviews nog tweemaal nagebeld.

### 3.7 Validiteit & betrouwbaarheid

De validiteit is de mate waarin een (meet)instrument, bijvoorbeeld een interview, aan zijn doel beantwoordt; meten we datgene dat we denken te meten? (Everaert & Van Peet 2006:23). De betrouwbaarheid van een onderzoek is de mate waarin onderzoeksresultaten onafhankelijk zijn van toeval (Baarda et al. 1998). Als een onderzoek betrouwbaar is, hoeft het nog niet valide te zijn.

Bij de interne validiteit is het belangrijk dat er een goede overeenkomst is tussen de bevindingen van de onderzoekers en de theoretische ideeën die ze ontwikkelen (Everaert & Van Peet 2006:20). Een literatuurstudie is vooraf aan het onderzoeksproces uitgevoerd. Voor de waarborging van de interne validiteit is het belangrijk verschillende databronnen te gebruiken (Creswell 2003:196). In dit afstudeeronderzoek heeft datatriangulatie plaatsgevonden door zowel een literatuurstudie en documentenstudie uit te voeren als *face to face* interviews te houden. Daarnaast zijn de interviews opgenomen op een voicerecorder. Door de interviews op te nemen kunnen antwoorden niet worden verdraaid en ontstaat een valide beeld van de informatie. Doordat op elke poli en bij alle geïnterviewden dezelfde topiclijst is gebruikt, kunnen antwoorden vergeleken worden (Everaert & Van Peet 2006:20). Tevens is getracht een objectief beeld van de poliklinieken weer te geven doordat verschillende functies op de polikliniek hun visie op het project en op het laag houden van de toegangs- en wachttijden hebben kunnen geven. Externe validiteit houdt in dat de resultaten uit het onderzoek tevens toepasbaar zijn op andere situaties (Baarda et al. 1998, Creswell 2003).

Hierbij is het belangrijk dat er een representatief beeld wordt gegeven van de data. Via bovengenoemde methoden wordt dit representatieve beeld getracht te behalen. Voor de waarborging van de externe validiteit is het tevens van belang om de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met vergelijkbare onderzoeken en studies (Creswell 2003:157).

De interne betrouwbaarheid verwijst naar de mate waarin de gegevensverzameling, de data-analyse en de conclusies binnen het onderzoek zelf consistent zijn (Creswell 2003). Het is belangrijk dat er voldoende informatie verzameld is in het onderzoek. Daarnaast moet een gedefinieerd en consequent gebruik van begrippen gehanteerd worden. In deze afstudeerscriptie zal consequent gesproken worden over toegangs- en wachttijden. Bovendien kan de interne betrouwbaarheid verhoogd worden door methodetriangulatie (Baarda et al. 1998). In dit onderzoek zijn meerdere methoden gebruikt. Externe betrouwbaarheid houdt in dat andere onderzoekers het onderzoek in een gelijksoortige setting met gelijksoortige mensen kunnen herhalen. Het gaat om de mate waarin een onderzoek gerepliceerd kan worden, dit wordt de virtuele herhaalbaarheid genoemd (Everaert & Van Peet 2006:19). Het betreft een nauwkeurige vastlegging van methoden, werkwijzen, analyse enzovoort (Creswell 2003). Het gebruik van een voicerecorder vergroot naast de validiteit ook de betrouwbaarheid van het onderzoek. Doordat alle onderzoeksgegevens (aantekeningen, tapes, uitwerkingen interviews e.d.) nauwkeurig worden bijgehouden en worden gearchiveerd, is uiteindelijk een *audit trail* mogelijk. Via deze *audit trail* is het mogelijk te controleren of het onderzoek valide is uitgevoerd en betrouwbaar is.

### **3.8 Ethische dilemma's**

Tijdens het uitvoeren van onderzoek kunnen zich verschillende ethische dilemma's voordoen. Om op een professionele en vertrouwelijke wijze om te gaan met deze dilemma's, zijn de volgende punten in ogenschouw genomen:

- Voor het houden van de *face to face* interviews is toestemming gevraagd aan de respondenten.
- Voor aanvang van het interview is aan iedere respondent toestemming gevraagd om het interview op te nemen op een voicerecorder. Op deze manier is geen belangrijke informatie gemist tijdens het gesprek. Tevens heeft de opname de uitwerking van de interviews op deze manier vergemakkelijkt en worden door de opname meer details voor de analyse zichtbaar.
- De privacy van de respondenten moet te allen tijde gerespecteerd en gewaarborgd blijven. In de afstudeerscriptie zijn dan ook geen namen of kenmerken van de respondenten genoemd. De functies zullen slechts worden benoemd. Het ziekenhuis is omschreven met een letter en in combinatie is de naam van de polikliniek genoemd. Een beschrijving is gegeven van de ligging van het ziekenhuis in Nederland.

## 4 Project 'Werken zonder Wachtrijst'

In dit hoofdstuk staat de behandeling van de kernelementen van het project centraal. Eerst zal een korte achtergrondschets worden gegeven van de start van het project, vervolgens zullen inhoudelijke kenmerken van het project uiteengezet worden. Slechts die onderdelen van het project welke verhelderende achtergrondinformatie geven voor de onderzoeksvraag, zullen in dit hoofdstuk behandeld worden.

### 4.1 Achtergrondschets WZW

Veel poliklinieken in ziekenhuizen ervaren hoge toegangstijden en drukke spreekuren. Hoge toegangstijden kunnen leiden tot spreekuren waarbij afspraken dubbel geboekt zijn en het spreekuur uitloopt. Het gevolg is dat patiënten lang moeten wachten. Bovendien ontstaat er een hoge werkdruk bij het polikliniekpersoneel en de specialisten (CBO 2006:1). In november 2002 startte, om deze knelpunten aan te pakken, het pilotproject 'Doorbraakproject Werken zonder Wachtrijst: toegang tot de polikliniek' (CBO 2004a:2). In de Verenigde Staten had internist Mark Murray in de jaren ervoor veel succes bereikt met het 'Advanced Acces' concept. Het concept is gebaseerd op een aantal principes die tezamen een andere bril bieden om te kijken naar de organisatie van de polikliniek. De start van de pilot verliep voorspoedig en de interesse was gewekt bij de zorgverzekeraars om het concept ook toe te passen in andere ziekenhuizen. Door het CBO is een werk- en meetpakket opgesteld, waarmee startende poliklinieken aan de slag konden. Het werkpakket biedt de mogelijkheid de kennis na beëindiging van het project verder intern te verspreiden. In maart 2003 startte het doorbraakproject 'Werken zonder wachtrijst: toegang tot de polikliniek serie I (CBO 2004a:1). In april 2004 is het project formeel afgesloten en zijn er inmiddels nieuwe series gestart.

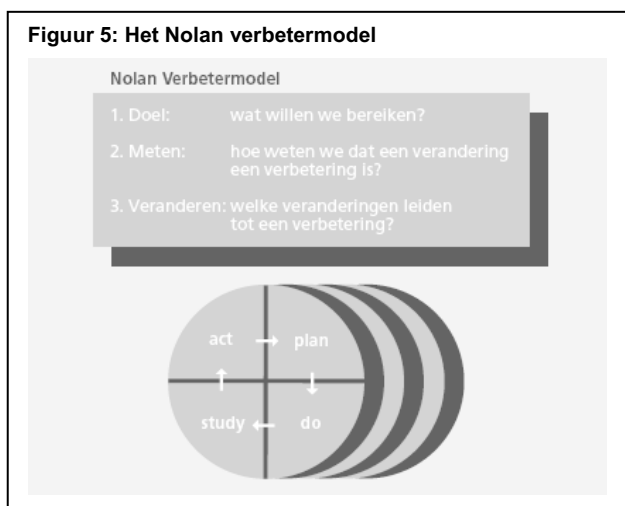
### 4.2 Meten = weten

De centrale hoofddoelstelling van Werken Zonder Wachtrijst (WZW) is voor elke polikliniek: *"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 de urgentie"* (Sneller Beter 2007:7). De toegangstijd wordt gemeten aan de hand van het derde beschikbare consult voor iedere specialist, dit wordt gedaan voor zowel nieuwe als controlepatiënten en het gemiddelde daarvan. Omdat het eerste consult teveel kan fluctueren door toeval, bijvoorbeeld doordat een patiënt heeft afgebeeld, is het derde beschikbare consult een betere maat (ibid.). De reden dat niet de vijfde beschikbare plek wordt gemeten (zoals bij de landelijke registratie) is omdat gemeten wordt per specialist (in tegenstelling tot ongeacht voorkeur). Bij een korte toegangstijd is de derde beschikbare plek reëler. De teams zijn hierbij uitgedaagd om niet de langst acceptabele toegangstijd, maar de kortst haalbare toegangstijd als doelstelling te formuleren (CBO 2004a:5). In 2000 zijn de Treeknormen vastgesteld om te kunnen bepalen wanneer wachtrijsten problematisch of onaanvaardbaar lang zijn. De Treeknorm is door specialisten vastgesteld: "de 5e beschikbare plek voor nieuwe patiënten, ongeacht voorkeur arts" (80% van de patiënten kan binnen drie weken terecht op de poli, 100% in vier weken) (Sneller Beter 2007:7).

Werken zonder Wachlijst gaat over de afstemming van vraag en aanbod op de polikliniek (CBO 2004a:9). Het is daarom van groot belang dat poliklinieken inzicht krijgen in de verhouding tussen vraag en aanbod. Voor de deelnemende poli's is het noodzakelijk om feitelijke informatie hierover te verzamelen door metingen uit te voeren. De metingen vormen een belangrijk onderdeel van het project (CBO 2004b:2). Op basis van deze metingen worden interventies gekozen en kan vastgesteld worden of deze interventies ook succesvol zijn. De toegangstijden worden voor iedere nieuwe en controlepatiënt (3<sup>e</sup> beschikbare afspraak per specialist) gemeten. Daarbij worden de uitloop van de spreekuren, de herhaalfactor, *no shows*, productie en het ziekteverzuim op de poli gemeten. Daarnaast kunnen poli's optionele metingen uitvoeren (CBO 2004b:4-5). De belangrijkste kwalitatieve doelstelling is dat specialisten en polikliniekmedewerkers grip ervaren op hun praktijk. Dit wordt enerzijds bereikt door de concrete veranderingen en verbeteringen, ofwel het 'anders werken'. Even belangrijk is om opnieuw de poliklinische organisatie en de zorgprocessen te bestuderen. Het gaat hierbij om het anders denken. Op deze manier zijn specialisten en polikliniekmedewerkers in staat om in de toekomst grip te behouden. Interessant is om te bestuderen of deze 'grip op het werk' ook in de toekomst behouden kan worden.

#### 4.3 De Doorbraakmethode en principes van WZW

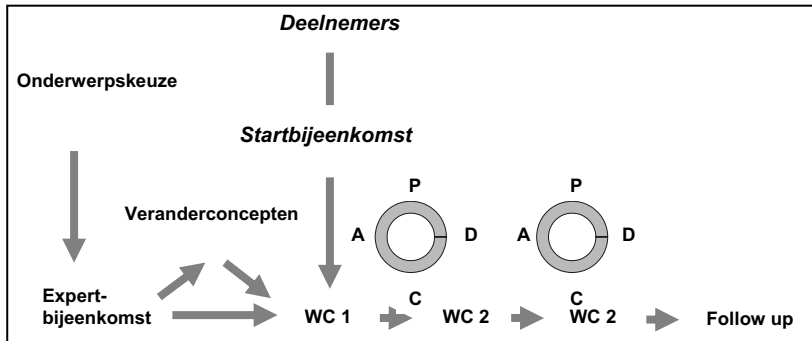
Het Werken zonder Wachlijst project is een doorbraakproject. Dit houdt in dat gebruik wordt gemaakt van de doorbraakmethode (CBO 2004a:3). *“De doorbraakmethode combineert veranderkundige principes, bewezen voorbeeldpraktijken (best practices) en resultaatmanagement in kortcyclische verbeterprogramma's op basis van duidelijke prestatie indicatoren”* (CBO 2004a:3). In de doorbraakmethode wordt gebruik gemaakt van het Nolan verbetermodel (Sneller Beter 2007:11). Dit is een eenvoudig, maar krachtig verandermodel, gericht op het snel invoeren en testen van veranderingen. Het model bestaat uit twee onderdelen: een set van drie kernvragen en de Plan-Do-Study-Act cyclus (PDSA cyclus). De PDSA cyclus maakt snelle verandering mogelijk doordat een lange voorbereidings- en planningsfase wordt vermeden. Kenmerkend voor het WZW project is 'het gewoon doen!' (CBO 2004:3). Naast het hanteren van het Nolan verbetermodel worden metingen verricht t.b.v. toegangs- en wachttijden en worden deze uitkomsten met andere deelnemende teams gedeeld. Er wordt van elkaar geleerd. Daarnaast kunnen de deelnemende teams bijstand krijgen van CBO adviseurs (CBO 2006:8). Experimenten worden als kleine projecten uitgevoerd en geëvalueerd.



In onderstaande figuur is het Doorbraakmodel weergegeven. De afkorting 'WC' staat voor werkconferentie, momenten waarop de deelnemers bij elkaar komen, ervaringen uitwisselen en nieuwe ideeën formuleren voor het eigen project. Daarnaast zorgen de werkconferenties voor een

collegiale 'stok achter de deur' waardoor een zeker ritme voor de teams wordt gecreëerd maar ook naar hun achterban als legitimatie voor het tempo van de veranderingen (CBO 2004:7)

**Figuur 6: Het Doorbraak model (CBO 2004:3)**



Het Doorbraakproject WZW kan voor zowel lange wachlijsten als voor drukke poliklinieken een oplossing bieden. Aangezien elke polikliniek verschillend is, zijn er geen kant en klare oplossingen om de wachttijd weg te werken en/of het systeem te optimaliseren. Er zijn wel acht principes te benoemen die voor alle poliklinieken van toepassing zijn (CBO 2004a:9-13):

- 1) Een stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod (geen tekort aan capaciteit).
- 2) Uitstel = meer werk. Motto: 'doe het werk van vandaag, vandaag'.
- 3) Minimaliseer het aantal wachtrijen.
- 4) Minimaliseer de herhaalfactor.
- 5) Maximaliseer het aantal patiënten dat per specialist poliklinische zorg ontvangt, zonder harder te gaan werken.
- 6) Minimaliseer de fluctuatie in het aanbod.
- 7) Anticipeer op fluctuaties in het aanbod.
- 8) 100% capaciteitsbezetting kan niet zonder het ontstaan van lange wachttijden.

Het vertrekpunt is het nader onderzoeken van de toegangstijden (CBO 2004a:9). De toegangstijd is het aantal pagina's in de agenda dat omgeslagen moet worden voordat een vrije plek wordt gevonden voor een consult. Het aantal pagina's blijkt steeds redelijk hetzelfde te zijn. Of het nu gaat om een toegangstijd van vier weken, zes weken of twee maanden: de toegangstijd blijft stabiel. Echter, men is alleen consequent vier weken, zes weken of twee maanden te laat. Dit betekent in principe dat het aantal patiënten dat belt voor een afspraak (de vraag), gelijk is aan het aantal patiënten dat gezien wordt (het aanbod). De toegangstijd zou immers moeten oplopen als het aantal patiënten dat belt, groter zou zijn. Toch ervaren zorgverleners een grote druk van patiënten die een afspraak willen, het liefst zo snel mogelijk. Een lange toegangstijd heeft tot gevolg dat triage (beoordeling naar urgentie) nodig is om te bepalen of een patiënt eerder gezien moet worden. Dit resulteert in een groot aantal storende telefoontjes van huisartsen die de specialist over hun patiënt willen spreken en steeds mondigere patiënten die druk op het baliepersoneel uitoefenen om eerder terecht te kunnen. Door bij

aanvang van het project vraag en aanbod in evenwicht te brengen, wordt het 'stuwmeer' aan patiënten eerst weggewerkt. In het tweede principe is het van belang het werk zo veel mogelijk direct af te handelen zodat zo min mogelijk werk wordt uitgesteld (CBO 2004:10). Het aantal wachtrijen kan verminderd worden door het aantal consulttypen te minimaliseren of patiënten niet bij een vaste arts te plaatsen (principe drie). Opvallend is dat het grootste deel van de vraag wordt 'veroorzaakt' door de specialist zelf (controleafspraken maken). Het reduceren van de herhaalfactor kan met name door de diagnostiek in minder consulten te verrichten en de patiënt alleen terug te laten komen bij klachten (CBO 2004:12). In het ideale geval worden geen controleafspraken meer gemaakt, maar komen patiënten op eigen initiatief (*'patient initiated care'*) (Van Splunteren e.a. 2003). Het goed afstemmen van vraag en aanbod is tenslotte van belang. Doordat fluctuaties in het aanbod groter zijn dan in de vraag, is het allereerst belangrijk het aanbod te stabiliseren. Vervolgens kan men gaan anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod (CBO 2004:13).

Om deze principes op de polikliniek toe te kunnen passen, is een analyse nodig van de specifieke polissituatie. Polikliniekmedewerkers en medische specialisten voeren deze analyse uit (voormeting). Hierbij vindt ondersteuning plaats door een begeleidingsteam uit het eigen ziekenhuis, de WZW principes en meetinstrumenten. Na één jaar (projectfase) wordt een eindmeting gehouden. Interessant is om te onderzoeken of poliklinieken na maanden of jaren nog steeds werken volgens de principes van WZW en het Nolan verbetermodel (PDSA cyclus).

#### **4.4 HRM aspecten in het project**

In het project 'Werken zonder Wachtlijst' en in de principes er van kunnen HRM aspecten herkend worden. Allereerst biedt de startconferentie van het CBO het voordeel de deelnemende poliklinieken te motiveren door succesverhalen te bieden en deelnemende teams zelf te laten nadenken over de mogelijkheden op de eigen poli (CBO 2004a:4). Op deze manier wordt gelegenheid geboden te reflecteren op de werkwijze op de eigen poli. De intervisiemiddagen bieden de gelegenheid om kennis en ervaringen uit te wisselen en nieuwe kennis (bijvoorbeeld over het inzetten van interventies) op te doen. Door het opdoen van nieuwe ideeën voor de eigen polikliniek worden deelnemers opnieuw gemotiveerd om deze ideeën uit te voeren op de eigen werkvloer. Ze worden gestimuleerd vanuit de eigen ervaring en kennis om, naast de WZW interventies, aanvullende interventies te bedenken. Hierdoor wordt de participatierol van de deelnemers verhoogd. Een kenmerk van een doorbraakproject is dat gewerkt wordt met zelfstandige teams die zelf de interventies doorvoeren, met hulp van CBO adviseurs. Doordat de deelnemende poliklinieken de verantwoordelijkheid krijgen het project met het hele team op te pakken, wordt een grote nadruk gelegd op teamwork en samenwerking op de polikliniek om gezamenlijk goede resultaten te boeken. Gezien het feit dat het project op de werkvloer wordt uitgevoerd, in principe slechts met de medewerkers op de poli, ontstaat het gevoel dat het 'een eigen project wordt' en niet een project dat precies zoals is gepresenteerd, moet worden uitgevoerd. De deelnemende teams hebben zelf de verantwoordelijkheid om van het project iets moois te maken en op de eigen poli te testen of interventies werkzaam zijn of niet.

## 5 Analyse

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de resultaten die zijn verkregen middels het houden van interviews op de poliklinieken cardiologie, neurologie en orthopedie. De resultaten van het onderzoek worden geanalyseerd door theoretische inzichten te verbinden aan de praktijk. In §5.2, §5.3 en §5.4 zullen sec de resultaten per poli kort worden weergegeven. In §5.5 met bijbehorende subparagrafen, zal een overstijgende analyse van de thema's 'WZW interventies', 'Borging' en 'Human Resource Management' plaatsvinden waarin patronen op de poliklinieken worden geanalyseerd.

### 5.1 Toegangstijden poliklinieken

Ziekenhuis A (poli cardiologie) en ziekenhuis B (poli neurologie) hebben beiden in 2004 meegedaan aan het project Werken zonder Wachttijst. De poli orthopedie van ziekenhuis C heeft in 2003 meegedaan. De projectduur betrof op alle poli's één jaar. Alle onderzochte poli's meten, sinds de start en afronding van het project, nog steeds de toegangs- en wachttijden. Bij aanvang hebben alle poliklinieken de zogenoemde 0-meting uitgevoerd om de hoogte van de toegangs- en wachttijden in kaart te brengen. Na de projectfase van één jaar is een eindmeting gehouden. In onderstaande figuur is een tabel weergegeven met een overzicht van de toegangstijden. De gemiddelden zijn allen gebaseerd op vijf metingen (per week één meting). Naast de voor- en nameting zijn de huidige toegangstijden voor nieuwe en controlepatiënten berekend op basis van de laatste vier metingen (april 2008).

Figuur 7: Overzicht toegangstijden in dagen

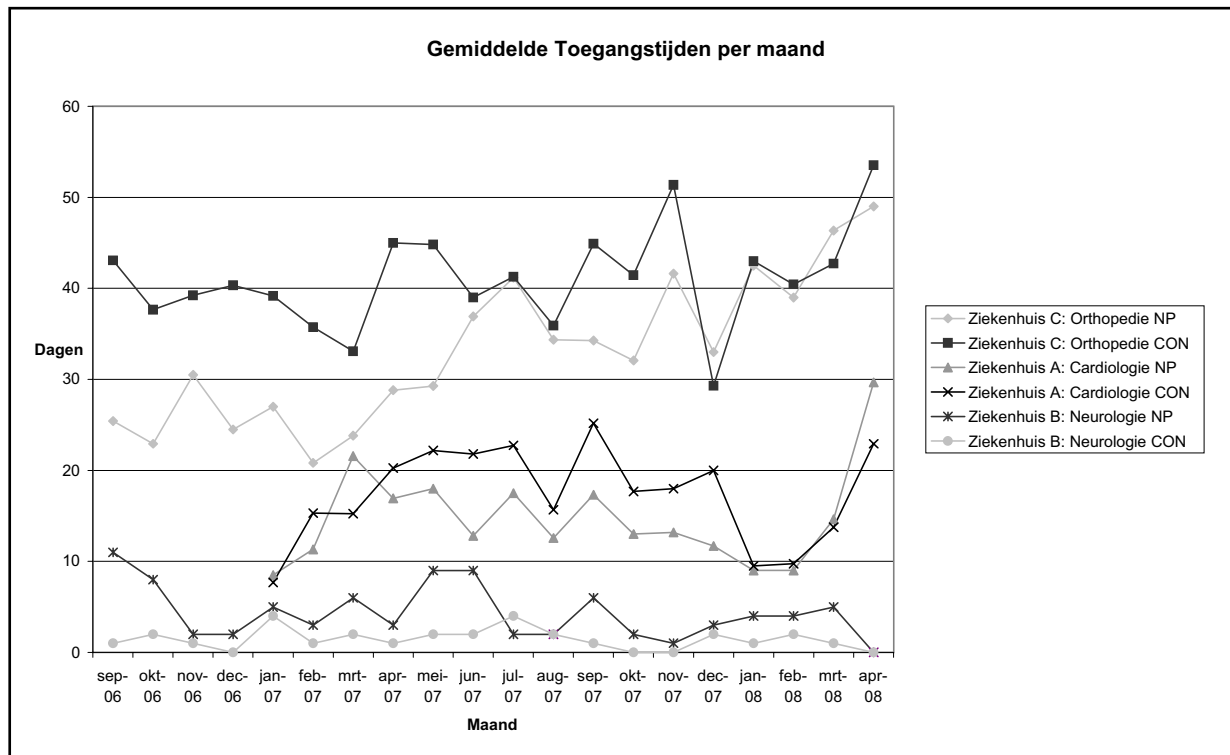
Polikliniek	0-meting	Meting eind project	Huidige meting (april)
<b>Cardiologie</b>			
Nieuwe patiënten	26	18	30
Controlepatiënten	38	8	23
GEMIDDELD	32	13	26
<b>Neurologie</b>			
Nieuwe patiënten	7	0	0
Controlepatiënten	2	3	0
GEMIDDELD	5	1	0
<b>Orthopedie</b>			
Nieuwe patiënten	85	33	49
Controle patiënten	172	128	54
GEMIDDELD	128	81	51

Duidelijk is de daling in de toegangstijd waar te nemen op alle poli's bij de meting aan het eind van het project, in vergelijking met de 0-meting. Vervolgens kan de hoogte van de huidige toegangstijden (op basis van april 2008) worden geanalyseerd. De poli cardiologie hanteert als norm voor de toegangstijd voor nieuwe patiënten vijf dagen. De huidige toegangstijden lijken, in vergelijking met de eindmeting, weer te zijn toegenomen. Fluctuaties echter zijn zichtbaar tussen de eindmeting en de huidige situatie. Deze fluctuaties in de tussenliggende periode, worden in figuur acht getoond. De poli neurologie heeft



zeer lage toegangstijden. Deze poli hanteert de Treeknorm<sup>6</sup> als norm voor de toegangstijden. De poli orthopedie heeft tenslotte de hoogste toegangstijden. Zij hanteren voor de toegangstijden tevens de Treeknorm. In figuur acht is grafisch een overzicht weergegeven van de toegangstijden voor nieuwe- en controlepatiënten van de poliklinieken van september 2006 tot april 2008.

**Figuur 8: Vergelijking toegangstijden poliklinieken sep '06 – apr '08**



De verschillen in hoogtes van toegangstijden tussen de poliklinieken cardiologie, neurologie en orthopedie zijn goed zichtbaar over een periode van ongeveer anderhalf jaar. De poli orthopedie heeft de hoogste toegangstijden zoals figuur zeven reeds liet zien. De poli cardiologie bevindt zich betreft de hoogte van de toegangstijden in de middenmoot. De poli neurologie heeft de kortste toegangstijden. Rond december 2007 is bij alle poli's een daling van de toegangstijd zichtbaar. In de maanden april en mei is bij alle poliklinieken juist een toename waarneembaar in de hoogte van de toegangstijden. Alle respondenten geven aan dat deze maanden van het jaar met de vele feestdagen en meivakantie, ieder jaar weer bijdragen aan een verhoging van de toegangstijd. Uit de resultaten blijkt dat verschillende factoren debet zijn aan de fluctuaties in toegangstijden. Deze factoren zullen zichtbaar worden wanneer de resultaten per polikliniek worden weergegeven.

## 5.2 Polikliniek cardiologie

In deze paragraaf zullen de volgende onderdelen aan bod komen: functieomschrijving van de respondenten, gehanteerde (WZW) interventies, de werkwijze op de poli, borging en HRM.

<sup>6</sup>Treeknorm voor de toegangstijd van het eerste polikliniekbezoek: 80% van de patiënten moet binnen drie weken terechtkunnen op de polikliniek. De maximale toegangstijd voor een eerste polikliniekbezoek bedraagt vier weken (Jeroen Bosch Ziekenhuis 2008).

### 5.2.1 Functieomschrijving respondenten

De poli cardiologie van ziekenhuis A is gevestigd op één locatie (het ziekenhuis zelf) waar vier cardiologen werken. Cardiologie valt onder het cluster 'beschouwende specialismen'. Op deze poli zijn een manager hartfunctieonderzoek, beleidsmedewerker zorginnovatie, secretaresse en cardioloog geïnterviewd. De manager is betrokken bij de wachttijden vanuit de afdeling hartfunctieonderzoek en richt zich op de doorstroom van de patiënten vanaf de poli naar de afdeling en weer terug naar de poli. Voor de poli cardiologie was het van belang dat hij in de projectgroep zat omdat hij zich richt op de doorstroom van patiënten naar deze afdeling. De beleidsmedewerker zorginnovatie is vanuit de afdeling 'Kwaliteit' in de projectgroep terecht gekomen. Op dit moment verwerkt hij de meetgegevens die hij wekelijks van de secretaresses ontvangt in Excel documenten. Hij ondersteunt kortom de poli bij het meten en verwerken van gegevens. Doordat de secretaresse een belangrijke functie heeft in het project (het bijhouden van de metingen), is zij in de projectgroep gekomen. Op dit moment meet en monitort zij de toegangs- en wachttijden. De secretaresse heeft een signalerende functie (§5.2.3). De cardioloog tenslotte was projectleider. Op dit moment is hij betrokken bij het laag houden van de toegangs- en wachttijden omdat hij zijn 'maten' aanspreekt op de tijden. Deze aansturing zal behandeld worden in §5.2.3.

### 5.2.2 Gehanteerde interventies

Bij het in kaart brengen van de gehanteerde interventies, kan een onderscheid gemaakt worden naar 'WZW interventies' en aanvullende interventies. De WZW interventies zijn maatregelen die het project biedt aan poli's. Aanvullende interventies zijn interventies die door de poli's zelf zijn bedacht, maar evenals de WZW interventies, gebaseerd zijn op de principes van WZW. Zowel de WZW interventies als aanvullende interventies kunnen ingedeeld worden in 'ad hoc' interventies en doorlopende interventies. Onder 'ad hoc' interventies worden spontaan ingezette interventies benoemd, specifiek voor een bepaalde situatie (bijvoorbeeld het draaien van extra dagdelen poli's of het inplannen van extra patiënten). Onder doorlopende interventies worden maatregelen bedoeld die niet specifiek ingezet worden bij een bepaalde situatie, maar continu zijn.

#### *WZW interventies*

Na het project is deze poli consequent iedere week blijven meten. De secretaresses plannen de patiënten en houden de toegangs- en wachttijden bij. Bij aanvang van het project is het stuwmeer weggewerkt (principe één WZW). Hierbij is de zogenaamde 0-meting gehouden en zijn op basis van metingen als: 'hoe lang blijft een patiënt gemiddeld in consult', afspraken gemaakt. Uit deze meting is een realistische afspraaktijd voortgekomen. Voor de nieuwe patiënten wordt 10 minuten ingepland, voor controlepatiënten 7,5 minuut. Er wordt niet gewerkt volgens een open agenda maar met blokken patiënten (nieuwe, controle- en vervroegde<sup>7</sup> patiënten) en er wordt wekelijks gecontroleerd op vrije plaatsen. Het aantal wachtrijen wordt geminimaliseerd doordat cardiologie niet werkt met aandachtsgebieden. De wachtrijen worden tevens geminimaliseerd doordat patiënten niet bij een bepaalde cardioloog worden geplaatst. Op deze manier krijgt de patiënt de eerst mogelijke vrije

---

<sup>7</sup> Een vervroegde patiënt is een spoedpatiënt.

plaats. Om invulling te geven aan principe vier (reduceren herhaalfactor) kan gekozen worden voor *patient initiated care*. Dit houdt in dat de patiënt meer regie krijgt over de behandeling. In plaats van een standaard controleafspraak te maken na een consult, belt de patiënt zelf wanneer klachten optreden of een controleafspraak gemaakt moet worden. Op de poli cardiologie wordt niet gewerkt volgens dit principe: patiënten maken direct na het consult een nieuwe afspraak. De cardioloog legt uit waarom hiervoor is gekozen: *“Er is gewoon een x-aantal patiënten dat medisch-technisch gezien gewoon op controle moet komen. Dan kun je zeggen (iets wat zij zeggen), bel over een half jaar terug of je kan het plannen. Ik heb nog niet het voordeel gezien van het zeggen, bel maar tegen die tijd. Misschien is dat er wel, maar het kan ook aan onze karakterstructuur liggen om alles goed gepland te hebben”* (cardioloog). Wanneer mensen eenmaal problemen krijgen aan het hart, zullen zij onder controle moeten blijven. Gezien deze medisch-inhoudelijk noodzakelijke controle, is de mogelijkheid om deze WZW interventie uit te voeren niet goed haalbaar. Om invulling te geven aan principe vijf wordt gebruik gemaakt van taakdelegatie. In plaats van vier controles bij de cardioloog, krijgt de patiënt er twee bij de cardioloog en twee bij een gespecialiseerd verpleegkundige. Door taakdelegatie wordt het mogelijk voor de cardioloog om meer patiënten te zien. Om fluctuaties in het aanbod op te vangen (principe zes), heeft de poli cardiologie tenslotte de poli's voor zes weken vastgezet. Deze WZW interventie is een voorbeeld van een 'blijvende interventie' die als norm gezien kan worden. Vakanties moeten daarbij een half jaar van te voren worden aangegeven. Hierover vindt afstemming plaats tussen de cardiologen. Om in te spelen op fluctuaties in de vraag (principe zeven) wordt als belangrijkste 'ad hoc' WZW interventie het inzetten van extra capaciteit (poli's draaien op extra dagdelen) genoemd. Het draaien van extra dagdelen is een flexibele maatregel en wordt in samenspraak met de secretaresse en cardioloog gepland. Deze flexibiliteit maakt het mogelijk snel en effectief de toegangs- en wachttijden te verlagen. De cardioloog geeft aan dat het anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod echter lastig blijft. Zo geeft hij aan dat bijvoorbeeld iedere vakantieperiode weer een toename in de toegangstijd veroorzaakt. De poli heeft naar zeggen van de respondenten nooit 'rustige tijden'. Er worden geen controleafspraken in rustige periodes gepland. Tenslotte wordt aan principe acht invulling gegeven door pauzeblokken in de spreekuren in te plannen, zodat wanneer spreekuren uitlopen, deze tijdsbuffers gebruikt kunnen worden. In de jaarplanning is dit ruim plannen niet officieel vastgelegd. Naast de gehanteerde WZW interventies, heeft de poli aanvullende interventies bedacht die aansluiten bij bovengenoemde interventies.

#### *Aanvullende interventies*

Bij aanvang van het project is nieuwe apparatuur aangeschaft en is het aantal behandelruimtes uitgebreid zodat meer capaciteit ingezet kon worden en meer patiënten behandeld konden worden. Op het secretariaat is flexibiliteit ingebouwd zodat men elkaar makkelijker kan vervangen. Het secretariaat werkt met een *front office* (telefoon aannemen, afspraken plannen) en een *back office* (dossiers maken, typen). Wanneer het rustig is aan de balie, kunnen secretaresses verslagen typen en dossiers compleet maken. Wanneer het druk is aan de balie, kunnen secretaresses vanuit de *back office* bijspringen aan de balie. Door deze flexibele houding zijn de secretaresses zowel inzetbaar in de *front office* als in de *back office*. Naast het uitbreiden van capaciteit en het flexibiliseren van polimedewerkers, heeft de poli met de manager van de hartfunctieafdeling afspraken gemaakt over de

doorstroming van patiënten: *“Er is eigenlijk geen cardiologische patiënt die niet één keer in zijn carrière hier over de functieafdeling komt. Dus het heeft weinig zin om alleen het stukje tot aan de voordeur te regelen en vervolgens alles drie maanden te laten wachten”* (cardioloog). De doorstroom van patiënten is van cruciaal belang om de wachttijden op de poli cardiologie laag te houden, het heeft volgens de respondenten geen zin om alleen het stukje ‘tot de voordeur’ te regelen. Het uitvoeren van de interventies heeft vervolgens gevolgen voor de werkwijze op de polikliniek.

### 5.2.3 Werkwijze

Het project WZW heeft met haar principes en bijbehorende interventies, de werkwijze op de poli bepaald. In deze paragraaf zal de huidige werkwijze beschreven worden om de toegangs- en wachttijden laag te houden.

#### *Metten*

Bij aanvang van het project zijn de secretaresses de toegangs- en wachttijden gaan meten via het meetplan van het CBO (CBO 2004b). De secretaresses hebben de rol om de tijden bij te houden en hebben hierdoor een belangrijke signalerende functie volgens de respondenten. Gezien het feit dat zij de patiënten inplannen, kunnen zij precies zien wat er gebeurt met de toegangs- en wachttijden. Deze poli meet nog alle onderdelen die ten tijde van het project gemeten moesten worden (§4.2). Daarnaast worden de toegangs- en wachttijden voor de hartfunctieafdeling bijgehouden en voor aanvullende onderzoeken als echografie. De poli hanteerde als norm voor de toegangstijd van nieuwe patiënten vijf dagen bij aanvang van het project. In de huidige werkwijze wordt deze norm vastgehouden.

#### *Signalering... en dan?*

De cardioloog krijgt iedere vrijdagmiddag de meetgegevens van de secretaresse. Hij bespreekt tijdens de lunch of tijdens de overdracht de meetgegevens met de andere drie cardiologen (vakinhoudelijke bespreking). De secretaresses hebben een signalerende en informerende rol naar de cardioloog toe. Wanneer het oplopen van de wachttijden veroorzaakt wordt door de hartfunctieafdeling, gaan de secretaresse, cardioloog en manager in bespreking met de vakgroepen om de doorstroom te verbeteren. Deze bespreking vindt ‘ad hoc’ plaats, dit wil zeggen, specifiek geldend voor die situatie. Daarnaast kan de toename van de toegangs- en wachttijden veroorzaakt worden door factoren op de poli zelf, zoals een vakantieperiode, afwezigheid van een cardioloog of een niet-effectieve interventie. De secretaresse en de cardioloog bespreken vervolgens, na het overleg met de overige cardiologen, wat de beste interventie is (meestal extra poli’s inzetten). De bereidheid om extra poli’s in te zetten, is hoog bij de cardiologen. In §5.2.5 zal verder worden ingegaan op deze hoge bereidheid. Volgens de manager hartfunctieafdeling wordt de bereidheid van artsen verhoogd wanneer stapsgewijs kleine veranderingen worden doorgevoerd: *“We doen het allemaal stapje voor stapje (...). De mens zit toch zo in elkaar van, de hakken in het zand hè. Weer een verandering. Je moet dat allemaal rustig opbouwen.”* Het draaien van poli’s op extra dagdelen wordt door de respondenten als ‘kleine interventie’ ervaren. Het draaien van extra dagdelen lijkt een snellere en gemakkelijker interventie te zijn dan het reduceren van bijvoorbeeld de herhaalfactor. Deze interventie vraagt meer van de artsen

omdat zij hierbij hun eigen werkwijze moeten bestuderen. Het draaien van extra poli's lijkt een gemakkelijke manier om de toegangs- en wachttijden op korte termijn te verlagen.

#### *Aansturing en verantwoordelijkheid*

De poli hoeft geen verantwoording ten aanzien van de toegangs- en wachttijden af te leggen aan hoger management. De manager van de hartfunctieafdeling legt wel verantwoording af aan de managementafdeling. De cardioloog was tijdens het project de projectleider en heeft deze positie vanaf de start duidelijk aangegeven: *“Toen we gingen heb ik eerst de maatschap bij elkaar geroepen en gezegd dat ik een Carte Blanche wou. Ik wil best mijn poli's weer gaan afzeggen en op een andere dag gaan doen, twee dagen naar Noordwijk onder één voorwaarde: Carte Blanche. Dat wil zeggen, we gaan aan de slag als ik terugkom, maar ik wil niet voor elk ding een discussie (...) Dus zeg maar een harde eis! Dan gaan we, stop ik de tijd erin, jullie zeggen overal ‘ja’ op en we gaan alles wat we doen uiteraard evalueren en wat niet werkt, draaien we terug. Toen hebben ze meteen gezegd, dat doen we. En de eerste keer dat ik met het idee kwam om extra patiënten te zien, zag je ze even denken van, ja maar..., nee, we hebben het beloofd we gaan dit doen. Dat is wel heel belangrijk.”* Het eisen van medewerking van iedereen bleek het fundament te zijn voor het project. Door deze voorwaarde te stellen, kon men tijdens het project op de verantwoordelijkheid aangesproken worden: de cardiologen hadden immers toegezegd mee te werken aan de interventies. Op deze manier konden de cardiologen zich niet onttrekken van hun eigen rol in het project. De projectleider straalde hiermee een sterke houding uit door een hoge mate van *commitment* te vragen van zijn maten. Hij deed hierbij een beroep op de samenwerking en *'teamwork'*.

In de huidige werkwijze stuurt hij zijn maten op dezelfde manier aan. De manier waarop de cardioloog zijn collega's aanstuurt, kan als volgt beschreven worden. Hij probeert zijn maten een andere bril te laten opzetten: *“Als iemand hier roept: hoezo Werken zonder Wachtlijst, ik doe al zo ontzettend m'n best, alles zit vol en ik zou niet weten wat je eraan moet doen, dan vraag ik meestal twee dingen: hoeveel patiënten zie je op een dag of een week (noem maar iets, dat weet iedereen eigenlijk wel die poli doet), dat je zegt van 60 patiënten, en als je dan vervolgens vraagt hoeveel patiënten zou je eigenlijk moeten zien, met andere woorden: hoeveel patiënten hebben zich op jouw poli aangemeld? Dan zit iedereen je met grote ogen aan te kijken en zeggen ze, ja dat weet ik eigenlijk helemaal niet!”* De cardioloog geeft aan dat het stellen van dit soort vragen, een andere houding van de artsen vraagt. Zij gaan met een andere bril naar de eigen werkwijze kijken en zien zelf wat verbeterd zou kunnen worden aan de eigen werkwijze. Volgens Light (2000) wordt de aanpassing van de werkwijze door artsen als bedreiging gezien voor de professionele autonomie, artsen werken immers op een bepaalde manier en hebben door hun opleiding bepaalde waarden en normen en werkwijzen aangeleerd. De weerstand die kan voortkomen uit het aanpassen aan veranderingen, wordt door de manier van aansturing door de cardioloog beperkt. Hij zegt immers niet wat ze wél moeten doen, maar creëert urgentiebesef door ze met een eigen bril te laten kijken. De autonomie van artsen wordt hierbij in tact gehouden. De werkwijze op de poli wordt tevens beïnvloed door contextuele factoren.

### Externe factoren

Als externe factoren die van invloed zijn op de toegangs- en wachttijden, wordt de vergrijzing genoemd. Het feit dat er meer ouderen komen, dat ze ouder worden en dat steeds meer ouderen last krijgen van hartfalen, zorgt bij de poli cardiologie dat het aanbod blijft toenemen. De noodzaak wordt hierdoor groter om manieren te vinden om in dezelfde werktijd, meer patiënten te kunnen zien: *“Het onderzoeksbureau Cap Gemini heeft voor cardiologie ingeschat dat wij in 2025 met 30% zitten en met hartfalenpatiënten naar 50% gaan, dus je moet ook wel slimmer en efficiënter gaan werken want je komt er dadelijk niet meer uit” (manager)*. De poli cardiologie heeft volgens de respondenten nu het moment bereikt dat de effectiviteit alleen nog maar verhoogd kan worden door een nieuwe cardioloog aan te trekken. Het plafond is bijna bereikt. Naast de vergrijzing, is een belangrijke externe factor de ziekenhuisbrede focus om de toegangs- en wachttijden te verlagen. De toegangstijden van alle specialismen zijn op de website geplaatst. Door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet hebben patiënten meer keuzevrijheid en kunnen (afhankelijk van het gekozen verzekeringspakket) kiezen voor een ziekenhuis. Websites als kiesBeter.nl bieden informatie over kwaliteit, wachttijden e.d. waardoor zorgaanbieders vergeleken kunnen worden door patiënten (kiesBeter 2008). Omdat de hoogte van de toegangstijd meespeelt in de overweging om naar een bepaald ziekenhuis te gaan, is het van belang de aandacht voor het laag houden van de toegangs- en wachttijden te vergroten. Naast deze contextuele factoren, beïnvloeden de gekozen interventies en manier waarop de interventies worden ingezet, de hoogte van de toegangs- en wachttijden.

### 5.2.4 Borging

Als succesfactor voor het borgen van deze manier van werken wordt het blijven meten en monitoren van toegangs- en wachttijden genoemd door de respondenten: *“Ik denk, één van de belangrijkste dingen die echt goed werken is dat mensen veel bewuster worden gemaakt van wachttijden. Het tonen van getallen als het ware, dat mensen inzicht krijgen in data. Dat is één van de zaken die leidt tot veranderingen” (beleidsmedewerker zorginnovatie)*. De beleidsmedewerker geeft verder aan dat draagvlak behouden, het regelmatig ‘issue’ laten zijn van de toegangs- en wachttijden en wekelijks overleg hebben als vakgroep bijdragen aan het borgen van dit project. De werkwijze is volgens de respondenten redelijk ingebed in de praktijk, dit is mede te danken aan het blijven meten, het werken met de ingevoerde interventies en het bespreken van de toegangs- en wachttijden. De leden uit het projectteam zijn nog steeds de trekkers in de nieuwe werkwijze. Als grote succesfactor voor deze poli kan de flexibiliteit van medewerkers genoemd worden. Deze flexibele opstelling lijkt zich uit te strekken van het secretariaat tot aan de cardiologen. De flexibiliteit lijkt voornamelijk te worden verhoogd door de coachende aansturing van de cardioloog en het verhogen van de motivatie door de vier projectleden.

### 5.2.5 HRM

HRM legt de focus op de medewerkers. Om de inspanning en prestatie van medewerkers te verhogen, is het verhogen van *‘abilities’, ‘motivation’ en ‘opportunity to participate’* een manier om de organisatieprestatie te behouden, in dit geval de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen.

### *Abilities*

Om de kennis en vaardigheden omtrent het project WZW te verhogen, is het communiceren van de informatie die verkregen is in de startconferentie van het CBO, de eerste stap geweest. De startconferentie gaf de projectgroepleden de mogelijkheid om te reflecteren op de toegangs- en wachttijden op de poli: *“Achteraf gezien denk ik dat enerzijds de informatie die je kreeg, maar anderzijds ook het feit dat je dan even de rust hebt om met z'n vieren de situatie van de kliniek, in ons geval cardiologie, door te lichten en dat is ook goed, daar krijg je tijd voor, dat was ook gepland, je kon er samen over praten. Kijk, hier kan ik dat wel doen en dan ga ik met Y. zitten en dan word ik twee minuten later weer weg gebeld; zij heeft werk, ik heb werk en daar waren we alleen maar voor dat doel daar.”* Door rust en ruimte te bieden om kritisch naar de toegangs- en wachttijden op de poli te kijken, konden de deelnemers naar eigen zeggen eindelijk oplossingen bedenken voor knelpunten die reeds bekend waren maar waar niets aan was gedaan. Allereerst is de werkwijze op de poli in kaart gebracht door de projectleden en is inzicht verkregen in de mogelijkheden van het uitvoeren van interventies op de poli. Deze mogelijkheden en informatie over het project zijn vervolgens intern verspreid door werkoverleggen en bijeenkomsten te organiseren. Medewerkers op de poli hebben geen speciale training of cursus gehad over het project of over de (logistieke) principes. Gekozen is om de kennis en vaardigheden ten tijde van het project te vergroten door interventies in te zetten, deze te evalueren en nieuwe interventies te bedenken. In deze werkmethode kan het Nolan verbetermodel herkend worden. Volgens de cardioloog lag ten tijde van het project de nadruk op de evaluatie van interventies: de effectiviteit van interventies werd tijdens werkoverleggen behandeld en welke interventies niet werkten, werden teruggedraaid of er werden nieuwe interventies bedacht. Hierin kan het *double loop* leren van Argyris (1991) herkend worden. Fouten werden niet alleen gecorrigeerd, tevens is aandacht geweest om de manier van werken te veranderen. In vergelijking met de projectfase, lijkt deze *double loop learning* minder plaats te vinden.

Op de vraag of voldoende kennis en vaardigheden aanwezig zijn, wordt door de manager, beleidsmedewerker zorginnovatie en door de secretaresse 'ja' geantwoord. De secretaresse heeft naar eigen zeggen voldoende kennis om de toegangs- en wachttijden te meten en veranderingen hierin te signaleren. Volgens de cardioloog zijn alle medewerkers vakkundig in hun werk, maar ontbreekt het bij polimedewerkers in principe aan logistieke kennis: *“Wij hebben er geen tools voor meegekregen. Behalve gezond verstand heb je hier geen opleiding voor genoten. Ik denk dat als je naar de wachtlijsten kijkt, de basisprincipes relatief duidelijk zijn.”* Echter, doordat de principes volgens de respondenten vrij logisch zijn, is het hebben van kennis over logistieke principes niet vereist. Belangrijker is volgens de respondenten dat medewerkers bereid zijn mee te werken interventies in te zetten. Deze bereidheid is een onderdeel van de motivatie.

### *Motivation*

In de literatuur worden door verschillende auteurs succesfactoren benoemd voor het borgen van organisatieveranderingen. Het verhogen van *commitment* is hierbij een veelgenoemde factor. Bij het verhogen van deze betrokkenheid van medewerkers speelt het verhogen van motivatie (intrinsiek en extrinsiek) een belangrijke rol. Het creëren van draagvlak bij aanvang van een project en dit ook

blijven houden nadat het project is afgerond, wordt vaak benoemd door de respondenten. Het behouden van *commitment* wordt door Miller (2004) als cruciale factor benoemd om borging te bereiken. *Commitment* omvat volgens de respondenten groepscohesie: 'Alle neuzen dezelfde kant op!' In deze manier van aansturing zijn HRM aspecten als 'coaching' en 'teamwork bevorderen' te herkennen (Appelbaum et al. 2000) waardoor motivatie wordt verhoogd. De cardioloog heeft door het eisen van een 'carte blanche' een groot beroep gedaan op samenwerking en teamwork. Op deze manier is de bereidheid om mee te doen aan het project verhoogd en wordt de aansturing op dit moment gebruikt om collega's te blijven motiveren en te proberen die andere bril op te laten zetten. Naast deze factor, wordt de hoge bereidheid volgens de cardioloog verklaard door het feit dat de vakgroep cardiologie slechts uit vier cardiologen bestaat en geen differentiatie heeft naar functiegebied. Op de afdeling interne geneeskunde is het WZW project misgelopen op de vakinhoudelijke verschillen en de grootte van de groep: *"Op cardiologie liep het goed zonder dat we er eigenlijk veel energie in hoefden te stoppen en op de interne, daar was het continu sturing en onderlinge verschillen die bijvoorbeeld al tot uiting kwamen in de opsplitsing van de interne geneeskunde zoals de nefrologie, de maag- darm- en leverartsen en die subspecialismen. Die hadden hun eigen toko als het ware en daar speelden een heleboel belangen. Op cardiologie is dat niet, daar is het gewoon de cardiologie als een geheel"*. Uit dit citaat blijkt dat de bereidheid en de succesfactor van het project mede afhankelijk zijn van het soort specialisme en de grootte van de vakgroep.

Naast bovengenoemde factoren was het volgens de respondenten logisch dat, doordat de poli snel goede resultaten boekte, de motivatie werd verhoogd: *"Ik denk dat de grootste motivatie ligt in het feit dat we onder die grens blijven zitten, van die cijfers, dat die goed zijn. Dus in feite continu die grafiek onder je neus zien en je blijft onder die norm, dan stimuleert dat wel. Maar we hebben niet echt beloningssystemen"* (beleidsmedewerker). Bovengenoemde maatregelen hebben invloed gehad op de intrinsieke motivatie. Deze intrinsieke motivatie wordt voornamelijk veroorzaakt door de effecten van de interventies. Door de interventies consequent uit te voeren, wordt de werkdruk minder. In de literatuur noemen Schouten (2004), Finlay (2000) en Kotter (1998) het belang van het behalen van goede resultaten om borging te bewerkstelligen. De respondenten geven aan dat de resultaten goed moeten zijn om door te willen gaan met de interventies. Het belang hiervan wordt onderstreept door de consequenties van terugval: *"Het werkt goed. Nu merken we weer dat de wachttijd oploopt door de vakantie en dat je dan weer problemen krijgt aan de telefoon. Je bent veel langer bezig om de patiënt kwijt te raken. Ja, die tevredenheid van patiënten..., als die meteen terug kan en iedereen is tevreden"* (secretaresse). Doordat de resultaten (meer rust op de poli, lagere toegangs- en wachttijden) vrijwel direct minder goed worden als interventies terugvallen, blijft het urgentiebesef hoog om volgens deze interventies te blijven werken. De intrinsieke motivatie wordt tevens verhoogd door het ervaren spelelement om de toegangs- en wachttijden naar beneden te brengen bij artsen: *"De meeste cardiologen die ik ken zijn toch een beetje prestatiegericht en die denken op een gegeven moment: hé, wat leuk, de wachttijd gaat naar beneden, hoever kan dit nog naar beneden? En dat doen ander medewerkers ook. Net alsof je een soort spel gemaakt hebt waarbij iedereen eigenlijk toch het beste eruit wil halen."* De intrinsieke motivatie wordt kortom voornamelijk veroorzaakt door de voldoening die medewerkers krijgen wanneer de patiënt snel geholpen wordt, wanneer de werkdruk wordt verlaagd



en wanneer een verlaging in toegangs- en wachttijden is te zien. Deze component van motivatie neemt een prominente plaats in. De extrinsieke motivatie wordt niet verhoogd wanneer medewerkers actief betrokken zijn bij het laag houden van de toegangs- en wachttijden. Er wordt geen gebruik gemaakt van (financiële) beloningen zoals een bonus of salarisverhoging.

#### *Opportunity to participate*

In §5.2.3 is het belang van coachende aansturing benoemd. Deze manier van aansturing en ondersteuning van de cardioloog verhoogt de autonomie van de artsen in het opzicht dat zij zelf meer beslissingen kunnen nemen over de eigen werkwijze en aanpassingen hierin. Door deze manier van aansturing wordt de samenwerking bevordert. In de vakgroepoverleggen is mogelijkheid voor inspraak en medezeggenschap door de cardiologen. Daarbij worden de inspraakmogelijkheden niet beperkt tot de cardiologen en secretaresses op de poli, tevens worden de onderzoek- en behandelafdelingen betrokken bij het overleggen over interventies: *“Op het moment dat de secretaresse en ik iets zien gebeuren in de wachttijden, en je gaat bijvoorbeeld naar het echoteam en je kijkt er nog eens naar met hun, dan komen bijna al die ideeën om het op te lossen, uit het team zelf” (cardioloog)*. De cardioloog communiceert frequent (één keer per week) met zijn maten over de toegangs- en wachttijden. De cardioloog is hierbij het aanspreekpunt voor knelpunten. Communicatie door de cardioloog heeft hier zowel een informerende rol als het creëren van bereidheid (Elving 2005).

### **5.3 Polikliniek neurologie**

Deze paragraaf zal dezelfde opbouw hanteren als §5.2 waarin de poli cardiologie is beschreven.

#### 5.3.1 Functieomschrijving respondenten

De poli neurologie van ziekenhuis B is gevestigd op één locatie (het ziekenhuis zelf) waar drie neurologen werkzaam zijn. Neurologie valt onder het cluster ‘beschouwende specialismen’. Op deze poli zijn een neuroloog, 1<sup>e</sup> medewerker poli neurologie (secretaresse), hoofd ambulante zorg en kwaliteitsfunctionaris geïnterviewd. De betrokkenheid bij de wachttijden varieert. De neuroloog, de kwaliteitsfunctionaris en een secretaresse (niet dezelfde persoon als de respondent) namen destijds deel aan de projectgroep. De neuroloog is weinig meer betrokken bij de wachttijd omdat hij naar eigen zeggen geen formele of structurele taken heeft op dit gebied. De 1<sup>e</sup> medewerker poli neurologie houdt zich bezig met secretariële taken en houdt de meetgegevens bij. Het hoofd ambulante zorg zit in het managementteam en krijgt één keer in de maand een overzicht van alle wachttijden in het ziekenhuis. De kwaliteitsfunctionaris heeft destijds het project begeleid en heeft hiervoor een plan van aanpak opgesteld met bijbehorende doelen en activiteiten. Vervolgens heeft hij rapportages gemaakt van de toegangs- en wachttijden. Deze rapportages maakt hij nu nog wekelijks van de gegevens die hij van de poli krijgt op maandagmorgen.

#### 5.3.2 Gehanteerde interventies

Ook voor deze poli zal dezelfde indeling in WZW interventies en aanvullende interventies behandeld worden en zullen doorlopende en ‘ad hoc’ interventies onderscheiden worden.

### *WZW interventies*

Na het project is deze poli consequent iedere week blijven meten. De secretaresses plannen de patiënten en houden de toegangs- en wachttijden bij. Bij aanvang van het project is het stuwmeer weggewerkt (principe één WZW). Hierbij is de zogenaamde 0-meting gehouden en zijn op basis van metingen als: hoe lang blijft een patiënt gemiddeld in consult', afspraken gemaakt. Eén afspraak is het vaststellen van een realistische afspraaktijd. Voor de nieuwe patiënten wordt 20 minuten ingepland, voor controlepatiënten 10 minuten. Bij aanvang van het project is de agenda aangepast (doorlopende activiteit), er wordt nu gebruik gemaakt van een open agenda. Dit houdt in dat geen gereserveerde blokken meer bestaan voor nieuwe- en controlepatiënten, maar dat secretaresses 'zien wat er komt'. Het maakt niet uit of het een nieuwe of controlepatiënt is die op die dag wordt ingepland. Door de open agenda te hanteren, hoeft niet gecontroleerd te worden op open plaatsen. Het aantal wachtrijen wordt geminimaliseerd doordat neurologie niet werkt met aandachtsgebieden. Om invulling te geven aan principe vier (reduceren herhaalfactor) kan gekozen worden voor *patient initiated care*. Op de poli neurologie wordt gewerkt volgens dit principe door de patiënt zelf te laten bellen voor een nieuwe afspraak. Daarnaast kan kritisch gekeken worden naar de controlepatiënten. De neuroloog geeft een verklaring voor het feit dat nog veel controlepatiënten worden gezien: *"De vergoedingen met DBC's<sup>8</sup>, dat is ook allemaal even onduidelijk hoe dat nu gaat lopen. Maar het zou zo kunnen zijn dat als ik iemand één keer zie, dat ik daar aanzienlijk minder voor krijg dan wanneer ik hem een tweede keer nog eens zie. En dat kan ik ook niet telefonisch afhandelen. (...) Als ik aanzienlijk minder voor een contact krijg als ik een patiënt bel, dan wanneer ik hem terug zie, dan komt ie terug."* Deze factor heeft tot gevolg dat de controlepatiënten op deze poli toch nog te veel worden teruggezien volgens de neuroloog. Het vergoedingensysteem zal opnieuw punt van agenda worden in de komende maatschapoverleggen en de consequenties van het vergoedingensysteem voor de werkwijze van de neurologen zal besproken worden.

Om invulling te geven aan principe vijf wordt gebruik gemaakt van taakdelegatie, een Parkinsonverpleegkundige is werkzaam op de poli. Om fluctuaties in het aanbod op te vangen (principe zes) heeft de poli neurologie tenslotte de poli's voor zes weken vastgezet. Deze WZW interventie is een voorbeeld van een 'blijvende interventie' die als norm gezien kan worden. Hierover vindt afstemming plaats tussen de neurologen. Om in te spelen op fluctuaties in de vraag (principe zeven) wordt als belangrijkste 'ad hoc' WZW interventie het inzetten van extra capaciteit (extra patiënten zien en poli's draaien op extra dagdelen) genoemd. Afhankelijk van de situatie worden patiënten achter aan het spreekuur geplaatst: *"Dus wij hebben onze agenda, wij weten wanneer hun spreekuren zijn, dus de ochtend of de middag. Zodra wij zien dat de wachttijd oploopt geven wij een seintje, goh de wachttijd loopt op en meestal komen wij dan ook met een raster aan. Wij gaan dan vragen, kun jij eventueel op dinsdagochtend twee of drie nieuwe zien, of achter je spreekuur.. dokter H. is dan net geweest.. die heeft dan op vrijdagmiddag tot half 3 spreekuur. Loopt dan de wachttijd op,*

---

<sup>8</sup> Een DBC is te zien als een vooraf gedefinieerd gemiddeld zorgproduct dat de zorgverlener selecteert op basis van de zorgvraag van de patiënt. De DBC bevat informatie over de zorgvraag, de diagnose en de benodigde behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact t/m de laatste controle (DBC onderhoud 2008).

dan kunnen we bij hem achter zijn spreekuur nog om 3 uur of half 4 nog een patiënt plaatsen. Maar dat is wel in overleg met de arts" (1<sup>e</sup> medewerker poli). Naast het inplannen van extra patiënten, worden extra dagdelen gedraaid. Doordat de neurologen vier dagen werken, kan het zijn dat afgesproken wordt een extra dagdeel te draaien op de vrije dag van de betreffende neuroloog. Het draaien van extra dagdelen is een flexibele maatregel en wordt in samenspraak met de secretaresse en neuroloog gepland. Deze flexibiliteit maakt het mogelijk snel en effectief de toegangs- en wachttijden te verlagen. Op deze manier worden fluctuaties in de vraag opgevangen. Volgens de neuroloog kan hierbij meer geanticipeerd worden op het oplopen van de wachttijden: *"Omdat ik nu hierheen kwam, heb ik gevraagd hoe het met de wachttijd is en die blijkt dan veel hoger te zijn dan ik gedacht had. Die was twee weken geleden nog heel kort, en nu is die in heel korte tijd ongemerkt omhoog geschoten. Niet dat ik daar nu acuut wat aan had kunnen doen, want daar is nu niet echt de ruimte voor, maar ik had het niet in de gaten. En ik heb het alleen gevraagd omdat ik hierheen kwam."* Het anticiperen op het oplopen van de toegangs- en wachttijden zou plaats kunnen vinden door bijvoorbeeld controlepatiënten een definitieve afspraak te geven in een rustige periode, wanneer zij bellen voor een afspraak. Dit wordt echter niet gedaan. De poli hanteert geen tijdsblokjes in spreekuren om uitloop van spreekuren op te vangen. Naast de gehanteerde WZW interventies, heeft de poli aanvullende interventies bedacht die aansluiten bij bovengenoemde interventies.

#### *Aanvullende interventies*

Op het secretariaat lagen bij aanvang van het project de dossiers op verschillende plaatsen, vertelt de kwaliteitsmedewerker. Toen zijn alle dossiers op een nieuwe locatie aangelegd. Naast deze eigen gekozen interventie, is bij aanvang getracht open plaatsen te plannen in de agenda, zodat de neurologen de tijd hadden om tussendoor te dicteren. Doordat het aanbod echter toch te groot wordt, is de verleiding voor de secretaresses om toch patiënten te plannen op deze plaatsen, zeer groot. Vanwege deze reden, worden de lege plaatsen toch weer ingepland en moet de neuroloog achteraf dicteren. Een andere aanvullende en doorlopende interventie omvat het bestaan van een vragenagenda (vragen van patiënten noteren in een agenda). De secretaresses noteren kleine vragen, bijvoorbeeld over medicatie, en bekijken of zij deze vragen zelf kunnen beantwoorden of dat zij de vragen aan de arts kunnen stellen voor de patiënt. Tenslotte komt ook uit de antwoorden van deze respondenten de noodzaak om af te stemmen met onderzoek- en behandelafdelingen, sterk naar voren. Het aantal MRI's is bijvoorbeeld uitgebreid omdat de patiënten op de poli neurologie te lang moesten wachten op dit onderzoek. Om daarbij de afstemming met onderzoek- en behandelafdelingen te verbeteren, is het nu mogelijk voor de secretaresses van de poli neurologie dat zij zelf afspraken kunnen plannen in de agenda's van de röntgen- en functieafdeling: *"Wij kunnen zelf afspraken plannen, dat is er dan wel bijgekomen, bij de röntgenafdeling en bij de functieafdeling. Dus wij hoeven de mensen daar niet meer naar toe te sturen. Wij plannen zelf daar in die agenda, zij hebben voor ons plaats gecreëerd, dus wij maken gelijk de afspraak met de mensen en we geven ze gelijk die afspraak mee, dus de wachtrijen aan de balie worden ook wat minder."* Deze afstemming en andere gekozen interventies hebben gevolgen voor de werkwijze op de polikliniek.

### 5.3.3 Werkwijze

Op de poli neurologie worden de toegangs- en wachttijden nog wekelijks gemeten. In deze paragraaf komen het meten, het werkproces, aansturing en verantwoordelijkheid en externe factoren aan bod.

#### *Metten*

Dagelijks wordt door de secretaresses de toegangs- en wachttijd gemeten. Als norm voor de toegestane toegangstijd wordt de Treeknorm (80% kan binnen drie weken terecht, 100% in vier weken) aangehouden. Voor nieuwe patiënten wordt 20 minuten ingepland, voor controlepatiënten 10 minuten. De ingeplande spreekuurtijd is op deze poli langer dan bijvoorbeeld op de poli cardiologie (NP 10 en CP 5 minuten). Dit heeft te maken met de leeftijd van patiënten (veel oudere patiënten) en vakinhoudelijke kenmerken legt de secretaresse uit.

#### *Signalering... en dan?*

Zodra de secretaresses signaleren dat de toegangstijden boven de drie weken komen, geven zij een seintje aan de neurologen (ad hoc) en worden individuele medewerkers aangesproken op de wachttijd door het afdelingshoofd of door het hoofd ambulante zorg. De secretaresses bepalen in overleg met de neurologen of extra patiënten gepland kunnen worden (ad hoc activiteit en niet structureel). Er bestaan korte lijnen tussen de secretaresses en de neurologen omdat zij de agenda's beheren van de specialisten. Deze overleggen gebeuren 'ad hoc', hiervoor kunnen geen concrete overlegmomenten worden benoemd.

Iedere maandagochtend mailen de secretaresses een overzicht van de toegangstijden naar de kwaliteitsfunctionaris (stafbureau kwaliteit). Hij verwerkt deze gegevens in rapportages. Iedere week wordt deze rapportage naar de poli gestuurd en worden deze overzichten door de secretaresses besproken. Bij aanvang en tijdens het project werden deze overzichten door het secretariaat structureel iedere week besproken, op dit moment vinden deze besprekingen ad hoc plaats. De gegevens worden kortom nog wel dagelijks gemeten, maar niet structureel overlegd met de neurologen en andere medewerkers op de poli: *"Het is misschien wel goed als we het wel doen. Het idee was ook in het begin: als je dit maar vaak doet dan kun je ook inschatten hoe het gaat lopen. Dat spel om daar mee om te gaan, dat hebben we dan ook niet helemaal in de vingers"* (neuroloog). Op dit moment worden de meetgegevens nog steeds in het werkoverleg behandeld (secretaresses, neurologen, afdelingshoofd), maar niet meer zo uitgebreid als in het begin.

#### *Aansturing en verantwoordelijkheid*

Het is opvallend dat de neuroloog ten tijde van het project in de projectgroep zat, maar nu eigenlijk zijn collega's niet meer aanstuurt op de toegangstijden. Zijn aansturing is vervlakt en hij geeft aan dat hij zich niet hoofverantwoordelijk voelt voor het laag houden van de toegangstijden. De aansturing zou volgens hem door de secretaresse moeten plaatsvinden. Doordat zij met zwangerschapsverlof is, is deze aansturing op dit moment dan ook weggefallen en wordt gemist volgens door de respondenten. Volgens Miller (2004) is een consistente en ondersteunende aansturing één van de succesfactoren om borging te bewerkstelligen. Op deze poli is geen sprake van deze continue aansturing, waardoor

niemand zich verantwoordelijk voelt voor het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden. Doordat de poli geen verantwoording hoeft af te leggen aan het hoger management, lijkt het urgentiebesef om verantwoordelijkheden te verdelen, te ontbreken. Het gebrek aan aansturing heeft volgens de respondenten zijn weerslag op de motivatie van medewerkers.

#### *Externe factoren*

Ook op deze poli wordt de vergrijzing genoemd als externe factor die de toegangs- en wachttijden beïnvloedt. Daarnaast is volgens de respondenten de afstemming met onderzoek- en behandelafdelingen van invloed op de hoogte van de wachttijden. Wanneer bijvoorbeeld het benodigd aantal MRI-onderzoeken niet snel kan plaatsvinden, kan de patiënt op de poli wel snel terecht door een lage toegangstijd, maar blijft de wachttijd vervolgens hoog. Evenals op de poli cardiologie wordt op deze poli duidelijk dat het ziekenhuis streeft naar het beter organiseren van (logistieke) processen waardoor de toegangs- en wachttijden laag kunnen blijven. Ook op de website van dit ziekenhuis worden de toegangstijden gepubliceerd.

#### 5.3.4 Borging

Het project werd uitgevoerd van 2004-2005, vervolgens is de poli neurologie doorgegaan met het uitvoeren van interventies zoals het meten. Als belangrijkste bevorderende factoren worden genoemd dat alle neuzen dezelfde kant op moeten staan en dat iedereen mee moet willen werken en bereid moet zijn de eigen werkwijze aan te passen: *“Als ik er geen moeite mee heb om extra poli’s te draaien en mijn collega’s wel, als zij die flexibiliteit niet hebben, dan kan ik dat één of twee keer doen, maar dan ga ik op een gegeven moment ook niet voor Jan Doedel zitten werken” (neuroloog)*. Deze factor geldt niet specifiek voor de poli, maar is een belemmerende factor in het algemeen. In het citaat is de flexibiliteit te herkennen die uitgebreid is behandeld bij de poli cardiologie. De flexibiliteit richt zich voornamelijk op het snel kunnen en willen inspelen op het verlagen van de toegangs- en wachttijden. Daarnaast wordt door alle respondenten een sterke aansturing benoemd om mensen betrokken te houden. Deze aansturing ontbreekt op dit moment. De toegangs- en wachttijden structureel meten blijkt een belangrijke succesfactor te zijn: *“Ja, één van de dingen is gewoon de toegangstijden structureel te blijven sturen, structureel te meten.”* Het meten op deze poli gebeurt structureel, de meetgegevens overleggen echter niet. Het kritisch kijken naar de ontwikkelingen in de toegangs- en wachttijden is echter noodzakelijk volgens de neuroloog: *“Dat je altijd weer opnieuw kritisch kijkt hoe het allemaal loopt zodat je bereid bent om weer nieuwe aanpassingen te kunnen doen. Je kunt niet zeggen van, dit is goed en dit is tot mijn 65<sup>ste</sup> ook goed” (neuroloog)*. De dynamiek in de contextuele omgeving maakt het onmogelijk interventies in te zetten en deze nooit meer aan te passen. Het actief inzetten van interventies, het realiseren van verhoogd werkplezier en het aansturen van medewerkers op verantwoordelijkheden worden door de respondenten als succesfactoren benoemd. Deze factoren zijn allen onderdeel van het vakgebied HRM.

### 5.3.5 HRM

In deze paragraaf zullen de componenten van de AMO theorie aan bod komen.

#### *Abilities*

Allereerst is kennis over het functioneren van de eigen poli vergaard door het projectteam op de startconferentie. Daar werd gelegenheid geboden te reflecteren op de eigen werksituatie op de poli. Deze bewustwording is een vorm van kennisverhoging. Net als op de poli cardiologie is de informatie van de startconferentie intern overlegd met de secretaresses en de secretaresses hebben wekelijks bekeken of interventies goed werkten of niet. De neuroloog heeft dit gedaan met zijn collega's. Kennis en vaardigheden zijn vervolgens, net als op de poli cardiologie, verhoogd door de interventies in te zetten en te kijken welke goed werken en welke niet. De polimedewerkers hebben ervaring opgedaan met het uitvoeren van interventies.

Alle medewerkers antwoorden dat de kennis en vaardigheden op de poli aanwezig zijn om de toegangs- en wachttijden laag te houden. De invulling van deze kennis en vaardigheden wordt door de respondenten verschillend omschreven. De kwaliteitsfunctionaris benoemd de aanwezigheid van kennis en vaardigheden voor de functie: *“Medewerkers zijn deskundig op hun eigen werk, daar nemen we ze op aan en daar moeten ze goed in zijn, ze moeten gewoon secretaresse zijn.”* Deze deskundigheid in de eigen functie is volgens de respondenten de voornaamste vaardigheid. Daarbij moet het kunnen delen van de kennis als vaardigheid worden beschouwd volgens het clusterhoofd: *“En soms moeten ze zelf dingen oplossen, maar als dat wat meer vergt, dan moeten ze terug kunnen vallen op kennis die we hebben. Je hoeft van secretaresses geen logistiek medewerkers te maken, die moeten bezig zijn met hun eigen werk.”* Uitwisseling van ervaring en kennis die opgedaan wordt bij het actief bezig zijn met de toegangs- en wachttijden, verhoogt de vaardigheden. Kennis en vaardigheden worden op deze poli voornamelijk verkregen door interventies uit te voeren waarbij ervaring wordt opgedaan over de effecten hiervan. Om de kennis te verhogen zijn geen aanvullende trainingen of opleidingen georganiseerd. De 1<sup>e</sup> medewerker poli geeft aan dat de secretaresses de kennis (weten wat ze moeten doen) en vaardigheden (weten hoe ze het moeten doen) bezitten om de toegangs- en wachttijden bij te houden. Het hebben van kennis over logistieke principes wordt door de respondenten op de poli niet benoemd. De poli neurologie is goed in staat de toegangs- en wachttijden laag te houden, de neuroloog geeft hier zijn visie op: *“Dus een heel groot gedeelte van de tijd is die heel kort, dus dan moet je zeggen: het lukt dan toch, ook al weten we niet precies waarom, maar het lukt ons toch om hem heel kort te houden.”* Hieruit kan worden afgeleid dat de juiste interventies worden uitgevoerd, maar dat medewerkers niet altijd bewust zijn van hun bekwaamheid.

#### *Motivation*

Op de vraag of voldoende actief wordt omgegaan met de wachttijden, wordt verschillend gereageerd. De geïnterviewden die 'ja' zeggen, geven aan dat als de wachttijden te hoog worden, dat dan weer interventies worden ingezet. Deze respondenten koppelen het 'actief bezig zijn' aan bereidheid. De respondenten die 'nee' antwoordden, schetsten het volgende beeld: *“Iedereen weet dat we geen hele lange wachttijden willen hebben, dus daar wordt rekening mee gehouden. Maar opnieuw kom ik weer*

*op hetzelfde terug, hij blijkt nu toch weer vele weken te hoog te zijn in 1 keer, nu met die feestdagen. [Maar dat is dan een verklaarbare factor?] Ja oké, maar er is toch ook niemand die dat van te voren gesignaleerd heeft en mij dat én niet gezegd heeft, en ook niet heeft gevraagd: goh kijk eens voor mij of ik een extra poli moet gaan draaien. Dus er zou een actiever beleid kunnen zijn. Men zou zich daar meer betrokken, meer verantwoordelijk voor kunnen voelen om dan op tijd wat te signaleren.”* Wanneer dit citaat wordt bestudeerd, lijkt het alsof men wel weet dat de toegangs- en wachttijden laag gehouden moeten worden, maar dat eigen initiatief ontbreekt om kritisch naar de wachttijden te kijken. Dit kan tevens veroorzaakt worden door het feit dat uit de interviews blijkt dat de verantwoordelijkheid voor de wachttijden niet duidelijk is verdeeld. De kwaliteitsfunctionaris schetst het volgende beeld: *Als je echt kijkt naar kwaliteit, dan ben je geslaagd als je mensen zover kan bereiken dat ze zeggen: wat zou ik morgen nou beter kunnen doen in mijn werk? Dan ben je bezig je werk te verbeteren en meer werkplezier te hebben en kortom dat te bespreken met collega's (...) Het actief meedoen. Er zijn er nu heel veel die zeggen: die patiënt komt toch wel, we doen het toch al twintig jaar zo en dat loopt toch goed?”* Deze gedachte laat zien dat het hebben van urgentiebesef, stap één volgens Kotter (1998), nog niet bij alle medewerkers aanwezig is. Er wordt aangegeven dat het te druk wordt en er veel tijd in gaat zitten om heel actief bezig te zijn met de wachttijden.

De motivatie wordt niet veroorzaakt door een extrinsieke motivator als een bonus of salarisverhoging. De 'beloning' voor het actief bezig zijn met de toegangs- en wachttijden omvat een intrinsieke beloning: een prettiger werksfeer en tevreden patiënten. De 1<sup>e</sup> medewerker poli geeft aan dat bij aanvang van het project weerstand bestond: *“Wij waren er eigenlijk allemaal in eerste instantie op tegen. Er komt een hoop werk bij: wij moesten tijdens het spreekuur de telefoontjes gaan meten, het aantal nieuwe patiënten, dat komt er allemaal bij (...) [En hoe zijn jullie dan uiteindelijk toch overtuigd?] Nou ja, je gaat het gewoon zien uiteindelijk.”* Deze weerstand is verminderd door het behalen van lage toegangs- en wachttijden. De intrinsieke motivatie wordt tevens verhoogd door het ervaren spelelement bij neurologen, hetgeen op de poli cardiologie tevens werd aangegeven: *“Ik denk dat het ook wel een soort sport is... Ik weet niet of ik het in het goede woord uitdruk, maar het is wel spannend om die wachttijd laag te houden hè. We zijn er zo op gefocust om die wachttijd zo laag te houden, dan balen we er gewoon van als die oploopt” (1<sup>e</sup> medewerker poli).* Dit competitie-element in het verlagen van de toegangs- en wachttijden lijkt een interessante motivator voor het verhogen van de intrinsieke motivatie om de toegangs- en wachttijden te verlagen. Deze competitie kon reeds herkend worden op de poli cardiologie.

#### *Opportunity to participate*

Op dit moment is de trekker van het project tijdelijk afwezig, waardoor aansturing op de poli ontbreekt. De respondenten geven aan hoe belangrijk haar rol is; ze wijst op verantwoordelijkheden en ondersteunt de medewerkers bij problemen. Op deze manier stelt zij de medewerkers in staat te werken aan een verlaging van toegangs- en wachttijden. Naast aansturing, is participatie door inspraak een belangrijk onderdeel. Inspraak hebben in het opzetten en uitvoeren van interventies is ruim voldoende aanwezig, echter, de mogelijkheden hiervan worden niet voldoende benut. De wachttijden vormen een onderdeel van het werkoverleg (niet meer zo uitgebreid als bij aanvang van

het project), daarnaast overleggen de neurologen en secretaresses afzonderlijk. Communicatie wordt op deze poli ingezet om elkaar te informeren, bij vragen elkaar te raadplegen en elkaar te motiveren.

#### **5.4 Polikliniek orthopedie**

In deze paragraaf zullen dezelfde onderdelen als in de twee voorgaande paragrafen behandeld worden. Opgemerkt moet worden dat ten tijde van het project, orthopedisch chirurgen werkzaam waren op drie locaties en slechts één locatie meedeed aan het project. Op dit moment zijn de orthopedisch chirurgen alleen nog werkzaam op één locatie en zijn enkele orthopedisch chirurgen vertrokken. De poli orthopedie heeft in de projectfase 2003-2004 meegedaan aan het WZW project.

##### **5.4.1 Functieomschrijving respondenten**

De poli orthopedie van ziekenhuis C is was vóór januari 2008 gevestigd op drie locaties. Sinds januari 2008 is de poli gevestigd op één locatie (het ziekenhuis zelf) en heeft twaalf orthopedisch chirurgen in dienst. Naast algemene orthopedie, hebben alle orthopedisch chirurgen hun eigen aandachtsgebied. Orthopedie valt onder het cluster 'snijdende specialismen'. Op de poli zijn twee interviews gehouden met het afdelingshoofd en een baliemedewerkster poli. Een derde interview is via email gedaan omdat de orthopedisch chirurg op de interviewdag verhinderd was wegens een spoedoperatie. De geïnterviewden hadden allen geen zitting in de projectgroep.

Het afdelingshoofd is sinds 1 januari 2008 werkzaam op de poli, de baliemedewerkster en de orthopedisch chirurg werken al lange tijd in het ziekenhuis en op de poli. Het afdelingshoofd heeft nog weinig gedaan met de wachttijden omdat hij 'dacht dat het liep'. Echter, hij geeft aan dat door deze interviews, weer een nieuwe gelegenheid is ontstaan om hier actief mee aan de slag te gaan. Deze bewustwording en het verhoogde urgentiebesef zijn positieve ontwikkelingen die kunnen bijdragen aan borging, er ontstaat immers opnieuw aandacht voor het laag houden van de toegangstijden (Kotter 1998). De baliemedewerkster bereidt de poli's voor. Zij is vanuit haar functie niet erg met de toegangs- en wachttijden bezig maar zij is wel zeer betrokken vanuit haar functie in de Ondernemingsraad. De orthopedisch chirurg houdt zich bezig met de toegangstijden in dat opzicht, dat als deze te hoog worden, extra poli's worden gedraaid en andere interventies worden ingezet waarbij hij betrokken is.

##### **5.4.2 Gehanteerde interventies**

Ook op deze poli kan een onderscheid gemaakt worden in WZW- en aanvullende interventies.

###### *WZW interventies*

In 2003 is het project Werken zonder Wachtlijst gestart en zijn door een tijdelijke productieverhoging de toegangstijden naar de Treeknorm (80% kan binnen drie weken terecht, 100% in vier weken) gebracht. De poli hanteert de Treeknorm voor de toegangstijden nog steeds en iedere week worden de toegangs- en wachttijden gemeten. Het wegwerken van het stuwmeer (principe één WZW) is de eerste interventie geweest. Specialisten zijn de werkdag toen allemaal 15 minuten eerder begonnen



zodat extra nieuwe patiënten gezien konden worden. Daarbij is een realistische inschatting gemaakt van de behandeltime bij aanvang van het project. Nu worden patiënten vervolgens nog steeds op deze manier ingedeeld (NP 10 minuten en CP 5 minuten). Er wordt op de poli orthopedie niet gewerkt volgens een open agenda (er wordt gewerkt met blokken nieuwe en controlepatiënten) en er wordt wekelijks gecontroleerd op vrije plaatsen. De telefonische bereikbaarheid verbeteren (principe twee) is gebeurd door te werken met een afspraken centrum en baliemedewerkers. De secretaresses maken de afspraken, de baliemedewerkers bereiden de poli's voor. Op de poli bestaan wachtrijen (principe drie) doordat orthopedisch chirurgen eigen aandachtsgebieden hebben. Patiënten kunnen hierdoor niet bij alle orthopedisch chirurgen terecht. Het traject van subspecialisatie (bovenste- onderste extremiteiten en rug), verhoogt de wachtrijen. Deze subspecialisatie hoort echter bij het vakgebied orthopedie. Principe vier (reduceren herhaalfactor) kan via *patient initiated care* vorm krijgen. Op de poli orthopedie gaat gewerkt worden volgens dit principe. Patiënten krijgen dan een kaartje mee met de vraag: belt u over aan half jaar terug. Wanneer ze bellen, krijgen ze pas de definitieve datum. Om invulling te geven aan principe vijf wordt gebruik gemaakt van taakdelegatie. Nurse practitioners hebben een wondensprekkuur. Dit spreekuur loopt goed en de aanmeldingen nemen toe. Deze interventie (behorend bij principe vijf) leidt tot een taakverlichting van de orthopedisch chirurgen. Om fluctuaties in het aanbod op te vangen (principe zes) heeft de poli orthopedie de poli's voor zes weken vastgezet. Deze interventie blijkt een 'flexibele' regel te zijn en wordt niet consequent uitgevoerd. Om in te spelen op fluctuaties in de vraag (principe zeven) wordt als belangrijkste 'ad hoc' WZW interventie het inzetten van extra capaciteit (poli's draaien op extra dagdelen) genoemd. Het draaien van extra dagdelen is een flexibele maatregel en wordt in samenspraak met de het afspraken centrum en orthopedisch chirurg gepland. Er worden geen controleafspraken in rustige periodes gepland. Aan principe acht van WZW wordt invulling gegeven door in ieder spreekuur twee pauzes van 10 minuten te plannen om uitloop van spreekuren te compenseren. Daarnaast worden patiënten te veel ingepland, om de no shows te compenseren en wordt tijd ingeruimd voor spoedpatiënten. Dit ruim plannen is niet officieel vastgelegd in een jaarplanning.

#### 5.4.3 Werkwijze

Op deze poli worden, net als op de voorgaande poli's, de toegangs- en wachttijden nog gemeten.

##### *Meten*

Op de poli wordt gewerkt met zowel baliemedewerkers als een afspraken centrum (secretaresses). Voor nieuwe patiënten is 10 minuten ingepland en voor controlepatiënten vijf minuten. De baliemedewerkster geeft aan dat er echter een misrekening is gemaakt tijdens het toedelen van patiënten aan nieuwe orthopedisch chirurgen: *"Het punt is dat elke nieuwe patiënt voor die orthopeed ook een nieuwe patiënt is, en heel vaak worden dan patiënten van de artsen die weg zijn, controlepatiënten, ook als een controlepatiënt op de lijst bij die nieuwe arts gezet. Alleen is er dan maar vijf minuten tijd per patiënt terwijl ze eigenlijk die 10 minuten van een nieuwe patiënt moeten hebben en dat gaat nog weleens mis."* Door het vertrek van meerdere orthopedisch chirurgen en de verkeerd ingeschatte spreekuurtijd, zijn veel spreekuren uitgelopen. De wachttijden zijn dan ook weer opgelopen.

### *Signalering... en dan?*

Wanneer de toegangstijd boven de drie weken komt (bijvoorbeeld door vakantiedrukke), wordt dit gemeld vanuit het afspraken centrum aan het afdelingshoofd. Het afdelingshoofd bespreekt dit vervolgens met de betrokken specialist waarbij de wachttijd oploopt. Er bestaan korte lijnen waardoor de orthopedisch chirurgen tussen de bedrijven door worden aangesproken, bijvoorbeeld 'in de wandelgang' (ad hoc). De orthopedisch chirurgen overleggen de meetgegevens in het maandelijks maatschapoverleg. Na overleg tussen afdelingshoofd en orthopedisch chirurg proberen de secretaresses van het afspraken centrum extra spreekuur te plannen (in overleg met de desbetreffende orthopedisch chirurg). Het afdelingshoofd vertelt dat de toegangstijden op dit moment niet meer aan de Treeknorm voldoen. Een belangrijke oorzaak hiervan is het wegvallen van sturing op de toegangs- en wachttijden.

### *Aansturing en verantwoordelijkheid*

Ten tijde van het project bestond het projectteam uit een manager zorgeenheid en een orthopedisch chirurg. Beide personen zijn niet meer werkzaam in het ziekenhuis. Voor het vertrek heeft geen evaluatie van het project en een 'overdracht van taken' plaatsgevonden. Op dit moment ontbreekt dan ook structurele evaluatie van de toegangs- en wachttijden. Het monitoren en aansturen op de toegangs- en wachttijden behoort volgens het afdelingshoofd tot zijn takenpakket. Hij zal deze aansturing, samen met een maatschapmanager gaan verzorgen. Volgens hem bestaat een gedeelde verantwoordelijkheid van de arts en het management van de poli om de toegangs- en wachttijden laag te houden. De artsen zijn verantwoordelijk voor de hoogte van de toegangs- en wachttijden, maar de maatschap is nog niet zover dat er negatieve of positieve consequenties aan verbonden zijn. Op de poli zullen hiervoor de mogelijkheden worden onderzocht. Doordat aansturing ontbreekt en geen consequenties verbonden zijn aan de hoogte van de tijden, is het niet verwonderlijk dat niemand zich heel actief bezighoudt met de toegangs- en wachttijden. Uit de resultaten van de voorgaande poli's blijkt immers hoe belangrijk het is om medewerkers te wijzen op verantwoordelijkheden. De poli is echter voornemens om, gezien de huidige ontwikkeling om efficiënter te werken in het ziekenhuis, weer vernieuwde aandacht te gaan geven aan de principes uit het project. Op de poli orthopedie is men volgens het afdelingshoofd op de goede weg doordat zij enkele zorgstraten hebben ontwikkeld als een schouderstraat en een knie/heupstraat.

### *Externe factoren*

Als externe factor wordt de toegenomen vraag naar orthopedie benoemd. Als verklaringen hiervoor vertelt de baliemedewerkster dat mensen ouder worden en meer last krijgen van ouderdomsverschijnselen als artrose. Daarnaast zijn de mensen door de jaren heen gehaaster geworden waardoor men sneller ongelukken krijgt, gaan meer mensen (onbegeleid) sporten en lopen hierbij een blessure op en tenslotte doen meer mensen aan risicosporten als skiën. Daarnaast 'shoppen' patiënten meer. De baliemedewerkster geeft aan dat meer vraag is naar bepaalde orthopedisch chirurgen: *"We hebben nu drie vrouwelijke orthopeden die alle drie echt gespecialiseerd zijn in schouder/elleboog/pols/hand: leuk en aardig hoor maar die zijn zo bekend, dat ze dus overal vandaan komen, vanuit Groningen, Friesland, Zuid-Limburg, Texel etc."* Daarnaast moet ziekenhuis C

vanwege haar ligging dichtbij België, meer nadruk leggen op hoge kwaliteit van zorg en lage wachttijden: *“Voornamelijk in deze regio is het wel van belang dat we de toegangstijden zo laag mogelijk houden omdat we hier toch zitten met België waar je gewoon heel korte toegangstijden hebt (...). [Dat merken jullie wel?] Nou kijk, als er in Roosendaal of Bergen op Zoom de wachttijden korter zijn, de mensen zijn niet meer zoals 20 jaar terug. Dan pakken mensen de auto en gaan ze naar Roosendaal en daar zijn ze dan 1 week, 2 weken eerder aan de beurt... Dus daar zijn wel mee bezig”* (afdelingshoofd). Het ziekenhuis heeft de koers ingezet meer transparantie te bieden aan patiënten door de toegangstijden op de website te plaatsen. Een maatschapmanager is aangenomen om de poli's in kaart te brengen.

#### 5.4.4 Borging

Het project werd uitgevoerd van 2003-2004, vervolgens is de poli orthopedie doorgegaan met het uitvoeren van interventies zoals het meten. De WZW interventies zijn op deze polikliniek niet geëvalueerd na het vertrek van de projectleden. Als belangrijkste belemmerende factor wordt het gebrek aan aansturing benoemd. Polimedewerkers en artsen worden niet aangesproken op verantwoordelijkheden, er zijn geen consequenties verbonden aan werkwijzen van artsen en er heerst een cultuur van onverschilligheid en beperkte communicatie volgens de respondenten. Toch worden, na het tonen van de 'WZW checklist' volgens de respondenten nog veel WZW interventies uitgevoerd zoals in §5.4.2 is te lezen.

Als randvoorwaarden voor het borgen van het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden worden de volgende factoren benoemd. De medewerkers moeten flexibel zijn, geprikkeld worden, het als iets positiefs ervaren en er moet bij alle medewerkers een mentaliteitsverandering ontstaan: *“Maar het aller-aller-aller belangrijkste is dat iedereen de patiënt centraal moet stellen! Als je een cirkel hebt, staat de patiënt in het midden en alles moet daaromheen gewikkeld zijn als een warme deken. En als dat er niet is, als je die factoren niet hebt, en de communicatie, dan kan het een tijdje goed gaan, maar dan verzand het weer, dan verwatert het weer.”* Medewerkers zouden volgens haar een stuk eigen belang op zij moeten zetten en zich flexibel opstellen. Ook op deze poli komt de noodzaak naar voren om te beschikken over flexibele medewerkers (fluctuaties in aanbod) naar voren. Naast bovengenoemde factoren, is de afstemming met onderzoek- en behandelafdelingen belangrijk omdat de wachttijden sterk worden beïnvloed op deze poli door de OK. Orthopedie behoort tot het cluster 'snijdend' en is afhankelijk van een OK schema. Om de afstemming met deze afdeling te verbeteren, moeten polimedewerkers volgens de baliemedewerkster weten wat onderzoek- en behandelafdelingen doen. Als dan problemen ontstaan, kunnen in overleg met deze afdelingen oplossingen worden gezocht. Volgens het afdelingshoofd moet het credo zijn: afspraak is afspraak.

#### 5.4.5 HRM

##### *Abilities*

De toenmalige projectleden hebben de startconferentie van het CBO bezocht en hebben de informatie overgedragen aan de medewerkers in werkoverleggen en maatschapoverleggen. Bij aanvang is het

projectteam naar de CBO startconferentie gegaan. Vervolgens zijn de daar verkregen inzichten verder gecommuniceerd naar de poli tijdens werkoverleggen. Op de vraag of voldoende kennis en vaardigheden aanwezig zijn op de poli om de wachttijden laag te houden, wordt door de baliemedewerkster 'nee' geantwoord. Zij heeft behoefte haar kennis te verhogen door een uitwisseling van 'best practices' met andere ziekenhuizen te organiseren: *"Ik bedoel, er zijn ook ziekenhuizen waar geen lange wachttijden zijn en ik zou daar best wel eens willen gaan kijken van goh, hoe lossen jullie dit op (...). Ik probeer weleens via Internet te googelen, maar dan zie je door de bomen het bos niet meer."* Kennis kan kortom niet alleen verkregen worden door op de poli interventies in te zetten en te evalueren en ervaring te krijgen, tevens kan uitwisseling van ervaringen en ingezette interventies op andere poliklinieken kennisverhogend werken. Polimedewerkers verkrijgen op deze manier immers nieuwe inzichten die zij kunnen gebruiken voor het inzetten van nieuwe interventies op de poli.

### *Motivation*

De motivatie om actief met de toegangs- en wachttijden te werken, is volgens de respondenten laag. Op de vraag of medewerkers actief bezig zijn met de wachttijden, wordt het volgende geantwoord door het afdelingshoofd: *"Ja want ik hoor ze nog regelmatig refereren aan WZW maar dat werkt nu niet meer, maar ze hebben het nog steeds over Werken zonder Wachttijst. [Waarom werkt het nu niet meer?] Omdat er minder orthopeden zijn en ik denk door een wisseling van afdelingshoofden, dat het toch een beetje weggezakt is. Dus daarom ben ik wel blij met dit interview, dat is ook weer reden om dit een beetje aan te halen."* Het afdelingshoofd refereert meer naar de 'naam' van het project dan dat medewerkers zich actief bezig houden met de toegangs- en wachttijden.

De bereidheid wordt niet verhoogd door het verhogen van de extrinsieke motivatie (financiële beloning) maar door de intrinsieke motivatie (voldoening krijgen uit lage toegangs- en wachttijden). Het is voor de secretaresses en baliemedewerkers prettig wanneer de werkdruk minder wordt. Zij ervaren sterker de consequenties van het terugvallen van interventies dan de artsen: *"Het nadeel is, patiënten mopperen nooit bij de artsen: dan is het ja dokter, nee dokter, goed dokter. Dus die artsen hebben het idee dat het zo wel goed gaat. Want het komt alleen van ons af, dat gezeur. De patiënten, die horen ze niet" (baliemedewerkster).* Het lijkt erop dat hierdoor de *sense of urgency* om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen, lager is bij de artsen dan bijvoorbeeld bij de secretaresses en baliemedewerkers. Het verhogen van de extrinsieke motivatie zou volgens de baliemedewerkster de bereidheid en het verantwoordelijkheidsgevoel verhogen: *"Van mij mogen ze komen met beoordelingsgesprekken. Ook voor artsen. Gewoon van jongen, bij jou daar zitten ze altijd drie uur in de wachtkamer, als dat binnen nu en 14 dagen niet verbeterd wordt, dan gaat er zoveel af van je loon. [Dus echt een harde eis]. Ja, ik ben helemaal van de Amerikaanse aanpak wat dat betreft. Ik vind het gewoon echt van de zotte dat er zoveel mensen hier rondlopen die zeggen: ja ik krijg toch aan het eind van de maand mijn geld."* De heersende sfeer lijkt er nu één te zijn van onverschilligheid. Het 'willen' en het hebben van urgentiebesef lijken nog niet heel erg aanwezig te zijn op deze poli: *"Dat ligt een beetje aan de eilandjesmentaliteit. Als mijn toko maar draait, dan hoeft mijn linkerhand niet te weten wat mijn rechterhand doet. En dat is heel jammer want daar kun je verschrikkelijk veel*

werk mee besparen” (baliemedewerkster). Volgens haar moet eerst een culturomslag plaatsvinden, omdat artsen weten dat zij hun salaris ‘toch wel krijgen’ en verdere intrinsieke motivatie ontbreekt.

#### *Opportunity to participate*

De baliemedewerkster geeft aan dat zij te weinig verantwoordelijkheid heeft om actief met de toegangs- en wachttijden om te gaan: *“Nou, het enige wat wij kunnen is eventueel plaatsen bij maken in de poli, maar dan lopen de poli’s eigenlijk weer helemaal over en dat is eigenlijk het enige wat we kunnen doen en aangeven.. meer kennis is er bij ons eigenlijk niet. We weten dat het speelt, maar wat we eraan zouden kunnen doen.”* Zij geeft aan dat het niet door iedereen als gemis wordt ervaren, maar wel door diegenen (waaronder zij zelf), die actiever met de toegangs- en wachttijden aan de slag zouden willen gaan. Doordat de baliemedewerkers beperkt kunnen participeren in het laag houden van de toegangs- en wachttijden, dit als gemis ervaren, maar weinig respons krijgen, laat men op de poli kansen liggen. Wanneer het verhogen van de participatie, bijvoorbeeld door verantwoordelijkheden uit te breiden zou plaatsvinden, zou dit een positieve impact kunnen hebben op de motivatie.

### **5.5 Evaluatie poliklinieken**

Voor het weergeven van de resultaten is gekozen de gegevens per polikliniek weer te geven en niet per thema. Op deze manier zijn de resultaten overzichtelijk weergegeven en kunnen reeds patronen tussen poliklinieken worden ontdekt. Deze patronen zullen in de komende paragrafen behandeld worden en er zal een diepere analyse gegeven worden op de resultaten.

#### 5.5.1 WZW interventies

Aan het einde van het interview is aan de respondenten een ‘WZW checklist’ voorgelegd met WZW interventies. De vraag was aan de respondenten of de interventies herkenbaar zijn en welke interventies in de huidige tijd nog steeds worden uitgevoerd (reeds te lezen in §5.2.2, §5.3.2. en §5.4.2). In deze paragraaf zullen de gehanteerde interventies schematisch worden weergegeven<sup>9</sup> en zal de samenhang tussen principes en interventies geanalyseerd worden.

**Figuur 9: Vergelijking WZW maatregelen per polikliniek**

<b>WZW maatregelen</b>	<b>Poli cardiologie</b>	<b>Poli neurologie</b>	<b>Poli orthopedie</b>
1) Afspraak plannen op basis van een realistische inschatting van gemiddelde afspraaktijd per type patiënt	+	+	+
2) Wekelijks checken of er voor de komende week nog lege plaatsen zijn en die actief vullen	+	-	+
3) Taakdelegatie van niet-medische taken Tijdens het consult naar een assistent	-	-	-
4) Taakdelegatie van medische taken naar bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen	Gespecialiseerd verpleegkundige	Parkinson-verpleegkundige	Nurse Practitioner
5a) Het reduceren van no shows door: Een betere telefonische bereikbaarheid.	+	+	+

<sup>9</sup> Wanneer poliklinieken nog interventies uitvoeren is dit aangegeven met een '+'. Een liggend streepje betekent dat zij de interventie niet uitvoeren. Bij sommige interventies zijn bijzonderheden vermeld.

5b) Het reduceren van no shows door: Patiënten laten bellen wanneer zij een vervolgspraak nodig achten.	-	+	-
6) Het minimaliseren van het aantal wachtrijen. Mogelijk door in het afsprakensysteem te werken met zo weinig mogelijk vaste plekken	Geen aandachtsgebieden en vaste artsen	Geen aandachtsgebieden en geen vaste artsen	Aandachtsgebieden
7) Afspreken dat binnen een bepaalde periode (bijv. 6 weken) een poli niet mag worden afgezegd door specialisten	+	+/-	+/-
8) Afspraken niet lang vooruit plannen	-	-	-
9) Anticiperen op fluctuaties in de vraag: - Plannen van controleafspraken in rustige periodes - Plannen van extra poli's in drukke periodes	Extra dagdelen	Extra dagdelen en extra patiënten	Extra dagdelen

Uit de behandeling van de afzonderlijke poli's blijkt dat alle poli's de toegangs- en wachttijden nog structureel iedere week meten (doorlopende interventie) maar dat de tijden niet op alle poli's even structureel worden besproken. Om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen, is een realistische afspraaktijd bepaald. Deze realistische afspraaktijd is gebaseerd op de gemiddelde tijd dat een nieuwe of controlepatiënt in consult was. Op basis van dit gemiddelde is de afspraaktijd bepaald. Het wekelijks checken van lege plaatsen wordt uitgevoerd door de poli's cardiologie en orthopedie, maar niet door de poli neurologie. De verklaring hiervoor is het feit dat deze poli werkt met een 'open' agenda. De agenda blijft leeg totdat patiënten bellen voor een afspraak of een controleafspraak wordt ingepland. Hierdoor hoeft niet gecontroleerd te worden op lege plaatsen en worden controleafspraken niet in rustige periodes gepland. De andere twee poli's maken gebruik van een agenda waarin wordt gewerkt met blokken nieuwe en controlepatiënten. De open agenda lijkt een flexibele manier van planning te zijn doordat niet met blokken wordt gewerkt waardoor zowel nieuwe als controlepatiënten een zeer korte toegangstijd hebben. Interventie drie (taakdelegatie van niet-medische taken naar een assistent) wordt door alle poli's niet gehanteerd. Hier zijn geen duidelijke redenen voor te noemen. Taakdelegatie van medische taken naar een (gespecialiseerd) verpleegkundige wordt wel gedaan. Via deze taakdelegatie krijgt de arts meer capaciteit in tijd om nieuwe of extra patiënten te zien. Interventie vijf bestaat uit twee componenten. Alle poli's zijn bezig de telefonische bereikbaarheid te verhogen door te werken met een *front* (balie) en *back office* (ruimte voor dossiers). In deze interventie is weer de flexibiliteit te herkennen die zo belangrijk lijkt in de werkwijze om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen. Component twee van deze interventie bestaat uit de mogelijkheid gebruik te maken van '*patient initiated care*'. Dit is een interventie om de patiënt een actievere rol te geven in het behandelingsproces. Patiënten bellen dan bijvoorbeeld voor een vervolgspraak bij klachten, in plaats van dat direct een controleafspraak wordt gepland. Op de poli cardiologie wordt deze interventie niet gehanteerd, omdat zij aangeven dat de patiënten medisch-inhoudelijk gezien op controle moeten komen. De cardiologen zien dan ook niet de meerwaarde van het zelf bellen voor een afspraak door de patiënt. Op de poli neurologie wordt dit wel gedaan. De poli orthopedie wil gaan werken met deze interventie en is in overleg met een maatschapmanager om de mogelijkheden te onderzoeken. De poli neurologie geeft patiënten een kaartje mee met een week waarin de patiënt kan bellen voor de definitieve datum.

Om invulling te geven aan het minimaliseren van wachtrijen kan ervoor gekozen worden de patiënt niet bij een vaste arts te plaatsen, maar te kijken waar de patiënt het eerste terecht kan. De poli's cardiologie en neurologie werken niet met aandachtsgebieden binnen deze specialismen, het is hierdoor mogelijk de patiënt bij iedere arts te plaatsen. De respondenten geven aan dat patiënten een vrije keuze hierin hebben, maar dat indien een snelle toegangstijd gewenst is, het afhankelijk is van de agenda van de arts waar de patiënt wordt geplaatst. De poli orthopedie werkt wel met aandachtsgebieden waardoor juist wachtrijen worden gecreëerd. Interventie zeven is een interventie die in principe op alle poli's als norm geldt, maar die niet consequent wordt uitgevoerd. Op de poli cardiologie lijkt deze norm streng te worden nageleefd, dit zou verklaard kunnen worden door de aansturing van de cardioloog. Op de poli orthopedie en neurologie wordt volgens respondenten deze regel 'flexibel' gehanteerd. Het wordt door de respondenten als niet-effectief en hinderlijk voor het eigen werk beschouwd wanneer artsen op het laatste moment de poli's afzeggen. Hierdoor ontstaat opnieuw drukte op de poli doordat poli's afgezegd moeten worden en nieuwe poli's moeten worden gepland. Voornamelijk de secretaresses en balie medewerkers ondervinden hiervan hinder. Het effect van deze interventie valt, door het niet consequent uitvoeren van deze regel, volledig weg. Op deze manier wordt een kans gemist om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen en te verkorten.

Interventie acht (afspraken niet lang vooruit plannen) wordt wel gedaan door de poli cardiologie en orthopedie, maar niet door de poli neurologie. Dit wordt verklaard door de open agenda, maar tevens door de patiënten een kaartje mee te geven met de vraag over een half jaar terug te bellen voor een controleafspraak. Naast het anticiperen op fluctuaties in het aanbod, is een principe van WZW om te anticiperen op fluctuaties in de vraag. Alle poli's vangen fluctuaties in de vraag op door extra dagdelen patiënten te zien of extra patiënten aan een middagspreekuur te koppelen. Er blijkt grote bereidheid en flexibiliteit te bestaan bij de artsen om mee te werken aan deze interventies. Deze grote bereidheid en flexibiliteit kunnen verklaard worden doordat deze interventie op korte termijn resultaat laat zien (de toegangs- en wachttijden worden op korte termijn verlaagd). Schouten (2004) noemt het snel behalen van goede resultaten een belangrijke succesfactor bij doorbraakprojecten. In de interviews is dit belang te herleiden en door op deze manier te anticiperen op fluctuaties in de vraag, lijken snelle resultaten geboekt te kunnen worden. Echter, er worden geen controleafspraken in rustige periodes gepland en sommige respondenten geven aan dat nog te weinig wordt geanticipeerd op het oplopen van de toegangs- en wachttijden. Ieder jaar zien de poli's de vakantiedrukke weer tegemoet. Wijzigingen in het systeem aanbrengen of andere interventies inzetten om hierop te anticiperen, lijken nog niet plaats te vinden. Principe acht van WZW, 100% capaciteitsbezetting kan niet zonder het ontstaan van lange wachttijden, is niet van toepassing op de poli neurologie. Doordat zij werken met een open (=lege) agenda, hoeven zij geen patiënten te overboeken om eventuele *no shows* op te vangen of pauzes in het spreekuur in te plannen. De poli cardiologie werkt niet met vaste lege plaatsen in de agenda, maar met blokjes nieuwe patiënten, controlepatiënten en vervroegde (spoed) patiënten. Speciale plaatsen worden gereserveerd voor 'vervroegde' patiënten. De poli orthopedie geeft inrichting aan dit principe door ieder spreekuur twee pauzes van 10 minuten te plannen om uitloop van spreekuren op te vangen. Daarnaast worden te veel patiënten geboekt, om de *no shows*

(gemiddeld twee per spreekuur) op te vangen. Tenslotte wordt tijd ingepland voor eventuele spoedpatiënten. Op de poli's orthopedie en cardiologie is dit 'ruim plannen' echter niet officieel vastgesteld in een jaarplanning.

De respondenten geven aan dat de principes van WZW 'open deuren' zijn en de interventies in theorie simpel zijn. Bovengenoemde interventies lijken de belangrijkste maatregelen te zijn die worden genomen om de toegangs- en wachttijden te verlagen. Uit de antwoorden van de respondenten wordt duidelijk dat de interventies bekend zijn en gebaseerd zijn op het project. Bij de vraag of alle WZW principes en de achterliggende gedachten nog bekend zijn, kunnen echter vraagtekens worden geplaatst. Deze twijfel komt voort uit de analyse dat de poli's terugvallen op het inzetten van dezelfde interventies en weinig geanticipeerd wordt op het oplopen van de toegangs- en wachttijden. Een voorbeeld hiervan is het anticiperen op fluctuaties in vraag. Alle poli's geven aan dat er weinig tijden bestaan van rust en dat het aanbod toeneemt. Deze gegevens maken de noodzaak duidelijk om slimmer om te gaan met de eigen capaciteit en in te spelen op onverwachte gebeurtenissen. De flexibiliteit om extra capaciteit in te zetten, kan onverwachte situaties compenseren. Echter, de respondenten geven aan dat bijvoorbeeld de meivakantie ieder jaar weer een bottleneck is. Het lijkt erop dat te weinig geanticipeerd wordt op deze jaarlijkse drukte en dat de achterliggende principes meer vorm zouden kunnen krijgen door nieuwe interventies in te zetten. Controlepatiënten zouden bijvoorbeeld in rustigere periodes gepland kunnen worden. De respondenten geven aan dat plannen om hierop te anticiperen, nog niet zijn opgenomen in het jaarplan of formeel zijn vastgelegd.

### 5.5.2 Borging

In bovenstaande is geconcludeerd dat alle poli's nog structureel de toegangs- en wachttijden meten maar niet structureel meer overleggen. De vraag kan gesteld worden of het Nolan verbetermodel met de PDSA cyclus nog herkend kan worden in de huidige werkwijze. Bij aanvang en tijdens het project zijn interventies bedacht, ingezet, geëvalueerd en (indien nodig), bijgesteld. In de huidige werkwijze lijken de poli's voornamelijk de doorlopende interventies uit te voeren en ad hoc extra capaciteit in te zetten. De respondenten beschouwen de interventies als juiste interventies om de toegangs- en wachttijden te verlagen en evalueren niet uitgebreid meer deze interventies. De vraag of het project en de nieuwe werkwijze zijn geborgd, is dan ook niet eenduidig te beantwoorden. Zoals immers uit de literatuur blijkt, hangt het af van de vraag hoe men tegen het proces van borging aankijkt. Buchanan et al. (2006) en Øvretveit (2008) zien borging als het bereiken van doelen, het consistent werken en het veranderen van de denkwijze. Wanneer deze omschrijving wordt geanalyseerd in de praktijk, is het belangrijkste doel, namelijk het verlagen en laag houden van toegangs- en wachttijden, duidelijk voor de medewerkers. In dit opzicht is sprake van borging van doelen. Uit de antwoorden van de respondenten lijkt de denkwijze te zijn veranderd; men heeft besef dat de toegangs- en wachttijden zo laag mogelijk gehouden moeten worden. Dit bewustzijn is vooral te herkennen bij de secretaresses en baliemedewerkers. Gesteld kan worden dat de WZW interventies opgenomen zijn in de gedachtegang van medewerkers. Volgens Buchanan et al (2006) en Øvretveit (2008) is hierbij sprake van borging omdat de denkwijze is veranderd. De manier van borging kan omschreven worden als statische borging. De toegangs- en wachttijden worden nog structureel gemeten, bepaalde onderdelen in het



systeem zijn aangepast (bijvoorbeeld de agenda) en de ingezette interventies zijn volgens de respondenten de juiste interventies. Ze lijken echter niet meer structureel geëvalueerd te worden, 'het gaat immers toch goed'? Doordat de interventies goed werken volgens de respondenten (mits ze consequent worden uitgevoerd), lijkt het daarom niet noodzakelijk om deze interventies steeds opnieuw uitgebreid te evalueren. De automatische reactie, zoals het inzetten van extra capaciteit, kan een valkuil zijn omdat de kritische blik op de huidige interventies uit het oog wordt verloren. Deze kritische blik lijkt noodzakelijk te zijn, wat kan afgeleid worden uit het feit dat meer geanticipeerd kan worden op de vraag. Er zijn kortom nog mogelijkheden om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen.

Om borging te bewerkstelligen, is urgentiebesef creëren belangrijk (Kotter 1998). Dit urgentiebesef om de toegangs- en wachttijden te verlagen, lijkt steeds groter te worden. In alle ziekenhuizen is de trend te ontdekken dat ziekenhuizen transparantie moeten bieden aan de patiënten. De toegangstijden van de drie bovengenoemde ziekenhuizen zijn sinds korte tijd op de websites van de ziekenhuizen te raadplegen waardoor de noodzaak om de toegangs- en wachttijden laag te houden, wordt bevestigd en aangemoedigd. De patiënt heeft immers keuzevrijheid en kan kiezen voor een ander ziekenhuis. De respondenten geven aan dat zij deze noodzaak zien doordat ze concurrentie bemerken, bijvoorbeeld dat patiënten uitwijken naar België of andere ziekenhuizen in Nederland waar een lage toegangstijd is. Deze externe factor (marktwerking) vergroot de kans op borging omdat ziekenhuisbrede aandacht komt voor interventies die de toegangs- en wachttijden verlagen.

Doordat poliklinieken onderhevig zijn aan externe factoren zullen interventies die ooit zijn bedacht, niet voor elke situatie en periode kunnen blijven gelden. Daarbij blijkt uit bovenstaande dat gewaakt moet worden voor het ontstaan van een automatische reactie, het verliezen van de kennis over inhoudelijke principes en het niet kritisch meer evalueren van interventies, zelfs als ze goed werken. Het is namelijk van belang dat deze interventies ook consequent uitgevoerd moeten worden. Naast statische borging waarin doelen en interventies zijn ingezet en de denkwijze van medewerkers is veranderd (eindpunt), is dynamische borging een vorm van duurzaam veranderen die goed lijkt aan te sluiten bij de inhoudelijke kenmerken van het project. Bij het dynamisch borgen is borging een proces dat steeds terugkeert en waarop anders gereageerd wordt (Schouten 2004). Gezien het feit dat poli's afhankelijk zijn van talloze externe factoren, het zorgaanbod toeneemt en de zorgwereld zeer dynamisch is, is het dynamisch borgen, naast het statisch borgen, een noodzakelijke manier om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen. De PDSA cyclus kan hierbij als hulpmiddel gebruikt worden om interventies te bedenken, uit te voeren, te evalueren en bij te stellen. Om deze dynamische borging te bereiken, kunnen randvoorwaarden benoemd worden. Miller (2004) noemt het belang van sterke aansturing. Bij het dynamisch borgen lijkt deze sterke aansturing te bestaan uit het wijzen van medewerkers op de eigen verantwoordelijkheden en medewerkers handvatten te bieden om naar de eigen werkwijze te kijken. Deze aansturing stimuleert tot kritische reflectie en verhoogt de motivatie. Het uitdragen van een duidelijke visie op het proces en het stellen van doelen is hierbij noodzakelijk. Communicatie is niet alleen een middel om medewerkers te informeren en te blijven informeren, maar tevens om draagvlak te creëren (Elving 2005). Door te communiceren over de toegangs- en

wachttijden in structurele (werk)overleggen en af te stemmen met onderzoek- en behandelafdelingen, positieve resultaten te delen en samenwerking en teamwork te bevorderen, is een dynamische vorm van borging mogelijk. Deze randvoorwaarden voor borging richten zich allemaal op de medewerkers. Geconcludeerd kan worden dat de rol van medewerkers, zoals in het theoretisch kader is aangenomen, cruciaal is voor het welslagen van een project en het borgen van deze werkwijze. Human Resource Management lijkt een belangrijke succesfactor te zijn voor het borgen van veranderingen.

### 5.5.3 HRM

Duidelijk is geworden dat met de medewerking van werknemers om de toegangs- en wachttijden laag te houden, de interventies staan of vallen. De focus in veranderings- en borgingstrajecten moet dan ook gericht zijn op de werknemers. In dit opzicht is de aandacht voor HRM, het vakgebied waarin de medewerkers als belangrijkste factor voor de organisatieprestatie worden benoemd, terecht. De AMO theorie bevat de componenten *abilities*, *motivation* en *opportunity to participate*. Aandacht voor alle componenten kan de prestatie van medewerkers te verhogen.

#### *Abilities*

Individuele prestatie bestaat volgens Appelbaum et al. (2000) allereerst uit kennis en vaardigheden. De polimedewerkers hebben in hun studie de kennis en vaardigheden opgedaan die ingezet worden in het uitvoeren van de werkfunctie. Het bekwaam zijn in de eigen functie benoemen de respondenten als belangrijke voorwaarde om te starten met een project als WZW. Bij aanvang van het project was deze functiespecifieke kennis reeds aanwezig. Doordat de principes en bijbehorende interventies in theorie logisch zijn, was het hebben van kennis in logistieke concepten en benaderingen geen vereiste bij aanvang van het project. De polimedewerkers hebben zich, door met de interventies te werken, onbewust (logistieke) kennis eigen gemaakt en werkervaring en vaardigheden opgedaan. Belangrijk is dat polimedewerkers bereid zijn om met een project als WZW mee te willen doen en de eigen kennis en vaardigheden hiervoor in te zetten. De secretaresses hebben in de nieuwe werkwijze een belangrijke functie en zijn zich hier bewust van. Zij plannen de patiënten, houden de toegangs- en wachttijden bij en signaleren veranderingen in de tijden. Om deze functie uit te voeren, moeten zij inhoudelijke kennis hebben van het project (principes en mogelijke interventies). Om de metingen consequent bij te houden, moeten zij precies werken en alert zijn op veranderingen in de signalerende functie. Een proactieve houding is hierbij vereist. Naast de secretaresses, zijn overige polimedewerkers zoals baliemedewerkers belangrijke functies. Zij ondersteunen de poli met de voorbereidende handelingen zoals het klaarmaken van dossiers en het uittypen van verslagen. Ook zij zouden inhoudelijke kennis van het project moeten hebben, zodat zij bij knelpunten terug kunnen vallen op deze interventies. De artsen tenslotte hebben een zeer belangrijke functie in het project maar lijken zich niet altijd bewust te zijn van hun eigen verantwoordelijkheid in de nieuwe werkwijze de toegangs- en wachttijden laag te houden. Het effect van de interventies is voor een belangrijk deel afhankelijk van de inzet van artsen. Doordat sommige artsen zich onbewust lijken te zijn van de eigen werkwijze, zou vernieuwde kennis van WZW principes en achterliggende gedachten, bij kunnen dragen aan het actief meedenken bij het inzetten van interventies. Nieuwe kennis geeft immers

nieuwe ideeën. Uit §5.5.1. blijkt echter dat de poli's terugvallen op interventies die goed werken zoals de doorlopende interventies en ad hoc interventies. Een 'opfriscursus WZW' in de vorm van een training zou een mogelijkheid kunnen zijn om de principes en achterliggende gedachten weer onder de aandacht te brengen van medewerkers. Daarbij is inzicht hebben in de PDSA cyclus goed om de kritische reflectie niet te verliezen. Een training na één of twee jaar zou een HRM-activiteit kunnen zijn om de toegangs- en wachttijden dynamisch te borgen. Een uitwisseling van kennis en ervaring bij andere poliklinieken zou tevens tot de mogelijkheden kunnen behoren.

### *Motivation*

Motivatie is een cruciale factor voor het actief en enthousiast uitvoeren van een project. Deze motivatie daadwerkelijk behouden is een voorwaarde voor het borgen van een organisatieverandering. Alle respondenten hebben aangegeven het project 'geslaagd' te vinden. De belangrijkste reden hiervoor was dat resultaten snel zichtbaar werden. In de literatuur van Schouten (2004) is de motiverende functie van goede resultaten reeds terug te vinden. Motivatie van medewerkers omvat een intrinsieke en extrinsieke component (Vinke 1996). De extrinsieke motivatie speelt een beperkte rol in het laag houden van de toegangs- en wachttijden. Op geen van de onderzochte poliklinieken worden financiële beloningen (bonus of salarisverhoging) gegeven aan mensen die enthousiast en actief bezig zijn de toegangs- en wachttijden te verlagen. Volgens een respondent zou dit wel een manier kunnen zijn om medewerkers te stimuleren. Het verbinden van zowel positieve als negatieve consequenties, bijvoorbeeld het stellen van een sanctie als salarisverlaging op het niet meewerken aan de voorgestelde interventies, zou een extrinsieke motivator kunnen zijn. Vooral voor artsen lijkt een extrinsieke beloning een stimulans te kunnen zijn om interventies consequenter uit te voeren.

De intrinsieke motivatie is de belangrijkste component in het veranderen van de toegangs- en wachttijden. De motivatie van de polimedewerkers wordt voornamelijk verhoogd door het verhoogde werkplezier dat medewerkers krijgen van de goede resultaten. Er zijn minder telefoontjes en de patiënt is tevreden. Volgens Korczynski (2002) verhoogt de mogelijkheid om goede service te bieden aan de klant (in casu: de patiënt een korte toegangstijd bieden) de motivatie van de 'frontworkers', de medewerkers die in directe service bieden aan de patiënt. Onder deze service kan het bieden van een lage toegangstijd door secretaresses verstaan worden. Wanneer zij in staat zijn de patiënt een korte toegangstijd te bieden, verhoogt dit de motivatie en het werkplezier aanzienlijk. Het 'zien' van de toegangs- en wachttijden vormt tevens bewustwording. Doordat artsen volgens de respondenten prestatiegericht zijn, bevindt zich een competitie-element in het veranderen van de toegangs- en wachttijden. Deze ervaren competitie is een belangrijke intrinsieke motivator en hier zou meer op ingespeeld kunnen worden. Er zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van allerlei soorten beloningen zoals een prijs voor de 'wachttijdverlager van de maand prijs'. Dit klinkt infantiel, maar zou goed kunnen aansluiten bij het spelelement dat sommige specialisten putten uit het verlagen van de wachttijden. Daarnaast is een stukje taart bij de koffie bijvoorbeeld ook een kleine vorm van beloning wanneer de toegangs- en wachttijden zijn verlaagd. Het stimuleert wanneer medewerkers worden

beloond voor hun actieve inzet. Hierbij wordt ingespeeld op het verhogen van de intrinsieke motivatie die zo belangrijk is in het werken in de zorg.

Er zijn op de poli's geen consequenties verbonden aan het oplopen van de toegangs- en wachttijden. Gezien het feit dat het niet consequent naleven van interventies (bijvoorbeeld het afzeggen van poli's), het werkplezier en de effectiviteit van het werk aanzienlijk kan verminderen, zouden meer negatieve en positieve consequenties verbonden kunnen worden aan de nieuwe werkwijze. Doordat voornamelijk de secretaresses en baliemedewerkers hinder ondervinden van bijvoorbeeld het afzeggen van poli's ('de patiënt 'zeurt' niet bij de arts'), lijken de artsen zich (te) weinig bewust te zijn van de consequenties. Een consistente en coachende ondersteuning zou kunnen bijdragen aan het consistent uitvoeren van interventies. Een uitwisseling van ervaringen tussen secretaresses, baliemedewerkers en artsen zou de bekwaamheid en het bewustzijn verhogen dat het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden een verantwoordelijkheid van alle medewerkers is.

#### *Opportunity to participate*

Ondersteuning is tenslotte belangrijk om actief bezig te blijven met het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden. Dit blijkt uit de antwoorden van de respondenten. Deze ondersteuning valt uiteen in het bieden van participatiemogelijkheden (medezeggenschap en inspraak), het hebben van autonomie en het communiceren met elkaar (Appelbaum et al. 2006). Uit de interviews blijkt dat de polimedewerkers voldoende participatiemogelijkheden hebben om de werkwijze te bespreken. In werkoverleggen, vakinhoudelijke overleggen of ad hoc overleggen is voldoende inspraak bij alle respondenten. Het hebben van inspraak in interventies is cruciaal in dit project, omdat het project wordt vormgegeven door de teams op de poli's zelf. Zij zullen zelf het project moeten uitvoeren en blijven werken volgens de principes van het project. Doordat alle respondenten een belangrijke rol hebben in het verlagen van de toegangs- en wachttijden, is deze participatie noodzakelijk. Alle polimedewerkers moeten zich bewust zijn van de eigen rol in het geheel. Eén respondent gaf aan dat zij te weinig verantwoordelijkheid en participatiemogelijkheden heeft om zich in de huidige werkwijze actief bezig te houden met de wachttijden. Zij voelt zich onbekwaam en heeft dit aangegeven bij het management, maar krijgt weinig respons. Dit is jammer omdat zij aangeeft dat zij op deze manier weinig kan doen met de toegangs- en wachttijden, terwijl ze dit wel graag zou willen. Hiermee wordt een enthousiaste medewerker deze mogelijkheid ontzegt. Door de participatiemogelijkheden van deze medewerkers te verhogen door verantwoordelijkheden uit te breiden (HRM-activiteit), zullen de motivatie en kennis en vaardigheden toenemen bij deze respondenten. Tenslotte worden medewerkers ondersteund door heldere communicatie (Elving 2005). Er lijkt veel gebruik te maken van de korte communicatielijnen tussen secretaresse en artsen. Daarbij communiceren de medewerkers frequent in overleggen. Communicatie is op de poli's voornamelijk ingezet om medewerkers te informeren en zou meer gebruikt kunnen worden om het enthousiasme en de bereidheid voor de interventies te verhogen.

#### 5.5.4 Onbewust bekwaam?

Wanneer de competentiestadia van Chapman (2006) gereflecteerd worden op de medewerkers van de poli's, kan geconcludeerd worden dat de medewerkers zich voor het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden, niet allemaal in hetzelfde competentiestadium bevinden. De secretaresses en baliemedewerkers zijn bekwaam in de eigen functie en zijn zich bewust van hun belangrijke signalerende rol om de toegangs- en wachttijden te verlagen. Door te werken met de interventies en kennis te krijgen van het project, hebben zij zich de werkwijze eigen kunnen maken en zijn bekwaam geworden. Ten tijde van het project heeft *double loop learning* (Argyris 1991) plaatsgevonden en kan de PDSA cyclus herkend worden. Op dit moment vallen de poli's terug op dezelfde interventies die, mits ze consequent worden uitgevoerd, goed werken. Door de goede resultaten is het werkplezier verhoogd en hebben de secretaresses en baliemedewerkers meer rust gekregen op de poli. Wanneer de toegangs- en wachttijden oplopen, ontstaat immers opnieuw drukte op de poli. Om dit te voorkomen, zijn de polimedewerkers zich bewust van hun eigen rol en hebben urgentiebesef om de toegangs- en wachttijden duurzaam laag te houden. Wanneer de bewustheid en bekwaamheid van artsen wordt geanalyseerd, zijn zij allereerst bekwaam in hun eigen functie. Daarnaast zijn sommige artsen zich bewust van hun eigen rol in de werkwijze. Zij trachten kritisch te kijken naar de eigen werkwijze. Dit zijn voornamelijk de cardiologen die door de coachende aansturing van de cardioloog een andere bril opzetten. De cardioloog moet voor zijn aansturende functie in het project en in de borgingsfase inhoudelijke kennis hebben van het project en sterke sociale- en leiderschapsvaardigheden bezitten. De neuroloog en het afdelingshoofd van de andere twee poli's lijken deze vaardigheden te missen of lijken nog niet de mogelijkheid te hebben gehad om deze vaardigheden in te zetten. Bij sommige artsen lijkt het bewustzijn te ontbreken om consequent de interventies uit te voeren, zij ervaren immers minder hectiek op de poli dan de secretaresses. Deze artsen zouden eigenlijk eerst opnieuw bewust onbekwaam gemaakt moeten worden. Een training in de principes en interventies van WZW en een uitwisseling met collega's van werkprocessen zou hierbij uitkomst kunnen bieden. Het belangrijkste aspect hierin is dat artsen zich werkelijk bewust worden van de eigen werkwijze en zelf oplossingen gaan zien. Door uitwisseling van ervaringen met andere artsen, zouden zij nieuwe ideeën kunnen opdoen voor het veranderen van de eigen werkwijze.

De laatste fase, de fase of men onbewust bekwaam is geworden, is lastig te bepalen. Alle medewerkers geven aan dat het blijven meten en het 'zien' van de gegevens weer een stimulans is om de toegangs- en wachttijden te verlagen. Hieruit blijkt dat deze '*reminder*' nog steeds nodig is. Gezien het feit dat niet alle medewerkers zich in hetzelfde competentiestadium bevinden (gebrek urgentiebesef, participatiemogelijkheden, motivatie) lijkt een meerwaarde te liggen voor HRM in het feit dat bepaalde medewerkers opnieuw bewust onbekwaam gemaakt zouden moeten worden. Door opfrustrainingen te verzorgen, zouden medewerkers door vernieuwde kennis over de principes en achterliggende gedachtes, medewerkers opnieuw bewust onbekwaam kunnen maken. Door het wegvallen van theoretische achtergrondinformatie, is het immers niet verwonderlijk dat men terugvalt op de kennis die men wel heeft en kortom terugvalt op dezelfde interventies. Daarbij zou een uitwisseling van kennis en ervaringen zoals een respondent noemt (*benchmark*) een mogelijkheid zijn om de medewerkers bewust onbekwaam te maken. De polimedewerkers zouden misschien veel

kunnen leren van andere poliklinieken waar het WZW project is uitgevoerd. Tenslotte zou deze kennis zowel extern als intern verworven kunnen worden. Wanneer de toegangs- en wachttijden structureel overlegd zouden worden (niet alleen op de poli, maar tevens met onderzoek- en behandelafdelingen), samenwerking wordt verbeterd en men tevens kritisch kijkt naar de eigen bijdrage in het geheel, dan heeft men weer een stap gezet in de richting van het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden. Misschien kan in de toekomst gesteld worden dat de medewerkers de laatste fase hebben bereikt en onbewust bekwaam zijn geworden.

## 6 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag beantwoord die centraal staat in dit afstudeeronderzoek. Een conclusie kan gegeven worden door de deelvragen en onderzoeksvraag in onderstaande paragrafen te beantwoorden

### 6.1 Onderzoeksvraag en deelvragen

In dit afstudeeronderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal met bijbehorende deelvragen:

*“Welke randvoorwaarden bestaan er voor het duurzaam veranderen van toegangs- en wachttijden zoals in het project ‘Werken zonder Wachtlijst’ en heeft de inzet van HRM hierbij meerwaarde?”*

- 1) Welke complicaties brengen organisatieveranderingen met zich mee en wat impliceert borging ofwel ‘duurzaam veranderen’?
- 2) Wat houdt Human Resource Management in?
- 3) Wat zijn de belangrijkste kernelementen van het project ‘Werken zonder Wachtlijst’?
- 4) Welke rol speelt HRM in het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden?
- 5) Welke verklaringen kunnen worden gevonden voor het slagen of mislukken van het borgen van de werkwijze ‘Werken zonder Wachtlijst’?

### 6.2 Deelvraag 1: Organizatieveranderingen en borging

Organisatieveranderingen doorvoeren is complex: nieuwe systemen, processen en activiteiten worden ingevoerd maar een goede en blijvende implementatie blijft vaak uit. Daarnaast staan werknemers vaak sceptisch tegenover een verandering en is het moeilijk draagvlak te creëren. Is het al niet lastig om veranderingen door te voeren, nog moeilijker lijkt het om de veranderingen te behouden in de organisatie. Wanneer het stadium na de organisatieverandering wordt bestudeerd, gaat het over het proces van borging ofwel ‘duurzaam veranderen’. Auteurs als Kotter en Finlay benoemen verandermanagement als succesvolle eerste stap in het borgen van veranderingen. De definities van *sustainability* zijn in de literatuur divers. Finlay, Kotter en Grol & Wensing zien ‘borging’ als een eindpunt waarin de verandering is geïnternaliseerd in de organisatie en onderdeel wordt van de ‘normale werkwijze’. Waar Finlay globale stappen beschrijft om tot borging te komen, beschrijven Kotter en Grol & Wensing een gedetailleerd proces om borging te bewerkstelligen. Naast borging als eindpunt, is een tweede perspectief te onderscheiden, namelijk het dynamisch borgen zoals bijvoorbeeld Schouten en Lawrence et al. dit beschrijven. Bij het dynamisch borgen wordt borging niet per definitie gezien als een eindstation van het behouden van resultaat, maar wordt het gezien als een proces waarin nieuwe verbeteringen worden aangebracht. Daarnaast worden door verschillende auteurs als Øvretveit, Miller en Schouten uiteenlopende succesfactoren en knelpunten benoemd voor het wel of niet borgen van veranderingen. Voor het slagen van het behoud van veranderingen, is de rol van een positieve (verbeter)cultuur de meest genoemde factor. Daarnaast blijken activiteiten als

informerend, communiceren en (periodiek) meten voor het behoud van verbeteringen, essentieel. Effectief leiderschap wordt als succesfactor voor borging benoemd. Een grote nadruk wordt gelegd op de betrokkenheid van de werknemer als cruciale factor voor het welslagen van veranderingen. Gezien het feit dat de zorgsector zeer arbeidsintensief is, dient het belang van werknemers te worden erkend. Deze aandacht valt onder het vakgebied 'Human Resource Management'.

### **6.3 Deelvraag 2: Human Resource Management**

Begin jaren tachtig ontstond het besef dat werknemers een waardevol bezit zijn in de organisatie, omdat ze gemanaged kunnen worden en zo een bijdrage kunnen leveren aan organisatieprestaties. De theorievorming rond HRM komt voort uit het besef dat de menselijke hulpbronnen de belangrijkste factor zijn geworden voor organisatiesucces. De systeembenadering richt zich op de effecten van systemen of bundels van HRM in zijn totaliteit. Binnen de systeembenadering zijn twee modellen te onderscheiden: het *control*- en *commitment* model. Het *commitment* model bevat een participatieve aansturing waarin voor de medewerker veel ruimte is voor participatie, decentralisatie, opleiding en training. Doordat men in de zorg is toegewijd aan het leveren van goede zorg en de zorgverleners een maatschappelijke functie hebben, gaat het *commitment* model op voor de zorg. Om de individuele bijdrage aan de organisatie te bestuderen, kan de AMO theorie als uitgangspunt dienen om duidelijk te maken dat een organisatieprestatie (bijvoorbeeld borging) afhankelijk is van de som der individuele *performances*. *Performance* is een functie van bekwaamheden van de werknemers (*abilities*), motivatie (*motivation*) en het hebben van de mogelijkheid deze performance te bereiken (*opportunity to participate*). Onder *abilities* vallen kennis en vaardigheden om het werk goed uit te voeren. Hierbij kunnen de competentiestadia van Chapman in ogenschouw genomen worden. Motivatie bestaat voornamelijk uit intrinsieke en extrinsieke motivatie. Onder ondersteuning kunnen het hebben van participatiemogelijkheden, het hebben van autonomie en het inzetten van communicatie verstaan worden. Wanneer aandacht wordt besteed aan medewerkers en aan het verhogen van de componenten in de AMO theorie, zal de organisatieprestatie toenemen.

### **6.4 Deelvraag 3: Kernelementen Werken zonder Wachtlijst**

Sinds 2002 heeft het CBO zevenmaal een project 'Werken zonder Wachtlijst' opgezet. Inmiddels hebben in totaal 190 poliklinieken meegedaan. De hoofddoelstelling is steeds dezelfde: het minimaliseren van de toegangstijd tot de polikliniek. Er wordt gewerkt via de principes van het project en daarnaast formuleren de deelnemers aanvullende doelen, die met hun specifieke situatie op de poli te maken hebben. Er wordt gebruik gemaakt van de doorbraakmethodiek, waardoor snel veranderingen kunnen worden doorgevoerd. De deelnemende teams houden eerst een voormeting op de eigen poli waarin de situatie in kaart wordt gebracht. Een meetplan wordt opgesteld en eigen doelstellingen worden geformuleerd. Vervolgens kunnen interventies worden uitgevoerd. Het meten van de toegangs- en wachttijden vormt een belangrijk onderdeel van het project, men moet immers doelen stellen en controleren of de verandering ook een verbetering is (verlagen toegangs- en wachttijden). Het Nolan verbetermodel met de PDSA cyclus is een belangrijk hulpmiddel om interventies te bedenken, uit te voeren, te evalueren en eventueel bij te stellen.



## 6.5 Deelvraag 4: HRM bij het duurzaam veranderen van wachttijden

Na de analyse van het project Werken zonder Wachtlijst en de analyse van de huidige situatie om de toegangs- en wachttijden laag te houden, kan worden afgeleid dat medewerkers inderdaad de cruciale factor zijn om veranderingen door te voeren en ook daadwerkelijk te borgen. De polimedewerkers hebben in hun studie de kennis en vaardigheden opgedaan die ingezet worden in het uitvoeren van de werkfunctie. Het bekwaam zijn in de eigen functie benoemen de respondenten als belangrijke voorwaarde om te starten met een project als WZW. Daarnaast speelt bereidheid een belangrijke rol. Bij aanvang van het project zijn medewerkers bewust onbekwaam gemaakt door te werken met de interventies en door te zien dat effectiever gewerkt kon worden. Ze kregen handvatten om de toegangs- en wachttijden te verlagen en hebben zich 'door het te doen' onbewust (logistieke) kennis en vaardigheden eigen gemaakt. De secretaresses hebben een belangrijke signalerende functie en moeten voor het meten inhoudelijke kennis van het project hebben, proactief reageren op veranderingen in de toegangs- en wachttijden en flexibel zijn. Via korte lijnen wordt gecommuniceerd met de artsen. De artsen moeten zich bewust zijn van de eigen rol in de werkwijze om de toegangstijd laag te houden. Sommige artsen lijken dit bewustzijn nog te missen, een verklaring kan zijn dat voornamelijk de secretaresses en baliemedewerkers hinder ondervinden van het niet consequent naleven van interventies. Alle medewerkers zouden zich bewust moeten zijn van hun eigen rol en bekwaam zijn in het uitvoeren van interventies. Wanneer één van de artsen een aansturende functie heeft, zijn sterke leiderschaps- en sociale vaardigheden een vereiste. De leiderschapsvaardigheden bestaan uit het wijzen op verantwoordelijkheden en het coachend aansturen, waarbij een beroep wordt gedaan op de intrinsieke motivatie om kritisch naar de eigen werkwijze te kijken.

De motivatie van medewerkers bestaat uit de extrinsieke en intrinsieke motivatie. De extrinsieke motivatie speelt een beperkte rol in het laag houden van de toegangs- en wachttijden. Op geen van de onderzochte poliklinieken worden financiële beloningen (bonus of salarisverhoging) gegeven aan mensen die enthousiast en actief bezig zijn de toegangs- en wachttijden te verlagen. De intrinsieke motivatie is de belangrijkste component in het veranderen van de toegangs- en wachttijden. De motivatie van de polimedewerkers wordt voornamelijk verhoogd door het verhoogde werkplezier dat medewerkers krijgen van de goede resultaten. Vooral de secretaresses en baliemedewerksters lijken hiervan het voordeel te zien en dit daadwerkelijk te ervaren. Artsen zouden meer gemotiveerd kunnen worden door positieve of negatieve consequenties te verbinden aan hun werkwijze. Er moet namelijk een *win-win* situatie ontstaan voor alle polimedewerkers: er ontstaat meer rust op de poli, zowel voor de secretaresses als voor de artsen, en de patiënt krijgt een lage toegangstijd. Doordat artsen volgens de respondenten daarbij prestatiegericht zijn, bevindt zich een competitie-element in het veranderen van de toegangs- en wachttijden. Dit ervaren spelelement is een belangrijke intrinsieke motivator en hier zou via kleine beloningen zoals een 'wachttijdverlager van de maand' prijs meer aandacht aan gegeven kunnen worden om de motivatie te verhogen.

Ondersteuning is tenslotte belangrijk om actief bezig te blijven met de toegangs- en wachttijden. Uit de interviews blijkt dat de polimedewerkers voldoende participatiemogelijkheden hebben om interventies te bedenken en te bespreken. In werkoverleggen, vakinhoudelijke overleggen of ad hoc overleggen is

voldoende inspraak bij alle respondenten. Het hebben van inspraak in interventies is cruciaal in dit project, omdat het project door de teams zelf vorm wordt gegeven. Doordat alle respondenten een belangrijke rol hebben in het verlagen van de toegangs- en wachttijden, is deze participatie noodzakelijk. De inspraakmogelijkheid van interventies kan verhoogd worden door de toegangs- en wachttijden meer structureel te bespreken. De inspraakmogelijkheid van alle polimedewerkers, ook van bijvoorbeeld baliemedewerkers, heeft een meerwaarde in het inzetten van nieuwe interventies. Participatie uit zich tevens in korte communicatielijnen tussen secretaresse en artsen. Een goede samenwerking tussen deze twee functies is van belang.

## **6.6 Deelvraag 5: Belemmerende en stimulerende factoren voor borging**

In de huidige werkwijze om de toegangs- en wachttijden laag te houden, zijn zowel componenten van statische als dynamische borging te ontdekken. De toegangs- en wachttijden worden nog structureel gemeten, bepaalde onderdelen in het systeem zijn aangepast (bijvoorbeeld de agenda) en de ingezette interventies zijn volgens de respondenten de juiste interventies. Daarbij is het doel helder (verlagen toegangs- en wachttijden) en kan geconcludeerd worden dat er bewustzijn heerst bij de medewerkers om de toegangs- en wachttijden laag te houden. Deze statische borging kan gezien worden als een soort eindpunt. Echter, de interventies lijken niet structureel meer geëvalueerd te worden op de poli's als ze goed werken, 'het gaat immers toch goed'? Deze automatische reactie, zoals het inzetten van extra capaciteit, kan een valkuil zijn omdat de kritische blik op de huidige interventies uit het oog wordt verloren. Daarnaast worden sommige interventies niet consequent meer uitgevoerd en lijkt bij sommige artsen bewustzijn van hun eigen belangrijke verantwoordelijkheid in de werkwijze de toegangs- en wachttijden te verlagen, te ontbreken. Dit zijn belemmerende factoren voor borging. De factoren zullen opnieuw kritisch bestudeerd moeten worden op de poliklinieken.

Doordat poliklinieken onderhevig zijn aan externe factoren zullen interventies die ooit zijn bedacht, niet voor elke situatie en periode kunnen blijven gelden. Daarbij blijkt uit bovenstaande dat gewaakt moet worden voor het ontstaan van een automatische reactie, het verliezen van de kennis over inhoudelijke principes en het niet kritisch meer evalueren van interventies, zelfs als ze goed werken. Het is namelijk van belang dat deze interventies ook consequent uitgevoerd moeten worden. Naast statische borging waarin doelen en interventies zijn ingezet en de denkwijze van medewerkers is veranderd, is dynamische borging een vorm van duurzaam veranderen die aansluit bij de inhoudelijke kenmerken van het project. Bij het dynamisch borgen is borging een proces dat steeds terugkeert en waarop anders gereageerd wordt. Gezien het feit dat poli's afhankelijk zijn van talloze externe factoren, het zorgaanbod toeneemt en de zorgwereld zeer dynamisch is, is het dynamisch borgen, naast het statisch borgen, een noodzakelijke manier om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen. De PDSA cyclus kan hierbij als hulpmiddel gebruikt worden om interventies te bedenken, uit te voeren, te evalueren en bij te stellen. Om deze dynamische borging te bereiken, kunnen randvoorwaarden benoemd worden. Miller noemt het belang van sterke aansturing. Bij het dynamisch borgen lijkt deze sterke aansturing te bestaan uit het wijzen van medewerkers op de eigen verantwoordelijkheden en medewerkers handvatten te bieden om naar de eigen werkwijze te kijken. Deze aansturing stimuleert tot kritische reflectie en verhoogt de motivatie. Het uitdragen van een

duidelijke visie op het proces en het stellen van doelen is hierbij noodzakelijk. Communiceren over doelen en visies wordt tevens in de literatuur genoemd. Op de poli is communicatie niet alleen een middel om medewerkers te informeren en te blijven informeren, maar tevens om draagvlak te creëren. Door structureel de toegangs- en wachttijden in structurele (werk)overleggen te behandelen en interventies te evalueren, positieve resultaten te delen en samenwerking en teamwork te bevorderen, is een dynamische vorm van borging mogelijk.

## **6.7 Onderzoeksvraag: Randvoorwaarden en HRM**

In bovenstaande paragraaf zijn randvoorwaarden voor zowel statische als dynamische borging behandeld. Het structureel blijven meten van de toegangs- en wachttijden lijkt de belangrijkste randvoorwaarde te zijn voor het zowel statisch als dynamisch veranderen van de toegangs- en wachttijden. Aansturing op de toegangs- en wachttijden moet bestaan uit het wijzen van medewerkers op eigen verantwoordelijkheden en het bieden van handvatten aan medewerkers om kritisch naar de eigen werkwijze te kijken. Door medewerkers te laten participeren en ze een andere bril te laten opzetten, kunnen nieuwe ideeën worden opgedaan voor het veranderen van de eigen werkwijze. Het blijven evalueren van de toegangs- en wachttijden is tevens een randvoorwaarde. Doordat de tijden op de poli's niet structureel worden overlegd en interventies vaak ad hoc worden ingezet, moeten de poli's waken voor een automatische reactie. Deze automatische reactie zou de beschikbare kennis en vaardigheden teniet kunnen doen en de mate van borging kunnen verminderen.

HRM heeft meerwaarde in het project door opfrustrainingen te geven in de borgingsfase, bijvoorbeeld over de principes en interventies, waardoor polimedewerkers even opnieuw bewust onbekwaam gemaakt worden. Dit lijkt noodzakelijk omdat bij sommige medewerkers bewustzijn ontbreekt en men te weinig handvatten lijkt te hebben om kritisch naar de werkwijze te kijken. Via opfrustrainingen voor alle polimedewerkers, ontstaat een 'boost' van nieuwe ideeën voor interventies op de poli's en worden medewerkers opnieuw actief betrokken bij deze manier van werken om de toegangs- en wachttijden laag te houden. Via deze vernieuwde kennis kunnen nieuwe inzichten leiden tot nieuwe motivatie. Naast deze interne kennisoverdracht, zou een externe kennisoverdracht kunnen plaatsvinden door externe trainingen te verzorgen bij poli's die succesvol de toegangs- en wachttijden laag weten te houden. Respondenten geven aan dat deze *benchmark* met andere ziekenhuizen, een positieve stimulans zou kunnen zijn voor borging. Niet alleen zouden HRM-activiteiten gericht kunnen zijn op het vergroten van kennis en vaardigheden, poli's zouden tevens kunnen inspelen op de extrinsieke en intrinsieke motivatie door kleine beloningen in te zetten, zoals een taart bij de koffie of het uitgeven van een wachttijdverlager van de maand beloning. Hiermee zou deze HRM-activiteit aansluiten bij het ervaren competitie-element en worden medewerkers daadwerkelijk beloond voor hun inzet. Tenslotte zou een HRM-activiteit kunnen zijn om bepaalde functies op de poli, zoals baliemedewerkers, meer taken en verantwoordelijkheden te geven, waardoor zij meer zouden kunnen participeren in het laag houden van de toegangs- en wachttijden. Deze ondersteuning wordt door respondenten als manier gezien om ook hun steentje bij te dragen aan het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden.

## 7 Discussie

In dit hoofdstuk wordt het afstudeeronderzoek kritisch bestudeerd. Een algemene reflectie zal gegeven worden op het onderzoek en er zal een reflectie op de theorie, methoden en resultaten plaatsvinden. Tenslotte zullen aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek en (nieuwe) WZW series waarin de borgingsfase de afsluiting vormt van het project.

### 7.1 Algemene reflectie op het onderzoek

Dit onderzoek heeft geleid tot waardevolle inzichten in het werken met interventies volgens de principes en interventies van Werken zonder Wachtlijst en het behoud hiervan. Vanuit de analyse van het project destijds en vanuit de analyse van de huidige werkwijze om de toegangs- en wachttijden laag te houden, zijn inzichten verkregen in de mate van borging en randvoorwaarden hiervoor. Tevens is de meerwaarde van HRM onderzocht voor het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden. Deze inzichten kunnen als kader dienen voor vervolgséries van WZW of andere (doorbraak)veranderingstrajecten waarbij de uiteindelijke focus ligt op het borgen van de verandering. Een beperking van de focus op HRM als kritische succesfactor voor duurzaam veranderen, is dat aan andere factoren als indicatoren, leiderschap en leren, minder aandacht is geschonken. Hierdoor kon een gedetailleerd overzicht van HRM-activiteiten en componenten worden weergegeven. Gezien echter de reikwijdte van HRM, is tevens aandacht besteed aan onderwerpen als leren en aansturen.

### 7.2 Reflectie op de theorie

In deze paragraaf zal een reflectie op de theorie omtrent borging en HRM gegeven worden.

#### 7.2.1 Literatuur over borging

Literatuur over borging van organisatieveranderingen is zeer beperkt. Wanneer in databases werd gezocht op '*sustainability*', werden voornamelijk artikelen gevonden die het duurzaam veranderen van het milieu betroffen. In de literatuur is veel aandacht voor het implementeren van organisatieveranderingen maar literatuur over borgen als zodanig ontbreekt. Wanneer in de literatuur over borging werd gesproken, werd dit behandeld in combinatie met implementatie. Een effectief veranderingstraject is namelijk vaak de voorloper van borging zoals auteurs als Finlay, Kotter en Grol & Wensing beschrijven. Om het gebrek aan literatuur, specifiek gericht op het onderdeel borging, te compenseren, is tevens literatuur gebruikt over het implementeren van veranderingen.

In dit afstudeeronderzoek is een onderscheid gemaakt naar statische en dynamische borging. Gekozen is voor dit onderscheid omdat statisch en dynamisch borgen zich focussen op het totale veranderingsproces. Gezien de inhoudelijke kenmerken van het project en het werken met 'WZW', kan het zowel gaan om het borgen van methoden, resultaten en denkwijzen als het project op zich. Het kiezen voor bijvoorbeeld het 'borgen van resultaten' zou een te beperkte focus zijn geweest omdat niet alleen het verlagen van de toegangs- en wachttijden een doel is, maar juist het duurzaam

veranderen van de nieuwe werkwijze. Een onderscheid naar statische en dynamische borging heeft alle onderdelen (methoden, resultaten enzovoort) in zich. Omdat voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag een kwalitatieve onderzoeksmethode het beste aansloot, was het niet van cruciaal belang om voorafgaand aan de dataverzameling een uitputtend overzicht te hebben van alle theorie. Dit type onderzoek hanteert een open onderzoeksopzet waarin de onderzoeker open staat voor nieuwe inzichten. De grens tussen waar statische en dynamische borging lijkt in de literatuur niet te bestaan. In dit afstudeeronderzoek is een combinatie te herkennen waarin in de huidige werkwijze voornamelijk de nadruk ligt op statische borging, maar dynamische borging noodzakelijk is om de toegangs- en wachttijden duurzaam te veranderen. Wanneer de tijdsperiode voor het afstudeeronderzoek langer was geweest, zou nog specifiek en uitgebreid gezocht kunnen worden op borging. Dit afstudeeronderzoek heeft tevens nieuwe inzichten opgeleverd. Flexibiliteit van medewerkers blijkt een succesfactor te zijn voor het succesvol borgen van een project als WZW. Deze factor was in de literatuur van Schouten, specifiek gericht op doorbraakprojecten, niet terug te vinden. Ook in andere literatuur over succesfactoren voor borging is dit specifieke element niet expliciet terug te vinden.

### 7.2.2 Literatuur over HRM

Ondanks dat HRM een relatief nieuw vakgebied is, was voldoende literatuur beschikbaar over het verhogen van de *performance* van organisaties door het inzetten van *human resources*. Doordat HRM een omvangrijk scala aan elementen en onderwerpen bevat, is gekozen voor een afbakening met AMO elementen. Gekozen is voor deze theorie omdat voorafgaand aan het onderzoek duidelijk was dat het project geen samenwerking had met P&O. De focus lag op het ontdekken van 'spontane' HRM-activiteiten en elementen van kennis en vaardigheden, motivatie en ondersteuning. De elementen van de AMO theorie konden herkend worden in deze spontane opsporing en analyse. Voor het uitwerken van de AMO theorie is voornamelijk gebruik gemaakt van literatuur van de auteurs Boxall & Purcell en Appelbaum et al. omdat zij de grondleggers zijn van deze theorie. Door vanuit deze theorie te werken, kan een beperking zijn dat de AMO elementen vanuit een te beperkte theoretische visie zijn weergegeven. Motivatie omvat immers nog meer dan intrinsieke en extrinsieke motivatie, kennis en vaardigheden kunnen breder geformuleerd worden en ondersteuning en participatie omvat in een andere context andere componenten. Een afbakening was echter noodzakelijk, om een duidelijke lijn in de theorie te behouden. Aanvullende theorie is gehanteerd om mogelijke HRM-activiteiten te beschrijven die de elementen in de AMO theorie kunnen verhogen.

### 7.3 Reflectie op de gehanteerde methoden

In dit afstudeeronderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek om een zo goed mogelijk antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag en deelvragen. De semigestructureerde interviews, in combinatie met een literatuurstudie en kleine documentenanalyse, bleken goede methoden te zijn om leuke en interessante analyses te reproduceren. Door de kwalitatieve onderzoeksmethode is gedetailleerde informatie verkregen over de gehanteerde interventies en de werkwijze op de poli's. Echter, een beperking van dit kwalitatieve onderzoek kan zijn dat antwoorden

van respondenten anders geïnterpreteerd zijn. Door methodologisch en consequent te werken, meerdere databronnen te gebruiken, meerdere functies op de poli's te interviewen en de antwoorden letterlijk uit te typen, is getracht eventuele onjuiste interpretaties te voorkomen.

### 7.3.1 Selectie respondenten

De poliklinieken zijn via inclusiecriteria geselecteerd. Voorafgaand aan het onderzoek is een duidelijke keuze gemaakt om werknemers met verschillende functies op de poli's te interviewen. In de deelnamebrief zijn de functies 'arts', 'hoofd van de afdeling', 'teamleider' en 'kwaliteitsmedewerker' benoemd. De contactpersonen hebben vervolgens respondenten geselecteerd. De contactpersonen hebben allemaal een polimedewerker of secretaresse geselecteerd. Deze keuze heeft de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd, doordat de secretaresses een zeer grote verantwoordelijkheid en rol hebben in het duurzaam veranderen van de toegangs- en wachttijden. Door deze medewerkers te interviewen, is een compleet beeld ontstaan van de huidige werkwijze.

### 7.3.2 Dataverzameling en analyse

De gehanteerde topiclijst gaf houvast tijdens het interview en zorgde voor structuur. Bewust is gekozen om na de inleidende vragen, eerst de huidige werkwijze te bevragen. Het ging hier om de interventies die men nog steeds uitvoert. Bij vraag vier (bijlage II) vroegen de respondenten of hier de WZW interventies werden bedoeld. Uit dit gegeven kan worden afgeleid dat de respondenten tijdens het interview gefocust waren op het WZW project, hetgeen niet verwonderlijk is omdat het interview hierover zou gaan. Het was goed om de vragen over WZW achterin het interview te plaatsen zodat de respondenten eerst zo algemeen mogelijk beschreven wat zij allemaal doen in de huidige werkwijze om de toegangs- en wachttijden laag te houden. Een beperking van de data van de poli orthopedie kan zijn, dat slechts twee interviews zijn gehouden en één interview digitaal is ingevuld. Op deze manier bestaat de kans dat voornamelijk is gefocust op de concrete polissituatie en de opinie van de orthopedisch chirurg minder is weergegeven waardoor een beeld kan ontstaan van de poli waarin de arts(en) zich niet kunnen vinden. Bij de analyse zijn voornamelijk deze twee respondenten genoemd, de antwoorden van de orthopedisch chirurg zijn echter wel beschrijvend verwerkt. Voor de overall analyse (§5.5) zijn de ontdekte patronen tussen poliklinieken als thema's gebruikt.

### 7.3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Door verschillende dataverzameling-methoden te hanteren, is de interne validiteit en interne betrouwbaarheid van het afstudeeronderzoek verhoogd. Door bij verschillende soorten medewerkers dezelfde topiclijst voor te leggen, konden verschillende functies hun kijk geven op het project en de huidige werkwijze. Op deze manier is geen eenzijdig beeld verkregen, maar een gevarieerd en valide beeld van het project en de huidige situatie. Dit valide beeld is verhoogd door de interviews op te nemen en letterlijk uit te werken. De externe validiteit is tevens gewaarborgd in dit onderzoek. Ondanks dat het aantal respondenten niet groot was en drie poli's zijn onderzocht, konden door op alle poli's dezelfde topiclijst voor te leggen, patronen herkend worden op de poli's en tussen poli's. Inzicht is verkregen in de gehanteerde interventies, succes- en faalfactoren en de rol van de

medewerkers in de werkwijze. Deze patronen zullen waarschijnlijk ook op andere poli's herkend kunnen worden. De externe betrouwbaarheid is verhoogd door een nauwkeurige vastlegging van theorie, methoden en analyses te bewerkstelligen. Doordat alle onderzoeksgegevens (aantekeningen, tapes, uitwerkingen interviews) nauwkeurig zijn bijgehouden en gearhiveerd, is een *audit trail* mogelijk. Hierbij is het mogelijk te controleren of het onderzoek valide is uitgevoerd en betrouwbaar is.

#### **7.4 Reflectie op resultaten**

In dit afstudeeronderzoek zijn interessante resultaten verkregen die zowel polisppecifieke informatie als *overall* informatie bevat, die afgeleid is van de drie onderzochte poli's als geheel. Wat opvalt is dat de poli's allemaal nog meten. Dit meten an sich is al een vorm van borging. Daarbij kan, ondanks dat niet is vergeleken met andere poli's, gesteld worden dat de principes en interventies van WZW nog sterk leven op de poliklinieken. Het is waarschijnlijk dat andere onderzochte poli's door de afstudeerleden, minder positieve resultaten hebben opgeleverd. De interviews vormden voor sommige poli's de aanleiding om opnieuw de toegangs- en wachttijden kritisch te gaan bekijken: één polikliniek geeft aan opnieuw de wachttijden te gaan aanpakken, een andere polikliniek geeft aan meer aandacht te gaan besteden aan structureel overleg over de toegangs- en wachttijden. De derde polikliniek is zeer actief bezig met de toegangs- en wachttijden. De poliklinieken cardiologie en neurologie zijn echter wel de poliklinieken die het meest recent hebben meegedaan met het project (2004-2005) en het project hierdoor misschien meer leeft dan op de poli orthopedie (2003-2004). Er is geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen de tijd van deelname aan het project en de mate van borging; de inhoudelijke verschillen zijn bestudeerd. Bij de polikliniek orthopedie kan een vertekening zijn ontstaan, doordat deze poli na het project te maken heeft gehad met het vertrek van de projectgroep, het vertrek van orthopedisch chirurgen en de overgang van het werken door de orthopedisch chirurgen op drie locaties naar één locatie. De andere twee poliklinieken hebben niet een dergelijke verandering doorgemaakt waardoor de situatie op de poli's meer stabiel is en dit gunstiger is voor het laag houden van de toegangs- en wachttijden.

#### **7.5 Aanbevelingen**

In deze paragraaf zullen zowel aanbevelingen worden gegeven voor aanvullend onderzoek als voor volgende WZW series.

##### *Aanbevelingen voor vervolgonderzoek*

- 1) Uit dit afstudeeronderzoek is gebleken dat het semigestructureerde interview een goede methode is om de beoogde resultaten te verkrijgen. De literatuurstudie en de documentenanalyse vormden goede input voor de topiclijst. Vervolgonderzoek en evaluatiestudies kunnen gebruik maken van deze dataverzameling-methoden.
- 2) De generaliseerbaarheid van dit onderzoek kan verhoogd worden door meer poliklinieken te onderzoeken op het project WZW en de mate van borging. Aanvullende interessante informatie zou kunnen resulteren in een nog specifiek beeld van borging van dit project.

- 3) Dit afstudeeronderzoek geeft weer dat behoefte bestaat aan een evaluatie van dit project. Via een benchmark tussen poliklinieken die hun toegangs- en wachttijden succesvol weten laag te houden of een uitwisseling tussen succesvolle en minder succesvolle poliklinieken, kan het rendement op borging verhoogd worden door het leervermogen te verhogen.

#### *Aanbevelingen voor vervolgsries WZW en overige projecten*

- 1) Vanuit het CBO zou een structureel programma moeten bestaan voor de borgingsfase. In dit programma zouden de succesfactoren voor borging verwerkt kunnen worden als doelstellingen. Borging kan gezien worden als project op zich en vereist onderhoud.
- 2) Er zou structureel overleg tussen secretaresse en arts opgenomen moeten worden in het werkplan borging omdat de samenwerking tussen secretaresse en arts zo belangrijk is, zo blijkt uit dit afstudeeronderzoek.
- 3) Een opfrustraining principes en interventies WZW zou een HRM-activiteit kunnen zijn om de medewerkers opnieuw bewust onbekwaam te maken. Juist in de borgingsfase lijkt het van belang medewerkers handvatten te blijven bieden in de vorm van een inhoudelijke training. De polimedewerkers lijken soms de principes niet meer precies te kennen. Wanneer zij meer achtergrondinformatie zouden hebben over principes en interventies, zouden zij nieuwe ideeën voor interventies kunnen opdoen voor de eigen poli.
- 4) Het faciliteren door het CBO van poliklinieken om een kijkje te nemen op andere poliklinieken waar de interventies van WZW succesvol worden uitgevoerd, zou een mogelijkheid zijn om dynamische borging te bewerkstelligen en een uitwisseling van kennis en ervaring in de borgingsfase mogelijk te maken.
- 5) Het belang van HRM-activiteiten zou meer aandacht moeten krijgen binnen het project. Een coachende aansturing en het wijzen van medewerkers op verantwoordelijkheden, vraagt om specifieke vaardigheden. Projectleiders zouden hierin extra getraind kunnen worden door ondersteuning te krijgen vanuit het CBO over de rol van de projectleider in de borgingsfase.
- 6) Het motiveren van medewerkers door gebruik te maken van extrinsieke beloningen, gebeurt op de poli's niet, zo blijkt uit dit onderzoek. Door aan te sluiten bij het argument dat artsen prestatiegericht zijn en het verlagen van de toegangs- en wachttijden als competitie zien, kan de intrinsieke en extrinsieke motivatie verhoogd worden door meer gebruik te maken van het belonen van medewerkers zoals het bieden van een 'wachttijdverlager van de maand prijs'.
- 7) Door alle polimedewerkers mogelijkheden tot inspraak en participatie te bieden, kan meer rendement gehaald worden uit kennis en ervaringen. Medewerkers die weinig inhoudelijke kennis hebben van het project (principes en interventies), kunnen gefaciliteerd worden in het verhogen van deze kennis zodat ook zij hun visie kunnen geven op de interventies.

Bovengenoemde aanbevelingen geven het belang weer om aandacht te besteden aan de gevolgen van organisatieveranderingen en het borgen ervan voor medewerkers. Door medewerkers actief te informeren, te blijven motiveren, aan te sturen en (indien mogelijk) te belonen voor resultaten, zal de kans op borging toenemen want ***“Human resources are key to organizational success or failure!”***



## Referenties

Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P. Kalleberg, A. 2000. *Manufacturing advantage. Why high-performance work systems pay off.* Ithaca and London: Cornell University Press.

Argyris, C. 1991. 'Teaching smart people how to learn.' *Harvard Business Review*, May-June: 5-15.

Arthur, J. (1994). 'Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover.' *Academy of Management Journal* 37 (3): 670-687.

Baarda, D., M. de Goede & J. Teunissen. 1998. *Basisboek kwalitatief onderzoek.* Houten: Educatieve Partners Nederland BV.

Balfour, M. & Clarke, C. 2001. 'Searching for sustainable change.' *Journal of Clinical Nursing* 10:44-50.

Baron, J. & Kreps, D. 1999. *Strategic human resources: Frameworks for general managers.* New York: Wiley.

Boselie, J.P. 2002. *Human Resource Management, Work systems and Performance: A theoretical-empirical approach.* Rotterdam: Tinbergen Institute, Research Series.

Boselie, P. & J. Paauwe. 2002. 'Het geheim ontrafeld?' Een bijdrage van Strategisch Human Resource Management aan prestatieverbetering.' *Management & Organisatie* (3):5-24.

Boxall, P. & Purcell, J. 2003. *Strategy and Human Resource Management.* Hampshire/New York: Palgrave MacMillen.

Brock, D., Powell, M., Hinings, C. 1999. *Restructuring the Professional Organization: Accounting, Health Care, and Law.* Routledge.

Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D. 2006. *The sustainability and spread of organizational change: Modernizing healthcare.* Routledge, London.

(CBO). 2004a. 'Doorbraakproject Werken zonder Wachtlijst. Toegang tot de polikliniek. Serie I 2003-2004.' Eindrapportage Doorbraak werken zonder wachtlijst serie I. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.

(CBO). 2004b. 'Meten = weten. Werken zonder Wachtlijst, toegang tot de polikliniek.' Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.

(CBO). 2006. *Doorbraakproject Werken zonder wachtlijst: Organiseren van poliklinische zorg Serie VII* [Internet]. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 26-06-2008 [aangehaald op 30-01-08]. Bereikbaar op [http://www.cbo.nl/product/doorbraak/Projectplan\\_WZW%207](http://www.cbo.nl/product/doorbraak/Projectplan_WZW%207)

(CBO). 2007. *Werken zonder Wachtlijst 7. Forse winst door betere planning en logistiek op de polikliniek* [Internet]. Kwaliteitsinstituut voor de zorg [aangehaald op 23-01-08]. Bereikbaar op <http://www.cbo.nl/product/doorbraak/folder20030902132240/article20030902144336>

(Change First). 2003. *Building sustainable change capability: The enduring competitive edge.*

Chapman, A. 2006. *Conscious competence learning model: Origins of conscious competence model* [Internet]. Businessballs, 25-09-2007 [aangehaald op 15-05-08]. Bereikbaar op <http://www.businessballs.com/consciouscompetencelearningmodel.htm>

Creswell, J.W. 2003. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches.* Second Edition. Sage publications, University of Nebraska, Lincoln.

Dale, B., Boaden, R., Wilcox, M. 1999. 'Sustaining continuous improvement: what are the key issues?' *Quality Engineering* 11 (3):369-377.

(DBC onderhoud). 2008. 'Wat is een DBC?' [Internet]. DBC onderhoud 25-06-2008 [aangehaald op 28-03-2008]. Bereikbaar op [http://www.dbconderhoud.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=163&hoofdid=103&pagetitle=Wat\\_is\\_een\\_DBC](http://www.dbconderhoud.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=163&hoofdid=103&pagetitle=Wat_is_een_DBC)

Deci, E. 1975. *'Intrinsic Motivation.'* Plenum, New York, NY

Elving, W. 2005. 'The role of communication in organisational change.' *Corporate Communications* 10 (2):129-138.

Everaert, H. & Van Peet, A. 2006. *'Kwalitatief en kwantitatief onderzoek.'* Kenniskring Gedragsproblemen in de Onderwijspraktijk. Hogeschool Utrecht. KG-publicatie (11).

Finlay, P. 2000. *Strategic Management: An introduction to Business and Corporate Strategy.* Harlow: Prentice Hall Financial Times.

Grol, R. & J. Grimshaw. 2003. 'From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care.' *The Lancet* 362:1225-1230.

Grol, R. & M. Wensing. 2001. *'Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg.'* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hackman, J. & Oldham, G. 1980. *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

(Jeroen Bosch Ziekenhuis). *Treeknormen* [Internet]. Jeroen Bosch Ziekenhuis, 11-03-2005 [aangehaald op 10-05-2008]. Bereikbaar op [http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/jbz/jbz\\_professional/](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/jbz/jbz_professional/)

Julian, D. & Kombarakaran, F. 2006. 'Assessment of Quality of Outcomes within a Local United Way Organization: Implications for Sustaining System Level Change.' *American Journal of Community Psychology* 38:175-181.

Korczynski, M. 2002. *Human Resource Management in Service Work*. Basingstoke: Palgrave/Macmillan.

Kotter, J.P. 1998. *Leading Change: Why transformation efforts fail*. Harvard Business Review on Change. Boston: Harvard Business School Press.

Lawrence, T., Dyck, B., Maitlis, S., Mauws, M. 2006. 'The Underlying Structure of Continuous Change.' *MIT Sloan Management Review* 47 (4).

Leger, L. 2005. 'Questioning sustainability in health promotion projects and programs.' *Health Promotion International* 20 (4).

Light, D. 2000. 'The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power.' In *Handbook of medical sociology*, edited by C. E. Bird, P. Conrad and A. M. Fremont. London etc.: Prentice Hall.

Loo, J. de, de Grip, A. 2002. '*Loont HRM: Een literatuurverkenning*.' In opdracht van het Ministerie van Economische Zaken. Universiteit Maastricht.

McDuffie, J. 1995. 'Human resource bundles and manufacturing performance: Organizational logic and flexible production systems in the world auto industry.' *Industrial & Labour Relations Review* 48 (2):197-221.

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

(NHS Modernisation Agency). 2002. *Improvement Leaders: Guide to Sustainability and Spread*. Ipswich. Ancient House Printing Group.

Øvretveit, J (2008a) '*Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement: Discussion document*.' Karolinska Institute MMC, Stockholm/ZonMw, Den Haag.

----- (2008b) 'Review of Research on Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement.' Karolinska Institute MMC, Stockholm/ZonMw, Den Haag.

Pauwe, J. 2004. *HRM and performance. Achieving long term viability.* Oxford University Press.

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

Pool, J. & Van Dijk, J. 1999. 'Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, Deel 2. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven.' Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

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

Schreiner, N. 2008. *Loopbaanontwikkeling voor het individu.* 5e editie.

Schuler, R. & Jackson, S. (Eds.) 1999. *Strategic human resource management.* Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

Sibthorpe, B., Glasgow, N., Wells, R. 'Emergent themes in the sustainability of primary health care innovation.' *The Medical Journal of Australia* 183 (10).

(Sneller Beter). 2007. *Sneller Beter draaiboek Werken zonder WachtlIJst'* [Internet]. Uitgave consortium Sneller Beter pijler 3, 26-05-2008 [aangehaald op 16-03-2008]. Bereikbaar op [http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/Draaiboeken/Draaiboek\\_WZW\\_PUBLKI\\_EKSVERSIE\\_0\\_DEFVERSIE2.pdf](http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/Draaiboeken/Draaiboek_WZW_PUBLKI_EKSVERSIE_0_DEFVERSIE2.pdf)

Splunteren, P. van., J. van Everdingen, Janssen, S. 2003. *Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode.* Koninklijke Van Gorcum.

Ulrich, D., Brockbank, W. 2005. 'HR-practices that add value. Flow of people and performance.'

Vinke, R. 1996. *Motivatie en belonen: de mythe van intrinsieke motivatie.* Deventer: Kluwer.

Vroom, V. 1964. *Work and motivation.* New York: Wiley.

Wikipedia. 2008. *Ad hoc* [Internet]. Wikipedia, 09-06-2008 [aangehaald op 25-05-08]. Bereikbaar op [http://nl.wikipedia.org/wiki/Ad\\_hoc](http://nl.wikipedia.org/wiki/Ad_hoc)

## **Bijlagen**

**Bijlage I: Introductiebrief voor de deelnemende poliklinieken**

**Bijlage II: Topiclijst interview**

- Algemene topiclijst
- Topiclijst kwaliteitsmedewerker

# Bijlage I – Introductiebrief

## Duurzaamheidonderzoek Werken Zonder Wachttijst

### Inleiding

Enkele jaren geleden heeft uw polikliniek deelgenomen aan een Doorbraakproject Werken zonder wachttijst (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 wachttijstproblematiek, 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 Wachttijst 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 wachttijst 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 enkel malen (drie maal gedurende drie weken) de wachttijst te meten volgens de WZW methode (3e 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 wachttijst, 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](mailto:j.vanwijngaarden@erasmusmc.nl), 010-4088569

Drs. Marc Rouppe van der Voort, voormalig medewerkers CBO, manager innovatie Elisabeth ziekenhuis:  
[m.rouppevandervoort@elisabeth.nl](mailto:m.rouppevandervoort@elisabeth.nl)

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

### **Junior onderzoekers**

Drs. Claire Hostmann: [clairehostmann@hotmail.com](mailto:clairehostmann@hotmail.com)

Anita de Nooijer: [anita\\_de\\_nooijer@hotmail.com](mailto:anita_de_nooijer@hotmail.com)

Paulien Schoneveld: [p.schoneveld@hro.nl](mailto:p.schoneveld@hro.nl)

Daphne Metaal [daphnemetaal@live.nl](mailto:daphnemetaal@live.nl)

Linda de Jong: [linda\\_dejong81@hotmail.com](mailto:linda_dejong81@hotmail.com)

## Bijlage II - Topiclijsten

### Algemene topiclijst voor arts/ afdelingshoofd/teamhoofd/ polimedewerker

#### Inleidende vragen

- 1) Wat houdt uw functie precies in? (ondanks zelfde functieomschrijving kan de praktijkinvulling sterk variëren)
- 2) Hoe lang werkt u al op deze poli?
- 3) In hoeverre houdt u zich bezig met toegangstijden op de poli?

#### Huidige aanpak wachttijden (Grand tour)

##### *Voorkomen wachttijden*

- 4) Wat doen jullie of hebben jullie geregeld om wachttijden te voorkomen?  
(Persoon noemt algemene maatregelen: noteren. Nog niet WZW checklist aan de respondent voorleggen)
- 5) Wordt dat in de huidige praktijk ook echt nog zo gedaan? (ga de maatregelen even af)

##### *Zo ja, waarom lukt dat jullie?*

- 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 niet?*

- 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 wel zouden willen nemen, maar die jullie niet voor elkaar krijgen? Zo ja, hoe komt dat?
- 9) Welke externe factoren zijn van invloed op jullie wachttijden?

#### Metten/monitoren

- 10) Hebben jullie op de poli in de gaten wanneer de toegangstijd verandert? 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: bv Excel- programma?
- Wie verwerkt de meetgegevens?



### *Wanneer ze meten*

- 11) Wie krijgt deze meetgegevens te zien? Hoe krijgen zij die te zien?
- 12) Met wie worden die meetgegevens besproken?
  - Op de poli: artsen, verpleegkundigen, assistenten, andere medewerkers?
  - Met hoger management?
- 13) In welk verband vinden deze gesprekken plaats (bijvoorbeeld teamoverleg)? Wie zitten er dan bij elkaar?
- 14) Kunt u me vertellen hoe een gemiddeld gesprek dan loopt? (een gemiddeld gesprek)
  - Hoe vaak wordt dat besproken?
  - Wat wordt gedaan als de wachttijd oploopt? Wie constateert dit?
  - Hoe wordt bepaald welke maatregelen noodzakelijk zijn?
  - Wat voor soort maatregelen wordt genomen (klein, groot)
  - Hoe wordt gezorgd dat de maatregel ook wordt ingevoerd?
  - Hoe weten jullie of deze maatregelen werken?
  - Hoe vaak heeft u de afgelopen jaren meegemaakt dat de wachttijden oplopen?
- 15) Wat doet u zelf met de meetgegevens?
- 16) Worden individuele medewerkers en specialisten ook aangesproken op de resultaten van de metingen? Zijn daar ook consequenties aan verbonden? (ga zowel in op dalen, stijgen als gelijk blijven van de toegangstijd)
- 17) Zijn er dan ook expliciete doelen of normen benoemd t.a.v. de wachttijd op de polikliniek? Zo nee, waarom niet? Zo ja; hoe luiden die (CP <-> NP)  
(let op check opvallend dat u ze niet eerder heeft benoemd; leeft het wel?)
- 18) Hoe wordt omgegaan met variaties in hoogte van toegangstijden tussen artsen? (leerbijeenkomsten)
- 19) Wiens verantwoordelijkheid is het om de wachttijden laag te houden? Waar blijkt dit uit?

### **Randvoorwaarden: kennis en vaardigheden, motivatie, aansturing, faciliteiten. HUMAN RESOURCE MANAGEMENT**

- 20) Heeft u het idee dat de juiste kennis en vaardigheden op de poli aanwezig zijn om de wachttijd laag te houden? (ook bij uzelf!)
  - Zo nee, welke kennis zouden zij moeten hebben?
  - Hoe doen jullie daar iets aan?
  - Zo ja, hoe zorgen jullie daarvoor
  - Waarop worden nieuwe medewerkers geselecteerd?
  - Krijgen nieuwe mensen training of opleiding?
  - Lopen zij met iemand mee die actief bezig is met de wachttijden laag houden?
- 21) Heeft u het idee dat medewerkers en specialisten op de poli ook voldoende actief bezig zijn om de wachttijd laag te houden (artsen, verpleegkundigen, leidinggevenden, assistenten?)
  - Waarom wel /Waarom niet?
  - Hebben zij inspraak in het vaststellen van interventies?
  - Worden zij daarin ook ondersteunt; autonomie om nieuwe ideeën door te voeren?
- 22) Worden medewerkers op de poli ook gestimuleerd om aandacht te besteden aan wachttijden?
  - Ja, hoe? Krijgen zij een beloning? Krijgen zij positieve feedback?
  - Nee, hoe komt dit?
  - Hoe belangrijk is het om medewerkers gemotiveerd te houden?
  - Bestaan er echte trekkers op de poli om actief bezig te zijn met de wachttijden?
- 23) Worden jullie vanuit het hoger management (clustermanagement) ook aangesproken op wachttijden? Zo ja, hoe dan?
- 24) Vindt u dat jullie voldoende door het ziekenhuis gefaciliteerd worden om wachttijden laag te houden? Waarom wel of niet? (budget)

### **Restanten WZW project (2 verschillende lijsten maken)**

In ... is op jullie poli het project WZW afgerond.

25) Was u ook betrokken bij het WZW project dat door het CBO werd begeleid? (moet je eigenlijk vooraf al weten)

Zo ja, wat was uw rol daarbij?

26) Vond u het destijds een geslaagd project? Waarom?

- Hoe kijkt u er nu op terug?
- Werd het destijds door andere op de poli als een geslaagd project ervaren? Waarom?
- En hoe kijken andere er nu op terug denkt u?

27) 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?*

(eerst open laten en tijd geven en dan pas doorvragen als je nog zaken mist)

- In hoeverre heeft dat te maken met de manier waarop het project destijds is gelopen of is 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

### **Ik heb hier een lijstje met mogelijke maatregelen in het kader van Werken Zonder Wachtlijst (zie WZW checklist!)**

28) Kent u deze maatregelen? Zijn er maatregelen bij die u nog niet heeft genoemd, maar die wel toegepast worden op jullie poli? (pas aan het eind van het interview als de respondent dat wil de maatregelen uitleggen)

*Sinds die tijd is de wachttijd op jullie poli .....*

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

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

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

32) Wat zijn volgens u de noodzakelijke randvoorwaarden om dergelijke veranderingen te borgen? Zijn deze factoren bij jullie aanwezig?

### **Daarmee zijn we bijna aan het eind gekomen van het interview**

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

Zou ik u nog mogen benaderen, mochten er toch nog vragen opkomen?

## Interview kwaliteitsmedewerker

- 1) Hoe lang bent u al werkzaam als kwaliteitsmedewerker in dit ziekenhuis?
- 2) Wat is uw betrokkenheid bij wachttijden op poliklinieken in dit ziekenhuis?
- 3) Zijn er ziekenhuisbreed doelstellingen en/of normen benoemd rond wachttijden op poliklinieken?
  - Zo ja: Hoe luiden die doelstellingen en/of normen?
  - Hoe worden die doelstellingen uitgedragen (=gecommuniceerd)?
- 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 op aangesproken?
  - Zijn daar ook consequenties aan verbonden?
- 7) In hoeverre worden poliklinieken gefaciliteerd in het meten van wachttijden?
  - In hoeverre worden poliklinieken gefaciliteerd bij het voorkomen van wachttijden?
  - In hoeverre worden poliklinieken gefaciliteerd bij het wegwerken van wachttijden? (geld)
- 8) In hoeverre zijn de 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 (bijv. 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 het gehele ziekenhuis om wachttijden op poliklinieken kort te houden?
  - Draagvlak/cultuur
  - Aansturing
  - Structurele inbedding
  - Andere factoren
- 13) Wat zijn volgens u de belangrijkste bevorderende factoren?
  - Draagvlak/cultuur
  - Aansturing
  - Structurele inbedding
  - Andere factoren

### Nu wil ik mijn vragen richten op de poli ....

- 14) Zijn er externe factoren op deze poli die veel invloed hebben op de wachttijd? (marktwerking e.d.)
- 15) Welke maatregelen zijn daar getroffen om wachttijden laag te houden? (zie overzicht poli-interventies).

16) Wordt dat in de huidige praktijk ook echt nog zo gedaan? (ga de maatregelen even af)

*Zo ja, waarom lukt hen dat? (eerst open, dan doorvragen)*

- 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 niet?*

- 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?

### **Randvoorwaarden: kennis en vaardigheden, motivatie, aansturing, faciliteiten.**

#### **HUMAN RESOURCE MANAGEMENT**

19) Heeft u het idee dat de juiste kennis en vaardigheden op de poli aanwezig zijn om de wachttijd laag te houden?

- Zo nee, welke kennis zouden zij moeten hebben?
- Hoe doen jullie daar iets aan?
- Zo ja, hoe zorgen jullie daarvoor
- Waarop worden nieuwe medewerkers geselecteerd?
- Krijgen nieuwe mensen training of opleiding?
- Lopen zij met iemand mee die actief bezig is met de wachttijden laag houden?

20) Heeft u het idee dat medewerkers en specialisten op de poli ook voldoende actief bezig zijn om de wachttijd laag te houden (artsen, verpleegkundigen, leidinggevenden, assistenten?)

- Waarom wel /Waarom niet?
- Hebben zij inspraak in het vaststellen van interventies?
- Worden zij daarin ook ondersteunt; autonomie om nieuwe ideeën door te voeren?
- Hoe wordt omgegaan met knelpunten om wachttijden laag te houden?

21) Worden medewerkers op de poli ook gestimuleerd om aandacht te besteden aan wachttijden?

- Ja, hoe? Krijgen zij een beloning? Krijgen zij positieve feedback?
- Nee, hoe komt dit?
- Hoe belangrijk is het om medewerkers gemotiveerd te houden?
- Bestaan er echte trekkers op de poli om actief bezig te zijn met de wachttijden?

#### **Restanten WZW project**

*In ... is op de poli ... het project WZW afgerond.*

22) Was u ook betrokken bij het WZW project dat door het CBO werd begeleid? (moet je eigenlijk vooraf al weten)

*Zo ja, wat was uw rol daarbij?*

23) Vond u het destijds een geslaagd project? Waarom?

- Hoe kijkt u er nu op terug?
- Werd het destijds door andere op de poli als een geslaagd project ervaren? Waarom?
- En hoe kijken andere er nu op terug denkt u?

24) Tijdens het project zijn een aantal maatregelen (veranderingen) doorgevoerd? Welke van deze maatregelen worden nog steeds toegepast?

*Welke wel en waarom?*

*Welke niet en waarom?*

- In hoeverre heeft dat te maken met de manier waarop het project destijds is gelopen of is 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

**Ik heb hier een lijstje met mogelijke maatregelen in het kader van Werken Zonder Wachtlijst (checklist!!!!)**

25) Kent u deze maatregelen? Zijn er maatregelen bij die u nog niet heeft genoemd, maar die wel toegepast worden op deze poli? (pas aan het eind van het interview als de respondent dat wil de maatregelen uitleggen)

*Sinds die tijd is de wachttijd op deze poli .....*

26) Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die belemmeren dat deze poli de wachttijd laag kan houden?

27) Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die ertoe bijdragen dat deze poli de wachttijd laag kan houden?

28) Is de nieuwe manier van werken die zij hebben doorgevoerd rond de wachttijden voor iedereen vanzelfsprekend; is het routine geworden?

29) Wat zijn volgens u de noodzakelijke randvoorwaarden om dergelijke veranderingen te borgen? Zijn deze factoren bij deze poli aanwezig?

**Daarmee zijn we bijna aan het eind gekomen van het interview**

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

Zou ik u nog mogen benaderen, mochten er toch nog vragen opkomen?