

Afstudeerscriptie



Leiderschap als sleutel tot succes bij het borgen van organisatieveranderingen

Naam: Anita de Nooijer
Studentnummer: 288136
Emailadres: anita_de_nooijer@hotmail.com
Straat: Maasstraat 22
Postcode: 3181 EJ
Woonplaats: Rozenburg
Datum van indienen: augustus 2008
Afstudeerbegeleider: Dr. Jeroen van Wijngaarden
Meelezer: Dr. Gerard Scholten



Voorwoord

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen in gezondheidszorginstellingen. Met name is onderzoek gedaan naar de factor leiderschap. Als casus voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van het project Werken zonder Wachtlijst. Tijdens het schrijven van mijn scriptie heb ik veel geleerd over het belang van onderzoek naar het borgen van veranderingen binnen organisaties. Voor dit onderzoek ben ik in de gelegenheid geweest om drie poliklinieken te bezoeken van drie verschillende ziekenhuizen in Nederland die aan het project hadden deelgenomen. Ik vond het uitermate interessant en leerzaam om een beeld te krijgen van de werkwijze ten aanzien van het terugdringen van toegangstijden van drie totaal verschillende poliklinieken.

Ik wil graag Marc Rouppe van der Voort en Stan Janssen bedanken voor hun hulp bij het contact leggen met de poliklinieken en het delen van hun kennis en ervaringen omtrent het project. Verder dank ik graag dr. Gerard Scholten voor het fungeren als meelezer tijdens mijn afstuderen. Tot slot wil ik dr. Jeroen van Wijngaarden bedanken voor zijn begeleiding tijdens het schrijven van mijn afstudeerscriptie. Zijn enthousiasme, kennis en manier van begeleiden hebben mij enorm geholpen om mijn scriptie tot een goed einde te brengen.

Anita de Nooijer

Rozenburg, augustus 2008



Samenvatting

In de hedendaagse gezondheidszorg zijn organisaties steeds vaker onderhevig aan veranderingen. Er wordt daarom veel onderzoek gedaan naar de factoren die ervoor zorgen dat de invoering van een verandering tot positieve resultaten zal leiden. Daarnaast is het belangrijk om meer inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn bij het borgen van veranderingen en de daaropvolgende resultaten, zodat tijdens het implementatieproces hier meer rekening mee kan worden gehouden. Door middel van een kwalitatief onderzoek is nagegaan welke factoren dit zijn.

Als casus is binnen dit onderzoek het project *Werken zonder Wachtlijst* gebruikt. Het hoofddoel van dit project is om de toegangstijd van de deelnemende poliklinieken van dit project te verlagen aan de hand van een aantal logistieke principes. In dit onderzoek werden poliklinieken onderzocht die destijds de toegangstijden sterk hebben teruggebracht. Nu, een aantal jaar later, wordt bekeken of deze toegangstijden laag zijn gebleven of juist niet en welke factoren hieraan hebben bijgedragen. Met name wordt gekeken naar de factor leiderschap, wat heeft geleid tot de volgende probleemstelling:

Welke rol speelt de factor leiderschap bij duurzaam veranderen binnen het project Werken zonder Wachtlijst?

Door middel van het afnemen van interviews bij drie verschillende poliklinieken uit Nederland, is onderzocht welke poliklinieken de toegangstijden laag hebben kunnen houden en welke factoren hierop van invloed zijn geweest. Uit de analyse is naar voren gekomen dat er een zestal factoren van invloed zijn op duurzaam veranderen, namelijk: eenduidige missie/doelen, creëren van urgentiebesef, resultaten zichtbaar maken, medewerkers blijven motiveren/ feedback geven, duidelijkheid met betrekking tot verantwoordelijkheden en aanpassen aan ontwikkelingen uit externe omgeving. Deze zes factoren hebben allemaal te maken met de belangrijkste factor, *leiderschap*. De resultaten uit het onderzoek laten duidelijk de samenhang zien tussen de verschillende factoren. De factoren moeten daarom niet als afzonderlijk worden beschouwd maar als een geheel met de factor leiderschap als belangrijkste factor. Hierbij gaat het om verschillende lagen van leiderschap ('transactional', 'transformational' en 'klinisch' leiderschap). Zonder sterk leiderschap is het onmogelijk om medewerkers bewust te maken en te overtuigen van de noodzaak van verandering. Ook om na het project de aandacht niet te laten verslappen en medewerkers te blijven motiveren is een krachtig leider van groot belang. Bij het project Werken zonder Wachtlijst spelen ook de artsen een rol die niet moet worden onderschat. Zonder deelname van de artsen is het onmogelijk om de maatregelen door te voeren die ervoor zorgen dat de toegangstijden laag kunnen worden gehouden.

Voor toekomstige projecten met vergelijkbare aspecten, waarbij de arts een grote rol speelt bij het invoeren van de veranderingen, is het bewustzijn over het belang van deelname van de arts van groot belang. Daarom levert dit onderzoek niet alleen nieuwe inzichten voor het project Werken zonder Wachtlijst, maar ook voor andere projecten die in de gezondheidszorg zullen worden ingevoerd.



Summary

In contemporary health care systems organizations are increasingly subjected to change. Consequently, a lot of studies are being conducted which aim at identifying factors that contribute to successful change. In addition, it is important to gain insight in the factors that play a role in preserving change and accompanying results, so that these can be taken into account during the implementation process. By adopting a qualitative research approach, this thesis aims at identifying these factors.

This study was conducted within the setting of the project *Working without Waiting lists* (Werken zonder Wachtlijst). The main goal of this project has been achieving reductions in access time of participating outpatient clinics by applying several logistical principles. The purpose of this thesis has been to investigate whether the clinics that achieved significant short-term reductions in access time have succeeded in preserving these reductions in the long run as well (i.e. a few years after the project was initiated), thereby specifically focusing on identifying success factors. Since special attention is given to the factor leadership, the problem definition in this thesis reads as follows: ***What is the role of leadership in preserving change within the project Working without Waiting lists?***

To identify outpatient clinics which have succeeded in preserving successful change and to assess which factors have contributed to this process, face-to-face interviews were conducted at three Dutch outpatient clinics. Analysis shows that six factors are of influence on preserving change, namely: clear-cut mission/goals, creating sense of urgency, making results visible, keeping employees motivated/giving feedback, proving clarity with respect to responsibilities, and adjusting to developments in the external environment. These factors can all be linked to the most important factor, *leadership*. The results further show that these different factors are mutually linked as well. Therefore, the factors should not be analyzed in isolation but in conjunction, with leadership as the key factor. In this regard, it is important to take into account the different layers inherent in the factor leadership ('transactional', 'transformational', and 'clinical' leadership). Without strong leadership, it is impossible to convince employees and to make them aware of the necessity of change. Moreover, especially after the project has ended, a strong leader is vital in keeping employees focused and motivated. Furthermore, in *Working without Waiting lists*, physicians play an important role which should not be underestimated. Without participation and support of physicians, it is impossible to implement measures which aim at preserving achieved reductions in access time.

It is important that in future projects with similar characteristics and in which physicians play an important role in introducing changes, one is aware of the importance of the participation and support of physicians. With this finding, this study not only provides new insights for the project *Working without Waiting lists*, but also for projects that are going to be conducted in health care sectors in the future.



Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	8
1.1 Hedendaagse veranderingscultuur.....	8
1.2 Duurzaam veranderen.....	8
1.3 Doel van de scriptie.....	9
1.4 Probleemanalyse.....	9
1.5 Opbouw scriptie.....	10
2. Theoretisch Kader.....	11
2.1 Inleiding.....	11
2.2 Definitie van duurzaam veranderen.....	11
2.3 De complexiteit van duurzaam veranderen.....	12
2.4 Factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen.....	13
2.5 De factor leiderschap.....	15
2.6 Koppeling duurzaam veranderen en de factor leiderschap.....	16
3. Methodologie.....	18
3.1 Inleiding.....	18
3.2 Onderzoeksstrategie.....	18
3.3 Data.....	18
3.4 Validiteit en Betrouwbaarheid.....	19
4. Het project Werken Zonder Wachtlijst.....	20
4.1 Inleiding.....	20
4.2 Principes en maatregelen van Werken zonder Wachtlijst.....	20
5. Analyse.....	23
5.1 Inleiding.....	23
5.2 Toegangstijden van de drie poliklinieken.....	23
5.3 Polikliniek A: Reumatologie.....	23
5.3.1 Omschrijving van de polikliniek.....	24
5.3.2 Aandacht voor de toegangstijden op de polikliniek.....	26
5.3.3 Het project Werken zonder Wachtlijst.....	27
5.3.4 Rol van de specialist.....	27
5.3.5 Externe factoren.....	28
5.3.6 Borging.....	29
5.3.7 Leiderschap.....	30



5.3.8 Conclusie.....	31
5.4 Polikliniek B: KNO.....	31
5.4.1 Omschrijving van de polikliniek.....	31
5.4.2 Aandacht voor de toegangstijden op de polikliniek.....	33
5.4.3 Het project Werken zonder Wachtlijst.....	33
5.4.4 Rol van de specialist.....	34
5.4.5 Externe factoren.....	36
5.4.6 Borging.....	36
5.4.7 Leiderschap.....	37
5.4.8 Conclusie.....	38
5.5 Polikliniek C: Neurologie & Neurochirurgie.....	38
5.5.1 Omschrijving van de polikliniek.....	39
5.5.2 Aandacht voor de toegangstijden op de polikliniek.....	39
5.5.3 Het project Werken zonder Wachtlijst.....	41
5.5.4 Rol van de specialist.....	42
5.5.5 Externe factoren.....	43
5.5.6 Borging.....	44
5.5.7 Leiderschap.....	45
5.5.8 Conclusie.....	47
5.6 Conclusie en integratie.....	47
5.6.1 Vergelijking van interventies en resultaten tussen de poliklinieken.....	47
5.6.2 Factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen.....	49
5.6.3 Effectief leiderschap.....	54
6. Conclusie en discussie.....	56
6.1 Inleiding.....	56
6.2 Reflectie op de resultaten van het onderzoek.....	56
6.3 Beperkingen van het onderzoek.....	59
6.4 Aanbevelingen.....	60
Literatuurlijst.....	61
Bijlage 1: De Vragenlijst.....	64



1. Inleiding

1.1 Hedendaagse veranderingscultuur

In de afgelopen jaren is de druk op de gezondheidszorg behoorlijk gestegen. In Nederland worden zorginstellingen als gevolg van de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet geprikkeld om de beste zorg te leveren tegen een zo laag mogelijke prijs. Ook de komst van nieuwe behandelingstechnologieën, informatiesystemen en de veranderde samenstelling van de bevolking hebben ertoe geleid dat de druk op de gezondheidszorg steeds verder toeneemt (Narine & Persaud 2003). Instellingen worden gedwongen om meer tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt (Sibthorpe et al. 2005).

Om als organisatie binnen een dergelijke concurrerende omgeving te kunnen overleven worden op grote schaal veranderingen geïmplementeerd (Narine & Persaud 2003). Door middel van het invoeren van veranderingen proberen organisaties niet alleen te blijven bestaan, maar ook de concurrent een stap voor te zijn (Kotter 1998). Momenteel wordt veel onderzoek gedaan naar de factoren die ervoor zorgen dat de invoering van een verandering tot positieve resultaten zal leiden (ibid.). Het is echter misschien nog van groter belang dat onderzoek wordt gedaan naar die factoren die ervoor zorgen dat veranderingen, en daarmee de resultaten, binnen de organisatie duurzaam zijn.

1.2 Duurzaam veranderen

Bij het doorvoeren van veranderingen binnen een organisatie verslapt de aandacht al snel nadat de implementatie heeft plaatsgevonden. Het is echter juist belangrijk om de verandering te behouden, met name wanneer deze tot duidelijk positieve resultaten heeft geleid. De aandacht moet daarom niet alleen worden gevestigd op het blijven implementeren van veranderingen, maar op het managen van die veranderingen die al eerder zijn geïmplementeerd (Goodstein & Burke 1991). Organisaties moeten proberen de veranderingen, maar zeker ook de resultaten, die zij hebben bereikt te handhaven en zich ondertussen concentreren op het continue aanpassen aan de veranderingen in hun externe omgeving (ibid.). Het is mogelijk dat resultaten van een verandering verslechteren doordat de organisatie niet goed inspeelt op externe ontwikkelingen.

Er is helaas nog weinig onderzoek gedaan naar factoren die van invloed kunnen zijn op het behouden van veranderingen, ofwel duurzaam veranderen (Dawson 2003). "Yet this question is the key to progress; the alternative is a health system landscape littered with short-term programs, projects and interventions which are developed and tested but do not survive" (Sibthorpe et al. 2005:52). Er zijn een paar factoren die consequent in de wetenschap worden genoemd als factoren die een positieve rol kunnen hebben bij duurzaam veranderen. Een dominante coalitie, oftewel goed *leiderschap*, wordt in de literatuur vaak als een belangrijke factor aangeduid bij het succesvol kunnen implementeren van veranderingen binnen een organisatie. Maar niet alleen bij het implementeren, ook bij het behouden van de verandering kan deze factor een grote rol spelen. Belangrijk is om na te gaan wat de factor leiderschap precies inhoudt en in hoeverre deze factor een rol speelt bij duurzaam veranderen.



1.3 Doel van de scriptie

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan welke rol de factor leiderschap, maar ook andere factoren, hebben bij het borgen van organisatie veranderingen, ofwel duurzaam veranderen. Organisaties binnen de gezondheidszorg in Nederland zijn momenteel onderhevig aan allerlei veranderingen die worden geïmplementeerd. Veel van deze veranderingen houden zich niet lang staande (Narine & Persaud 2003). Belangrijk is daarom om meer inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn bij het borgen van veranderingen en de daaropvolgende resultaten, zodat tijdens het implementatieproces hier meer rekening mee kan worden gehouden. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen voor zorginstellingen, maar eventueel ook voor organisaties uit andere sectoren, van grote betekenis zijn.

Als casus wordt binnen dit onderzoek het project **Werken zonder Wachtlijst** op de polikliniek gebruikt. Ongeveer 120 poliklinieken hebben aan dit project deelgenomen. Sommigen hebben hierbij spectaculaire resultaten bereikt door hun toegangstijden aanzienlijk terug te brengen. In dit onderzoek worden zowel de poliklinieken onderzocht die goede of betere resultaten hebben bereikt, als de poliklinieken wiens resultaten zijn verslechterd. Onder andere worden door middel van interviews deze resultaten achterhaald en worden vervolgens geanalyseerd. Hierbij wordt bekeken in hoeverre de rol van de factor leiderschap hierbij een rol heeft gespeeld. Ook voor de poliklinieken die nog aan dit project zullen gaan deelnemen kunnen de resultaten van dit onderzoek van groot belang zijn.

1.4 Probleemanalyse

In dit onderzoek staat de volgende probleemstelling centraal:

Welke rol speelt de factor leiderschap bij duurzaam veranderen binnen het project Werken zonder Wachtlijst?

Bij de probleemstelling horen de volgende deelvragen:

- 1) Wat is er in de wetenschappelijke literatuur bekend over factoren die belangrijk zijn bij duurzaam veranderen?
- 2) Wat is de invloed van de factor leiderschap daarbij?
- 3) Wat houdt het project Werken zonder Wachtlijst in?
- 4) Welke factoren spelen een rol bij duurzaam veranderen binnen het project 'Werken zonder Wachtlijst'?
- 5) Wat is de invloed van de factor leiderschap binnen dit project?



1.5 Opbouw scriptie

Allereerst staat in hoofdstuk 2 het Theoretisch Kader centraal. In hoofdstuk 3 worden de methoden van deze scriptie behandeld. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de casus van deze scriptie, namelijk het project Werken zonder Wachtlijst, verder uitgelicht. In hoofdstuk 5 worden de resultaten besproken in een analyse. De scriptie eindigt met het hoofdstuk Discussie.



2. Theoretisch Kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op het concept duurzaam veranderen. Ook worden aan de hand van bestaande literatuur de factoren bekeken die invloed kunnen hebben op duurzaam veranderen. In de laatste paragraaf wordt een van deze factoren, namelijk *leiderschap*, verder uitgelicht.

2.2 Definitie van duurzaam veranderen

In de literatuur is ruim aandacht besteed aan het verkrijgen van kennis over het plannen, implementeren en evalueren van veranderingen in de gezondheidszorg (Pluye et al. 2004). Er is echter weinig bekend over het behouden van veranderingen, terwijl juist dit aspect cruciaal is (ibid.).

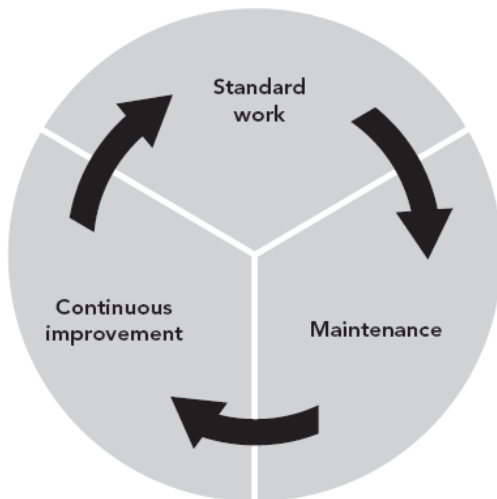
In de literatuur worden vier varianten van duurzaam veranderen genoemd (Øvretveit² 2008). De eerste heeft betrekking op het behouden van resultaten van een activiteit. De tweede variant gaat over het behouden van een project. Het gebruik van kwalitatieve methoden die zijn geleerd in een bepaald project is een derde variant. Ten slotte is er de variant die gaat over het behouden en het vergroten van de organisatiecapaciteit om de kwaliteit te verbeteren (ibid.).

Er bestaan verschillende definities voor *duurzaam veranderen* (Leger 2005). Greenhalgh et al. (2004) verstaat onder duurzaam veranderen: een verandering routine maken totdat deze is verouderd. Daarentegen spreken Pluye et al. (2004) over duurzaam veranderen wanneer het veranderingsproces binnen een organisatie continue wordt voortgezet. In dit onderzoek worden deze verschillende uitgangspunten gecombineerd wat leidt tot de volgende definitie:

“Sustainability evolves out of successful implementation and focuses on institutionalization of an intervention/program and subsequent evolution and renewal” (Julian & Kombarakaran 2006:176).

Ook MacGrath et al. (2008) zien duurzaam veranderen als een continue proces. Deze gedacht leggen zij vast in het conceptueel model te zien op de volgende bladzijde.

“Sustainability involves an ongoing improvement process. It should be a process of continuous review and improvement of health service delivery to meet a set of agreed standards. It needs to be embedded to become part of normal business for a health care organisation, not a series of one-off projects or crisis-driven reform programs” (McGrath et al. 2008:34).



Cirkel van duurzaam veranderen (McGrath et al. 2008:34)

De verandering die in de organisatie wordt geïmplementeerd moet dus een normale manier van handelen worden. Vervolgens moet deze worden op papier worden vastgelegd zodat ook nieuwe medewerkers deze werkwijze over kunnen nemen. Om ervoor te zorgen dat de nieuwe manier van werken ook wordt geborgd binnen de organisatie, is het belangrijk dat dit continue in de gaten wordt gehouden. Tenslotte is het belangrijk om ook te blijven kijken naar aspecten die nog moeten worden verbeterd. Door toenemende eisen en behoeften, maar ook door bijvoorbeeld technologische veranderingen is het belangrijk om als organisatie continue te blijven verbeteren (McGrath 2008). Dit proces is echter erg complex.

2.3 De complexiteit van duurzaam veranderen

Zoals ook al in inleiding is gezegd falen sommige veranderingen enkele tijd na implementatie doordat de organisatie de veranderingen niet aanpast aan de ontwikkelingen die plaatsvinden in de omgeving. Wanneer de omgeving van een organisatie continue onderhevig is aan veranderingen, is het voor de organisatie des te moeilijker om de veranderingen die binnen de organisatie zijn doorgevoerd te behouden (Øvretveit³ 2008). Het succes van een verandering is het resultaat van ontwerpen, leren en inpassen, zodanig dat naast het behoud van het geboekte resultaat ook een structurele basis voor toekomstige veranderingen wordt gerealiseerd (Schouten 2004:1643). Schouten (2004) noemt het ontwerpen van de verandering en het leren, met andere woorden het creëren van draagvlak, betrokkenheid en leren vermogen binnen de organisatie, belangrijke aspecten van het implementatieproces. Maar ook het concept duurzaam veranderen speelt een essentiële rol bij het succes van de verandering. Belangrijk is om na te gaan welke activiteiten effectief zijn en moeten worden gesteund, en welke resultaten moeten worden behouden (Øvretveit³ 2008).

“Ineffective quality activities waste resources and loose credibility, but may continue for some time. Continuous quality improvement means stopping ineffective quality activities as much as it means supporting effective ones” (Øvretveit³ 2008).



Er moet worden geprobeerd om de resultaten van de (effectieve) verandering te behouden, terwijl men zich ondertussen concentreert op het continue aanpassen aan veranderingen in de externe omgeving (Goodstein & Burke 1991; Heward et al. 2007). De verandering of het project moet hiervoor ook regelmatig worden geëvalueerd (Julian & Kombarakaran 2006). Na het implementeren van een verandering is het belangrijk dat de aandacht niet verslapt. Echter in de praktijk komt dit wel vaak voor. Redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld, dat er nieuwe veranderingen worden doorgevoerd en deze dus een hogere prioriteit krijgen (Øvretveit² 2008). Een andere reden is dat er niet genoeg capaciteit is om de nieuwe activiteiten te kunnen blijven uitvoeren (ibid.). Het lukt een organisatie wel om genoeg middelen te verzamelen om het project of de verandering te starten, maar ook als het project positieve resultaten boekt is het vaak moeilijk om deze middelen permanent te houden. Een ander voorbeeld waardoor verandering niet kunnen worden geborgd is dat het voor het personeel niet mogelijk is continue het werk (van de verandering) naast hun eigenlijke werk te blijven doen (ibid.). Er zijn vele factoren die ervoor kunnen zorgen dat een verandering niet kan worden geborgen binnen een organisatie. Daarentegen zijn er ook factoren die het proces van duurzaam veranderen wel op een positieve manier kunnen beïnvloeden. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

2.4 Factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen

In de literatuur wordt veel aandacht besteed aan factoren die van invloed zijn op het succesvol implementeren van veranderingen. Een van de bekendste theorieën met betrekking tot dit onderwerp is ontwikkeld door John P. Kotter (1998). In deze theorie worden acht stappen benoemd die een manager moet doorlopen om een verandering in een organisatie succesvol te kunnen implementeren. Enkele van deze stappen zijn mede van toepassing op duurzaam veranderen en hebben de potentie het creëren van een systeem gericht op het behouden van kwaliteitsverbeteringen (Øvretveit¹ 2008). Een van deze stappen heeft betrekking op creëren van een 'sense of urgency' binnen de organisatie. Wanneer medewerkers niet de noodzaak tot veranderen inzien en dus niet gemotiveerd zijn om aan de verandering deel te nemen, is de verandering gedoemd te mislukken (Kotter 1998). Ook het creëren van een sterk leidende coalitie en het ontwikkelen van een visie voor de organisatie zijn essentiële factoren voor het succesvol implementeren van een verandering (Øvretveit 2008). Tenslotte is het doorvoeren van deze visie in de organisatie, het verwijderen van obstakels, systematisch plannen en het creëren van korttermijn winsten overige belangrijke stappen die moeten worden ondernomen (Kotter 1998). Kotter (1998) benadrukt dat het tijdens het implementatieproces belangrijk is dat de verandering wordt behouden en verdere vooruitgang tot veranderen wordt gestimuleerd.

De hierboven genoemde factoren zijn van invloed op het succesvol implementeren van veranderingen. Maar misschien nog belangrijker, welke factoren zijn van invloed om deze veranderingen ook te borgen binnen een organisatie? Het *creëren van een eenduidige missie en doelen* wordt als factor regelmatig genoemd (Schouten 2004; Julian & Kombarakaran 2006). Op deze manier wordt de inhoud van een verandering duidelijk gemaakt binnen de organisatie (Julian & Kombarakaran 2006). Bij het opstellen van de doelen is het van belang dat goed wordt nagegaan of



deze haalbaar zijn (ibid.). Hierbij is het stellen van doelen die op korte termijn moeten worden behaald, een goede oplossing (Kotter 1998). De verandering levert op deze manier *zichtbaar resultaat*, ook een belangrijke factor die van invloed is op duurzaam veranderen (Schouten 2004). Medewerkers in de organisatie zien de (positieve) uitkomsten van een verandering en blijven hierdoor betrokken bij het proces (Kotter 1998). Ook is de kans klein dat de aandacht voor de verandering verslapt. *Verslapping van aandacht* wordt in de literatuur als factor aangeduid die invloed kan zijn op een terugval van een veranderingsproces (Schouten 2004). Dit punt werd al eerder in deze scriptie behandeld. Door onder andere concurrentie, maar ook door de invoering van andere veranderingen binnen de organisatie, wordt er minder aandacht besteed aan de (vorige) verandering). Belangrijk is dus dat er *motivatie* is onder de medewerkers bij het doorvoeren van een verandering in een organisatie (Greenhalgh et al. 2004). Het stellen van korttermijn doelen en daarmee het zichtbaar maken van de (positieve) uitkomsten van de verandering zijn aspecten die van invloed kunnen zijn op de motivatie van medewerkers. Maar ook de *rol van een positieve (verbeter) cultuur* is een belangrijke factor (Schouten 2004). Wanneer er binnen een organisatie niet negatief wordt gekeken naar het doorvoeren van veranderingen zal de motivatie van de medewerkers bij een veranderingsproces ook hoger zijn. Dus niet alleen de verandering zelf is belangrijk, ook de invloed die de verandering heeft op het denken en handelen van medewerkers is van belang (Schouten 2004:1643).

Het *geven van feedback* is ook een belangrijke factor die van invloed is op duurzaam veranderen (Greenhalgh et al. 2004). Door het verkrijgen van gedetailleerde en tijdige informatie over de impact van het implementatieproces, neemt de kans op duurzaam veranderen toe (ibid). Informeren, communiceren en (periodiek) blijven meten is van hierbij van essentieel belang (Schouten 2004:1643).

Schouten (2004) stelt dat er pas sprake is van duurzaam veranderen wanneer de nieuwe manier van werken (dus de verandering) een geïntegreerd onderdeel is van het normale handelen. Hier moet het echter niet bij blijven. Wanneer eenmaal de verandering is verankerd in de dagelijkse praktijk is het belangrijk dat men continue rekening houdt met externe ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de verandering (Julian & Kombarakaran 2006). Een flexibele organisatiestructuur en het kunnen inspelen op veranderingen uit de omgeving zijn van essentieel belang bij duurzaam veranderen (Greenhalgh et al. 2004). Een organisatie moet zich *kunnen aanpassen aan de lokale context* (ibid.). Managers moeten daarom bewust zijn van de omgeving waarin zij opereren. Daarnaast moeten zij bekwaam zijn in het anticiperen en beïnvloeden van condities die mogelijk een impact kunnen hebben op de verandering (Julian & Kombarakaran 2006).



Tabel 1: Factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen

1. Leiderschap;
2. Creëren van een eenduidige missie;
3. Resultaten van de verandering zichtbaar maken;
4. Aandacht niet laten verslappen/ motiveren van werknemers;
5. Creëren van een positieve (verbeter)cultuur;
6. Feedback;
7. Mogelijkheid aanpassen aan ontwikkelingen uit externe omgeving.

Tenslotte wordt de term leiderschap in de literatuur regelmatig genoemd als factor die van invloed is bij duurzaam veranderen (Schouten 2004; Greenhalgh et al. 2004; Julian & Kombarakaran 2006). Greenhalgh et al. (2004) stelt dat wanneer leiders actief betrokken zijn bij de verandering en regelmatig overleg voeren, de kans op duurzaam veranderen relatief groot is. Maar ook Schouten (2004) gaat ervan uit dat vooral continue en zichtbare aandacht, monitoring en bijsturing vanuit het (top)management een grote invloed heeft op duurzaam veranderen. De term leiderschap is echter een zeer breed fenomeen. Wat wordt hier eigenlijk onder verstaan en in hoeverre speelt deze factor een rol bij duurzaam veranderen? In de volgende paragrafen wordt, met behulp van de andere factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen, hier verder op ingegaan.

2.5 De factor leiderschap

Leiderschap wordt in de literatuur vaak als een belangrijke factor aangeduid bij het succesvol kunnen implementeren van veranderingen binnen een organisatie. Zoals in de vorige paragraaf is gezegd benoemd Kotter (1998) in een van zijn bekendste wetenschappelijk artikelen een aantal factoren die leiden tot mislukken van pogingen tot veranderen. Een zwak en krachteloos leiderschap is een belangrijke factor hierin (Kotter 1998). Voordat de koppeling kan worden gemaakt tussen duurzaam veranderen en de factor leiderschap is het belangrijk om het begrip leiderschap duidelijk te definiëren. Thomas (2003) zegt het volgende over de term leiderschap:

Even in everyday usage the term 'leadership' is ambiguous. It is used to refer to the holders of certain formally defined positions in an organization, as when speaking of 'the party leadership' or 'the union leadership'. But it is also used to denote a particular type of behaviour; when someone is commended for displaying 'outstanding leadership' it is their actions of leadership (Thomas 2003:164).

Leiderschap wordt vaak geassocieerd met de mate van invloed die degene heeft binnen de organisatie (Thomas 2003). In de literatuur worden twee verschillende stijlen van leiderschap onderscheiden: *Transformational* & *Transactional leadership* (MacPhee 2007; Schwartz & Tumblyn 2002). 'Transformational' leiders staan bekend om hun charisma, sociale vaardigheden en inhoudelijke kennis (Moen et al. 2000). Zij hebben het vermogen om medewerkers te inspireren en ze



te overtuigen dat de voorgestelde verandering haalbaar is (MacPhee 2007). “Transactional leadership is a relationship of mutual dependence in which the contributions of each party are recognized and, often, goals are met and rewards are delivered” (Schwartz & Tumblyn 2002:406). ‘Transactional’ leiders zorgen voor structuur in een omgeving die continue verandert en duidelijkheid met betrekking tot taken en verantwoordelijkheden in de organisatie (MacPhee 2007). Beide stijlen van leiderschap zijn van belang bij zowel het implementeren van veranderingen als duurzaam veranderen (ibid.).

Ook kan leiderschap voorkomen in verschillende lagen van een organisatie. Leiderschap kan plaatsvinden in de top van de organisatie, bijvoorbeeld bij de Raad van Bestuur, maar ook in het middenkader of nog dichterbij de werkvloer, vanuit de professionals zelf. Dit laatste wordt ook wel klinisch leiderschap genoemd (MacGrath 2008). Bij duurzaam veranderen kan klinisch leiderschap volgens McGrath (2008) een belangrijke rol spelen omdat op deze manier de professionals nog meer betrokken worden bij de verandering. Ook Neath (2007) stelt dat leiderschap essentieel is bij het borgen van veranderingen in een organisatie. In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de rol van leiderschap bij duurzaam veranderen.

2.6 Koppeling duurzaam veranderen en de factor leiderschap

Zowel bij het implementeren van veranderingen als bij duurzaam veranderen speelt leiderschap een grote rol. Kotter (1998) geeft aan dat een verandering absoluut geen succes tot slagen heeft zonder een sterk leidende coalitie, laat staan tot het behouden van de verandering. Overige factoren die van invloed kunnen zijn op het succes van een implementatieproces, maar ook van duurzaam veranderen, hangen in zekere mate samen met de factor leiderschap.

De eerste factor die is genoemd die invloed kan hebben op duurzaam veranderen (zie paragraaf 2.3) is het creëren van een eenduidige missie. Schouten (2004:1644) noemt het creëren van een klimaat van psychologische veiligheid in de onderlinge (inter)acties en het communiceren van een aansprekende visie aspecten die horen bij leiderschap. Ook Pfeifer et al. (2005) stelt dat een sterke leider essentieel is bij het ontwikkelen van een visie voor de organisatie. Kenmerken als autoriteit, expertise en geloofwaardigheid zijn hierbij van groot belang (Pfeifer et al. 2005). In het geval van duurzaam veranderen is het ook belangrijk dat het management van de organisatie duidelijke doelen stelt bij de veranderingen.

“This requires management to engage and challenge staff with *stretch goals* (ambitious goals that stimulate staff beyond their current achievements), set the parameters for acceptable solutions, ensure strategies are implemented within set timeframes and budgets, monitor performance, and reward success” (McGrath et al. 2008:32).

Doordat het management dus duidelijk doelen koppelt aan de verandering wordt het besef gecreëerd bij medewerkers dat de verandering van groot belang is (McGrath et al. 2008). Op deze manier kan ook weerstand bij medewerkers worden tegengegaan. Ook het laten zien welke positieve effecten



veranderingen met zich mee is een taak van het management. Deze twee factoren staan in relatie met de derde factor, namelijk de motivatie van de medewerkers en daarmee het behouden van de aandacht voor de verandering. Indien werknemers geen positieve houding aannemen ten opzichte van de verandering zal de het implementatieproces van de verandering falen (Kotter 1998). Het bevorderen en gericht ondersteunen van de bereidheid tot en competenties voor veranderingen, organisatiebreed en individueel, is ook een taak van de leidende coalitie (Schouten 2004:1644). Dus ook het gemotiveerd houden van de werknemers, de aandacht niet laten verslappen, hoort bij het leiderschap. Uit onderzoek is gebleken dat 70% van alle projecten hun veranderingen niet kunnen behouden doordat werknemers niet goed bij het proces worden betrokken (Miller 2004).

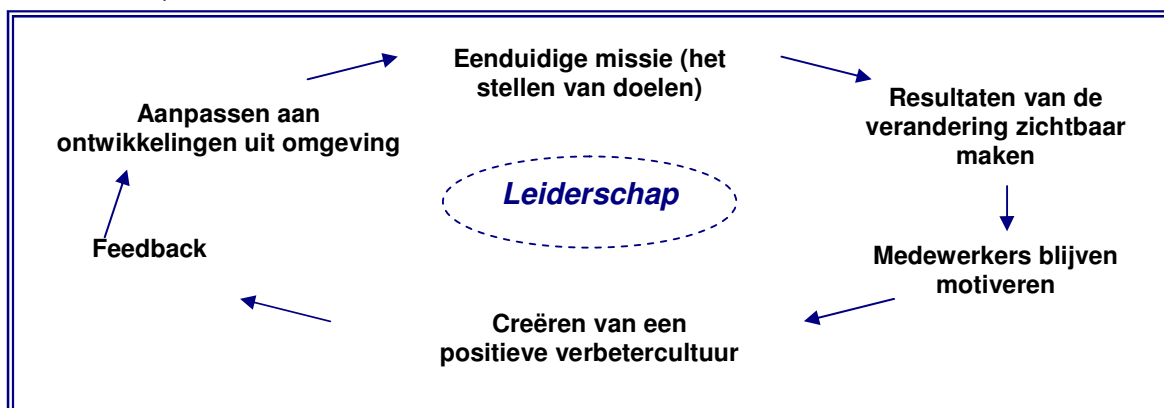
“Leaders’ credibility is undermined as the “over-promise and under-deliver” through a lack of realism, discipline and competency, around the challenges of implementing major change” (Miller 2004:9).

Het creëren van een positieve verbetercultuur hangt ook hier mee samen. Narine & Persaud (2003) zeggen dat leiders invloed op deze cultuur kunnen uitoefenen door de structuur van de organisatie, besluitvormingsprocessen, taken en verantwoordelijkheden van werknemers, informatiesystemen en managementprocessen hierop aan te laten sluiten.

Maar ook de laatste factor, het kunnen aanpassen aan ontwikkelingen uit de externe omgeving, staat in relatie tot de factor leiderschap. Zoals al eerder in paragraaf 2.3 is gezegd moeten managers bewust zijn van de omgeving waarin zij opereren (Julian & Kombarakaran 2006). Leiders hebben de taak om invloeden vanuit de omgeving in de gaten te houden, eventueel hier op in te kunnen spelen of te beïnvloeden (ibid.).

Aan de hand van de literatuur kan worden geconcludeerd dat de factor leiderschap een overheersende invloed heeft op duurzaam veranderen. Interessant is om te bekijken of ook bij het project *Werken zonder Wachtlijst* dezelfde conclusie kan worden getrokken.

Tabel 2: Conceptueel model





3. Methodologie

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de methoden en technieken besproken die tijdens dit onderzoek zijn toegepast. Ook wordt er een korte omschrijving gegeven van de data. Het hoofdstuk eindigt met een paragraaf waarin de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek worden behandeld.

3.2 Onderzoeksstrategie

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een *kwalitatieve onderzoeksstrategie*. In dit onderzoek wordt namelijk bekeken welke factoren van invloed zijn op duurzaam veranderen. Het in beeld brengen van deze factoren gebeurt op een globale en explorerende wijze omdat op deze manier de factoren op een objectieve manier kunnen worden achterhaald. Het gebruik van kwalitatief onderzoek is hierdoor het meest logisch (Creswell 2003). Allereerst is met behulp van een literatuurstudie een begin gemaakt voor het onderzoek naar factoren die van invloed zijn bij duurzaam veranderen. Vervolgens is er voor gekozen om informatie te verzamelen bij poliklinieken die deelnemen aan het project **Werken zonder Wachtlijst**. Aan dit project hebben ongeveer 120 poliklinieken deelgenomen met als doel de toegangstijden van de polikliniek te minimaliseren. Hierbij gaat het om een goede afstemming van vraag en aanbod op de polikliniek. Voor dit onderzoek zijn alleen poliklinieken benaderd die destijds de toegangstijd hebben weten te verkorten met minimaal 30 procent. De kwantitatieve gegevens zullen op een kwalitatieve manier worden onderzocht (deze worden geïnterpreteerd). Vervolgens zullen voor dit onderzoek ongeveer 9 tot 12 face-to-face interviews worden afgenomen onder drie teams. Per team zal bijvoorbeeld het hoofd van de afdeling, een arts en een teamleider (en eventueel een kwaliteitsmedewerker) worden geïnterviewd, dit zal per polikliniek verschillen. In het kader van dit onderzoek zal in ieder geval van elke polikliniek een leidinggevende of het hoofd van de afdeling worden geïnterviewd. Dit om te kunnen achterhalen op welke wijze zij leiding geven en zij zelf vertellen op welke manier zij zijn betrokken bij het laag houden van de toegangstijden op de polikliniek. Ook zal worden geprobeerd om op elke polikliniek een arts te interviewen, dit aangezien zij veelal een belangrijke rol hebben op de afdeling.

De interviews bevatten een semi-gestructureerde vorm. De interviews zullen namelijk een aantal standaardvragen bevatten maar er zal ook de mogelijkheid blijven om specifiek in te gaan op de factor leiderschap binnen de organisatie. Er blijft ook voldoende ruimte voor doorvraagmogelijkheden.

3.3 Data

In dit onderzoek zal dus voornamelijk gebruik worden gemaakt van kwalitatieve gegevens. Voordat de interviews kunnen plaatsvinden, zal er een selectie onder de deelnemende teams moeten worden gemaakt op basis van kwantitatieve gegevens, namelijk de toegangstijden van de poliklinieken. Deze toegangstijden worden op een bijzondere manier gemeten. Hierbij gaat het om het aantal dagen tussen de dag waarop gemeten wordt en de dag waarop de derde beschikbare afspraakmogelijk (in kalenderdagen) is voor nieuwe en controle patiënten per specialist. Op basis hiervan wordt het



gemiddelde van alle specialisten berekend (Meetplan Werken zonder Wachtlijst 2004). Tijdens de telefonische interviews zal er naar de oude en nieuwe toegangstijden worden gevraagd, maar ook naar de actuele toegangstijd van de betreffende polikliniek.

3.4 Validiteit en Betrouwbaarheid

Om de interne validiteit van het onderzoek te waarborgen is er veel verschillende data (documenten, telefonische interviews, face-to-face interviews en kwantitatieve gegevens) verzameld en geanalyseerd, ook wel *datatriangulatie* genoemd (Creswell 2003). Zo worden er binnen één team verschillende personen geïnterviewd en wordt er dus gebruik gemaakt van verschillende ervaringen en visies van respondenten. Daarnaast wordt er in dit onderzoek geprobeerd zo consequent mogelijk begrippen worden toegepast om op deze manier de interne validiteit van het onderzoek zo goed mogelijk te kunnen waarborgen.

In dit onderzoek zal ook gebruik worden gemaakt van uitwerkingen van interviews van andere onderzoekers. Zij zullen dezelfde standaardvragen stellen tijdens de face-to-face interviews met andere poliklinieken als in dit onderzoek. Door de uitwerkingen van deze interviews met elkaar uit te wisselen wordt er geprobeerd een zo groot en representatief mogelijke steekproef te creëren. Ook doordat er verschillende respondenten (hoofd afdeling, arts etc.) worden geïnterviewd zal er in grote mate sprake zijn van een representatieve steekproef zodat ook de externe validiteit in dit onderzoek gewaarborgd zal worden. Tenslotte wordt ook geprobeerd een kritische vergelijking te maken met de bestaande literatuur over duurzame veranderingen en met leiderschap als invloedrijke factor, ondanks dat hier nog weinig onderzoek naar is gedaan.

Om ook de interne betrouwbaarheid te verhogen zijn hebben verschillende onderzoekers, onder andere aan de hand van standaard vragen, face-to-face interviews afgenomen en uitgewerkt. Doordat iedere onderzoeker een eigen onderzoek uitvoert is het lastig om bevindingen met elkaar te bespreken. Wel wordt relevante literatuur met betrekking tot het onderwerp met elkaar uitgewisseld zodat iedere onderzoeker zo veel mogelijk data tot zijn of haar beschikking heeft. Door het uitwisselen van data (en deze wordt ook op een vergelijkbare manier verzameld) heeft iedere onderzoeker genoeg en de juiste data verzameld wat de interne betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komt.

In dit onderzoek wordt geprobeerd de setting van het onderzoek zo specifiek mogelijk te beschrijven. Ook zal duidelijk worden gemaakt op welke manier de data in het onderzoek is geïnterpreteerd om de externe betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen.



4. Het project Werken zonder Wachtlijst

4.1 Inleiding

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (Centraal Begeleidings Orgaan) is in 2002 gestart met de pilot voor het project Werken zonder Wachtlijst, als gevolg van een opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het hoofddoel van dit project is om de toegangstijd van de deelnemende poliklinieken van dit project te verlagen aan de hand van een aantal logistieke principes (CBO 2004). In 2003 zijn acht poliklinieken uit acht verschillende ziekenhuizen gestart met het officiële project Werken zonder Wachtlijst (serie 1). Activiteiten binnen dit project bestonden uit conferenties, informatiebijeenkomsten en intervisieochtenden- en middagen (ibid.). Daarnaast werden gedurende het project bij alle teams regelmatig metingen uitgevoerd. Niet alleen de hoofddoelstelling werd hierbij gemeten (toegangstijd: derde beschikbare afspraak), ook hadden alle teams voor zichzelf subdoelstellingen bepaald en afhankelijk van de subdoelstelling werd ook hiervoor metingen uitgevoerd. Voorbeelden van aspecten die werden gemeten zijn het aantal 'no shows' (patiënten die niet komen opdagen op de afspraak), de dagelijkse vraag naar consulten en het dagelijks aantal werkelijk verrichte consulten (ibid.).

“Deze metingen zijn cruciaal gebleken om voldoende inzicht te krijgen in de logistiek van de polikliniek, om de gehele polikliniek bij het project te betrekken, maar ook voor bewustwording” (CBO 2004:5).

De doelstellingen die de poliklinieken hadden opgesteld moesten daarom ook SMART (Specifiek, Meetbaar, Ambitieuw, Resultaatgericht en Tijdgebonden) geformuleerd worden om goed te kunnen meten. In de beginfase van het project was het allereerst belangrijk dat de betreffende polikliniek zou gaan aanleren om op een andere manier te kijken naar de zorg die zij leveren. Hierbij gaat het vooral om het bewust zijn van een evenwicht te creëren tussen het zorgaanbod op de polikliniek en de vraag naar zorg van buitenaf (CBO 2004). Vervolgens kunnen de principes van het project Werken zonder Wachtlijst in de praktijk worden toegepast. In de volgende paragraaf worden een aantal van deze principes verder uitgelicht.

4.2 Principes en maatregelen van Werken zonder Wachtlijst

Zoals ook al in de vorige paragraaf is verteld is het project Werken zonder Wachtlijst gebaseerd op een aantal logistieke principes. In deze paragraaf worden deze principes behandeld. Ook worden de maatregelen van het project Werken zonder Wachtlijst doorgenomen. Het eerste en belangrijkste principe van het project Werken zonder Wachtlijst is in de vorige paragraaf ook al ter sprake gekomen en dat is dat een stabiele toegangstijd duidt op evenwicht tussen het zorgaanbod en de vraag naar zorg. Is er dus geen sprake van een capaciteitstekort, anders zou de toegangstijd verder moeten oplopen. Een (stabiele) toegangstijd van vijf weken op een polikliniek zou dus door het maken van een inhaalslag, in een bepaalde tijd extra patiënten zien, moeten kunnen worden verlaagd. Hieraan kunnen echter wel nadelen aan zitten. Er bestaat de kans dat, indien in de regio de toegangstijd bij



hetzelfde specialisme hoog blijft, huisartsen en andere verwijzers steeds meer gaan verwijzen naar de polikliniek waarbij de toegangstijd is gedaald. Er is dus sprake van een aanzuigende werking. De vraag naar zorg stijgt en hierdoor is er geen evenwicht meer tussen de vraag naar zorg en het zorgaanbod.

1	Een stabiele wachttijd betekent geen capaciteitstekort (evenwicht vraag & aanbod).
2	Uitstel betekent meer werk. Motto: 'doe het werk van vandaag vandaag'.
3	Minimaliseren van het aantal wachtrijen.
4	Minimaliseren van de herhaalfactor.
5	Maximaliseren van het aantal patiënten dat per specialisme poliklinische zorg kan ontvangen, zonder harder te gaan werken.
6	Het minimaliseren van de fluctuatie in aanbod.
7	Anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod.

Het tweede principe is gebaseerd op het motto: 'doe het werk van vandaag ook vandaag'. Stel geen werkzaamheden uit ook al zijn deze minder urgent. Hoe langer werk namelijk wordt uitgesteld, hoe meer werk het oplevert. Het minimaliseren van het aantal wachtrijen is het derde principe van het project. "Een uitwerking van het derde principe is dat triage gebaseerd op tijd (urgentie) poliklinisch geen toegevoegde waarde heeft en zoveel mogelijk vermeden moet worden" (CBO 2004:11).

Het vierde principe van het project heeft te maken met de zogenaamde *herhaalfactor*. Dat wil zeggen: het aantal controleafspraken ten opzichte van het aantal eerste afspraken (CBO 2004). Door het aantal controleafspraken te verminderen, ontstaat er meer ruimte om nieuwe patiënten te kunnen ontvangen op de polikliniek. Er zijn een paar maatregelen die kunnen worden genomen om de herhaalfactor te verkleinen. De eerste maatregel wordt patiënt gestuurde zorg genoemd, ook wel patient initiated care. Dit houdt in dat de patiënt alleen op een controlebezoek komt als hij of zij klachten heeft, in plaats van een standaard controle om de bijvoorbeeld drie maanden. Een tweede maatregel is om de standaard controles te houden maar het interval tussen de controles te verlengen, bijvoorbeeld van drie naar vijf maanden. Deze maatregelen kunnen alleen worden doorgevoerd indien de toegangstijd op de polikliniek ook werkelijk is verkort. Dit betekent dat indien iemand klachten krijgt, hij of zij niet alsnog lang moet wachten om langs te kunnen komen bij de arts.

Het maximaliseren van het aanbod van de polikliniek zonder harder te gaan werken is het vijfde principe van het project Werken zonder Wachtrijst. Dit kan worden bereikt door meer taken van de arts over te hevelen naar bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen of assistenten. Ook kan het houden van meer telefonische consulten een bijdrage leveren aan het vergroten van het aanbod op de polikliniek. Het zesde principe is het minimaliseren van de fluctuatie in het aanbod op de polikliniek.



Dit is makkelijk te beïnvloeden (CBO 2004). Door het zorgaanbod constant te houden is de kans op een grotere toegangstijd kleiner. Maatregelen die hierop van toepassing zijn is de regel stellen dat artsen hun spreekuren niet binnen bijvoorbeeld zes weken mogen afzeggen. Ook is het verstandig om bij het plannen van vakanties van artsen rekening te houden met eventuele fluctuaties in de zorgvraag. Het is echter wel lastig om dit voortijdig te kunnen bepalen.

Het laatste principe is het anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod. Zo kunnen controleafspraken worden gepland op rustige tijden en niet op hele drukke dagen.

1	Afspraak planning op basis van een realistische in- schatting 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.
5	Het reduceren van no-shows door: * betere telefonische bereikbaarheid. * door patiënten te laten bellen wanneer zij vinden dat een vervolgspraak nodig is (patient-initiated care)
6	Het minimaliseren van het aantal wachtrijen. Mogelijk door in het afsprakensysteem te werken met zo weinig mogelijk vaste plekken.
7	Afspreken dat binnen een bepaalde periode (bijvoorbeeld 6 weken) een poli niet mag worden afgezegd door specialisten.
8	Afspraken niet lang vooruit plannen.
9	Anticiperen op fluctuaties (schommelingen) in de vraag naar afspraken: * Het plannen van controle afspraken in rustige periodes. * Het plannen van extra poli's in drukke periodes.

Door middel van het invoeren van een aantal maatregelen kunnen de principes worden bereikt. Zo werd eerder al als voorbeeld gegeven dat het delegeren van taken van de arts naar een gespecialiseerde verpleegkundige ervoor zorgt dat het vijfde principe (maximaliseren van het aanbod van de polikliniek zonder harder te gaan werken) kan worden bereikt.

Destijds hebben deze maatregelen tot enorme goede resultaten geleid bij een aantal poliklinieken. Bijna alle deelnemende poliklinieken hebben de toegangstijd met 60 procent of meer kunnen verminderen (CBO 2004). Door het verminderen van de toegangstijd hebben een aantal poliklinieken bijvoorbeeld ook de 'no show' kunnen verminderen, is de tevredenheid onder patiënten en medewerkers sterk vergroot en is de herhaalfactor verminderd. In dit onderzoek worden drie poliklinieken onder de loep genomen die destijds de toegangstijd hebben weten te verkorten met meer dan 30 procent.



5. Analyse

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten die uit de verschillende interviews op de drie poliklinieken naar voren zijn gekomen, besproken. In iedere paragraaf staat één bepaalde polikliniek centraal. Als eerste wordt polikliniek A (Reumatologie) behandeld. Vervolgens worden de resultaten van polikliniek B (KNO) en polikliniek C (Neurologie & Neurochirurgie) besproken.

5.2 Toegangstijden van de drie poliklinieken

In deze paragraaf wordt een kort overzicht gegeven van de toegangstijden van voor en na het project. Maar ook is te zien hoe hoog de toegangstijden momenteel zijn op de poliklinieken.

Tabel 5: Toegangstijden van de poliklinieken

	Toegangstijd					
	<i>Voor het project</i>		<i>Na het project</i>		<i>Nu</i>	
	Controle	Nieuwe	Controle	Nieuwe	Controle	Nieuwe
Polikliniek A	10 weken	5 weken	4 weken	7 weken	5 werkdgn	6 weken
Polikliniek B	10 weken	6 weken	1 week	3 weken	2 weken	6 weken
Polikliniek C	8-10 weken	8-10 weken	1-2 weken	1-2 weken	2 weken	2 weken

Uit de tabel is af te lezen dat bij de polikliniek Reumatologie de toegangstijd voor controlepatiënten nog verder omlaag is gebracht maar dat de toegangstijd voor nieuwe patiënten nog hoog is. De toegangstijden voor controlepatiënten bij polikliniek B (KNO) is weer iets toegenomen alleen nog steeds relatief laag in vergelijking met de toegangstijd voor deelname aan het project Werken zonder Wachtlijst. De toegangstijd voor nieuwe patiënten op de poli is echter weer hetzelfde als voor het project, namelijk 6 weken. Polikliniek C, Neurologie & Neurochirurgie, is de enige polikliniek waarbij de toegangstijden enigszins gelijk zijn gebleven.

5.3 Polikliniek A: Reumatologie

In deze paragraaf worden de resultaten van polikliniek A (Reumatologie) besproken. Allereerst wordt een korte beschrijving gegeven van de polikliniek. Vervolgens komen aspecten aan bod komen zoals de aandacht die momenteel wordt geschonken aan de toegangstijd op de polikliniek, de sterke rol van de specialist hierin en de externe factoren die van invloed zijn op de toegangstijd van de polikliniek. Ook komt het project Werken zonder Wachtlijst aan bod en wordt het aspect leiderschap behandeld. De paragraaf wordt afgesloten met een subparagraaf waarin kort de resultaten met betrekking tot deze polikliniek zijn samengevat.



5.3.1. Omschrijving van de polikliniek

De afdeling bestaat uit zes reumatologen, vijf arts-assistenten en een reumaverpleegkundigen, en is gevestigd in een academisch ziekenhuis. De academische setting waarin de afdeling zich bevindt heeft als gevolg dat zij zich naast de reguliere patiëntenzorg ook bezighouden met taken op het gebied van onderwijs en onderzoek. De polikliniek heeft in de periode van september 2002 tot november 2003 deelgenomen aan het project werken zonder Wachtnlijst. In de beginfase van het project was de toegangstijd op de polikliniek voor controlepatiënten ruim tien weken en voor nieuwe patiënten lag de toegangstijd op ongeveer vijf weken. Het doel was om met behulp van het project Werken zonder Wachtnlijst de toegangstijd voor iedere (zowel nieuwe als controle) patiënt terug te brengen naar vijf werkdagen. Naast deze hoofddoelstelling had de polikliniek nog enkele subdoelstellingen:

- 1) Adequaet en efficiënt invullen van de polikliniektijd, zonder overboekingen;
- 2) Bufferspreekuren alleen gebruiken in geval van nood;
- 3) Gebruik van e-mail contact met de patiënt (zodat hierdoor het telefoonverkeer afneemt);
- 4) Patiënten zoveel mogelijk door hun eigen arts worden gezien;
- 5) Brieven over nieuwe patiënten moeten binnen 14 dagen naar de verwijzer zijn verstuurd.

De toegangstijd voor nieuwe patiënten (aan het begin van het project was deze dus 10 weken) is door artsen geprobeerd te laten afnemen door middel van gedurende enkele maanden extra patiënten te zien. Onderzocht was namelijk dat vraag en aanbod op de polikliniek in evenwicht was en dus een dergelijke inhaalslag de toegangstijd op de polikliniek zou moeten kunnen verlagen. De toegangstijd liep daarentegen nog verder op te lopen.

“De verklaring is te vinden in de toegangstijden voor nieuwe patiënten bij de andere poliklinieken reumatologie in de regio ten tijde van het wegwerken van de toegangstijd en de ingevoerde patiëntenstop bij een van deze poliklinieken” (CBO 2004).

Er was sprake van een toename in de vraag van maar liefst 25 procent. Door een tekort aan reumatologen in de regio en de verkorte toegangstijd op de polikliniek was er sprake van een aanzuigende werking van patiënten. Dit alles leidde tot frustraties bij medewerkers omdat zij ondanks al het extra werk, geen positieve resultaten constateerden met betrekking tot de toegangstijd op de polikliniek maar deze juist nog verder toenam. Als oplossing hiervoor is daarom een regiobeleid gehanteerd om daarmee de instroom van nieuwe patiënten te beperken tot de productieafspraken. Gedurende het hele project is deze maatregel van kracht geweest. In de volgende tabel staan alle maatregelen die zijn genomen om de toegangstijd op de polikliniek omlaag te brengen.



Tabel 6: Interventies van de polikliniek Reumatologie

- | | |
|----------|---|
| 1 | Wekelijks checken of er voor de komende week nog lege plaatsen zijn en die actief vullen. |
| 2 | Inzet van de verpleegkundig reumaconsulent |
| 3 | Uniformeren controlebeleid door reumatologen |
| 4 | Inzet extra spreekuren |
| 5 | Invoering regiobeleid |
-
-

Het uniformeren van het controlebeleid door reumatologen heeft te maken met dat de wijze van controle per arts sterk verschilde. Tijdens het project zijn bijeenkomsten georganiseerd waarbij alle reumatologen aanwezig waren. In de bijeenkomsten is gewerkt aan het uniformeren van het controlebeleid en dit vast te laten leggen in protocollen. Deze interventie hangt samen met Werken zonder Wachtlijst principe dat de herhaalfactor wordt geminimaliseerd. De ene arts liet een patiënt een keer in de drie maanden op controle komen en de andere arts maakte een afspraak om de vijf maanden. Bij het uniformeren van het controlebeleid is ook over dit onderwerp gesproken, zodat artsen dezelfde herhaalfactor zouden gaan toepassen. De tweede interventie, de inzet van de verpleegkundig reumaconsulent, is gekozen om op deze manier een gedeelte van de consultants door de reumaconsulent uit te laten voeren en hierdoor de druk op de toegangstijd voor artsen te doen verminderen. Tenslotte is gekozen om te gaan anticiperen op voorspelbare fluctuaties in de zorgvraag. Wanneer een arts op vakantie gaat moeten er extra spreekuren worden gedraaid om de eventuele opgelopen toegangstijd weg te werken.

Gedurende het project Werken zonder Wachtlijst is iedere week de toegangstijd (derde beschikbare afspraak) op de polikliniek gemeten. Aan het einde van het project (november 2003) is de toegangstijd gemiddeld met 40 procent verminderd. Voor controlepatiënten is de toegangstijd van ruim 10 weken teruggebracht naar ongeveer 4 weken. De toegangstijd voor nieuwe patiënten was aan het begin van het project ongeveer vijf weken en aan het einde van het project was deze opgelopen naar ongeveer 7 weken.

Het doel van het project Werken zonder Wachtlijst, dus het terugbrengen van de toegangstijd voor zowel controle als nieuwe patiënten naar vijf werkdagen, is niet gehaald. Wel is er bij de controlepatiënten sprake van een sterke afname in de toegangstijd. Aan het einde van het project waren voornamelijk de verschillen in toegangstijden tussen verschillende reumatologen erg duidelijk. Bij de eindevaluatie van het project met de zes reumatologen en enkele arts-assistenten kwam daarom ook naar voren dat niet alle artsen de voorgestelde interventies allemaal in dezelfde mate toepassen. Zo gebruikten niet alle artsen de inzet van de reumaconsulent en draaiden ook niet alle artsen een extra spreekuur tijdens vakantie- en onderwijsperiodes. Tenslotte was er vanuit de polikliniek wel de interesse voor een extra interventie, namelijk het concept patiënt gestuurde zorg, ofwel patient initiated care. Dit betekent dat patiënten geen vaste controleafspraak meer maken maar zelf bellen voor een afspraak indien er klachten optreden. Hierbij is het echter wel belangrijk dat de



polikliniek binnen korte tijd de patiënt een afspraak kan aanbieden. Het werkelijk doorvoeren van deze interventie zou wellicht in de toekomst konden worden toegepast.

5.3.2 Aandacht voor de toegangstijden op de polikliniek

Voor het onderzoek zijn het clusterhoofd en een reumatoloog van deze afdeling geïnterviewd. De reumatoloog is sinds 2001 werkzaam op de polikliniek en heeft het project Werken zonder Wachtlijst actief meegemaakt. Zij was hierbij ook projectgroep lid. Dit in tegenstelling tot het clusterhoofd, zij is sinds drie jaar werkzaam op de polikliniek. Het project is destijds op de polikliniek ingevoerd om de toegangstijd voor zowel nieuwe als controle patiënten te verkorten. Het doel om voor beide type patiënten een toegangstijd te hanteren van vijf werkdagen wordt niet meer nagestreefd. Alleen voor controlepatiënten bestaat nog het doel om de toegangstijd op vijf werkdagen te houden. Voor nieuwe patiënten is geen doel omtrent de toegangstijd vastgesteld.

Sinds de start van het project werd tot dit jaar één keer per maand de toegangstijd (derde beschikbare afspraak) gemeten. Doordat onder andere het programma om te meten niet meer werkt, vindt het meten van de toegangstijd momenteel niet meer plaats. Wel geeft het clusterhoofd aan dat ze de toegangstijd in de gaten houdt door één keer in de maand aan de secretaresse te vragen binnen hoeveel dagen een nieuwe en controle patiënt op de polikliniek terecht kan. De secretaresse kijkt in het afsprakensysteem wanneer de derde beschikbare plaats is voor een patiënt.

“Je krijgt er gevoel voor, weet wat de wachttijden zijn, dit wordt bevestigd door cijfers. Omdat je er niet meer op gaat sturen, geen maatregelen meer hoeft te nemen, zijn mensen er ook niet meer geïnteresseerd in” (Clusterhoofd Reumatologie 2008).

Volgens de reumatoloog staat de toegangstijd momenteel niet hoog op de agenda. Sommige mensen hebben er volgens haar duidelijk oog voor, alleen is men er niet actief mee bezig. Medewerkers op de polikliniek worden niet gestimuleerd om zich actief in te zetten om de toegangstijd laag te houden. De enige stimulans is dat wanneer artsen naast hun normale werkzaamheden tijd overhouden, zij deze tijd zelf mogen besteden aan activiteiten die zij leuk vinden, zoals onderzoek. Opvallend is dat er een variatie in toegangstijden is tussen reumatologen. Enkele reumatologen hebben een zeer hoge toegangstijd. Bij deze artsen lijkt er geen urgentiegevoel (er is geen stimulans) te zijn om deze toegangstijd te verkorten.

“Een aantal reumatologen hebben het idee, en ik weet niet of het waar is, dat hun patiënten goede zorg krijgen en ook op tijd. Zelf denk ik dat het lekkerder werken is als je niet zo vol spreekuur hebt, of dat je zelf wat meer grip krijgt op de logistiek. Zij hebben echter het idee dat het goed gaat en dat de patiënten tevreden zijn” (Clusterhoofd Reumatologie 2008).



Het clusterhoofd van de afdeling geeft aan dat ook niet wordt geprobeerd om dit urgentiebesef bij de reumatologen te gaan creëren. Volgens haar zijn er ook andere belangrijke zaken en is het van belang dat je daarin een keuze maakt.

5.3.3 Het project Werken zonder Wachtlijst

Het project kwam destijds niet volledig van de grond, omdat het tekort aan reumatologen in de regio overheerste. Deze factor had een enorme invloed op de toegangstijd voor nieuwe patiënten tot de polikliniek. Toch zien zowel het clusterhoofd als de reumatoloog het project als geslaagd, ook al zijn de doelen nooit echt gehaald. De reumatoloog noemt het project geslaagd omdat ze er wel op vooruit zijn gegaan, alleen valt er volgens haar nog zeer veel te verbeteren. Door het project werd volgens beiden een bepaalde bewustwording gecreëerd ten aanzien van de toegangstijd op de polikliniek, het gevoel dat je invloed kan hebben op de toegangstijd en hierop kan inspelen. Er was niet alleen aandacht voor de toegangstijd van de polikliniek, maar is was ook veel aandacht voor het zorgproces. De reumatoloog ervaart vooral dit laatste als zeer positief. Medewerkers op de polikliniek krijgen meer inzicht in het zorgproces van de patiënt.

Uiteindelijk is de toegangstijd, met name voor controlepatiënten, sterk afgenomen. Dit gebeurde alsnog doordat er geen tekort meer was aan reumatologen. Enkele jaren na het project Werken zonder Wachtlijst is door een aantal reumatologen het concept patient-initiated care toegepast op de polikliniek, wat zichtbaar effect had op de toegangstijd. Het concept houdt in dat enkele reumatologen geen vaste controleafspraak meer maakte met de patiënt. In plaats van een vaste controleafspraak komt de patiënt pas op controle indien er klachten bij hem of haar optreden. Dat ook de toegangstijd voor nieuwe patiënten in de afgelopen jaren is afgenomen is volgens de reumatoloog niet geheel terug te voeren op de principes van het project die zijn blijven hangen. De afname heeft voornamelijk te maken met factoren uit de regio, zoals een afnemend tekort aan reumatologen in de regio.

5.3.4 Rol van de specialist

Op de polikliniek zijn in totaal zes reumatologen werkzaam. Er bestaat veel verschil in de werkwijze van deze reumatologen.

“Sommige artsen zitten in een bepaald stramien en hebben een eigen beeld over het zijn van een goede arts” (Reumatoloog 2008).

De verschillende werk- en denkwijze van de reumatologen is zichtbaar in de variatie in hoogte van toegangstijden tussen de artsen. De reumatologen met een hoge toegangstijd hebben niet het gevoel dat dit effect heeft op de kwaliteit van zorg. Zij werken al heel lang op een bepaalde wijze en zien dit als de beste methode om het beroep uit te voeren, aldus de respondent. Sommigen staan hierdoor bijvoorbeeld niet positief tegenover een nieuwe werkwijze als patiënt gestuurde zorg (ook wel *patient initiated care* genoemd). Bij patiënt gestuurde zorg wordt er geen vaste controleafspraak gemaakt maar maakt de patiënt pas een afspraak wanneer er klachten optreden. Het clusterhoofd van de



polikliniek geeft aan dat er structureel lange toegangstijden zijn bij een aantal artsen. Als MT (Management Team) is ervoor gekozen om dit ook zo te laten.

“We benaderen op een positieve manier mensen die iets anders willen en gaan hiermee aan de slag. Maar het is ook goed als mensen dit niet willen. Hier stoppen we geen energie in, want de ervaring is dat dit beter werkt” (Clusterhoofd Reumatologie 2008).

Volgens het clusterhoofd van de afdeling kost het dus veel negatieve energie om mensen die niet de nieuwe werkwijze willen volgen, toch mee te krijgen. Dat heeft ze er niet voor over. Wel wordt bij de opleiding van arts-assistenten aan de hand de nieuwe werkwijze (onder andere het concept patiënt gestuurde zorg) les gegeven, aldus het clusterhoofd. Opvallend hierbij is dat de reumatoloog juist een kanttekening zet bij het aanleren van dit nieuwe concept aan arts-assistenten. Arts-assistenten worden namelijk door verschillende artsen opgeleid en aangezien de artsen geen zelfde manier van werken hebben, worden ook de arts-assistenten geen consistente werkwijze aangeleerd.

“Dat sommige collegae een andere werkwijze hebben merk je als je even een periode de polikliniek van degene overneemt, dan denk je nou ik zou dit echt anders doen” (Reumatoloog 2008).

Het lijkt erop dat artsen die niet de nieuwe manier van werken gebruiken, ook niet worden gestimuleerd om dit wel te gaan doen door artsen waarbij de nieuwe manier van werken positieve effecten met zich mee brengt. Echt duidelijke afspraken omtrent een uniforme werkwijze zijn er ook niet gemaakt op de polikliniek. Volgens de reumatoloog zijn er enkele aspecten, zoals de inzet van de reumaverpleegkundige, geïntegreerd in de werkwijze van een arts, alleen dit is bij de ene arts iets meer dan bij de andere. Sommige reumatologen vertrouwen medische taken niet toe aan de reumaverpleegkundige, ook al heeft zij wel hier de kennis en vaardigheden voor. Deze reumatologen blijven de medische handelingen toch liever zelf uitvoeren. Hierdoor heeft deze maatregel, het overhevelen van taken van de arts naar de reumaverpleegkundige, een minder sterk positief effect op de toegangstijd zoals het zou kunnen zijn.

5.3.5 Externe factoren

Om de toegangstijd voor nieuwe patiënten korter te maken, hebben de artsen op de polikliniek in de tijd van het project Werken zonder Wachtlijst extra nieuwe patiënten gezien.

“Maar omdat er in de regio zoveel wachttijd was, nam de toegangstijd op onze polikliniek niet af maar kregen we juist meer patiënten. Dus we zagen de toegangstijd eerder toenemen dan afnemen ondanks het extra werk wat werd verzet” (Reumatoloog 2008).

Door een *tekort aan reumatologen* in de omgeving hadden ook andere ziekenhuizen last van een hoge toegangstijd. Op dat moment is er een postcodebeleid ingevoerd zodat de polikliniek niet als



enige het probleem van het tekort aan reumatologen op zou vangen. Hierdoor is het toegangstijd weer redelijk onder controle gekomen. Momenteel bestaat er geen tekort meer aan reumatologen in de regio.

5.3.6 Borging

“De maatregelen die destijds zijn ingevoerd tijdens het project zijn geïntegreerd in de organisatie en een normale manier van werken geworden. Toch kan er nog veel worden verbeterd” (Reumatoloog 2008).

Veel maatregelen vanuit het project Werken zonder Wachtlijst worden nog gebruikt op de polikliniek alleen worden ze niet meer als zodanig beschouwd. Dit is voornamelijk op te merken uit het interview met het clusterhoofd van de afdeling. Zij geeft aan dat ze als polikliniek niet meer standaard zorg willen leveren door middel van een herhaalconsult, maar de patiënt langs komt op de polikliniek (binnen vijf werkdagen) als hij of zij klachten heeft.

“Als we dat kunnen realiseren is dat goed, op dat moment gaan we niet meer heel erg werken aan de principes van het project Werken zonder Wachtlijst” (Clusterhoofd Reumatologie 2008).

Deze opmerking is opvallend aangezien dit juist een belangrijk principe is van het project, alleen wordt deze niet meer als zodanig gezien. Daarnaast geven zowel het clusterhoofd als de reumatoloog aan dat de toegangstijd voor controlepatiënten onder de vijf dagen kan worden gehouden doordat er door hoger management niets wordt opgelegd of gedwongen. Artsen hebben aanzienlijk veel vrijheid om hun werk op eigen wijze uit te voeren.

“Dit is ook erg gewaardeerd waardoor het draagvlak er eigenlijk was. Het idee wordt door iedereen ondersteunt maar het in de praktijk uitvoeren dat verschilt nog wel. Dat heeft te maken met allerlei zaken, met je patiëntenpopulatie, met je eigen manier van werken... daar kan je allerlei dingen voor aanwijzen. Dat zouden niet altijd excuses mogen zijn, we hebben niet heel hard mensen proberen te veranderen maar we hebben wel geprobeerd ze geleidelijk in het proces mee te krijgen” (Reumatoloog 2008).

Er wordt geprobeerd om de toegangstijd voor controlepatiënten vijf dagen te houden op. De wijze waarop artsen deze norm invullen is geheel hun eigen taak en verantwoordelijkheid. De maatregelen hiervoor vanuit het project Werken zonder Wachtlijst zijn nog wel terug te vinden in de dagelijkse praktijk alleen zoals de reumatoloog ook al zegt, dat verschilt erg per arts. Het clusterhoofd is niet van plan om actie te ondernemen voor het terugbrengen van de toegangstijd van nieuwe patiënten en dan met name de enorme variatie in toegangstijden tussen de verschillende artsen. Er is dus weinig



sprake van sturing op deze polikliniek. In de volgende subparagraaf wordt dit aspect verder besproken.

5.3.7 Leiderschap

Zoals eerder is gezegd is er weinig sprake van sturing of stimulerende activiteiten vanuit het management naar medewerkers (met name artsen) om de toegangstijd te verlagen. Voornamelijk omdat het management, aldus het clusterhoofd, van mening is dat de toegangstijd voor controlepatiënten goed is. Daarnaast komen er geen klachten van de patiënt als vanuit de arts binnen om de toegangstijden voor nieuwe patiënten nog verder terug te brengen. Er bestaat geen urgentiebesef en volgens het clusterhoofd is er geen reden om hier verdere energie in te steken. Daarnaast geeft zij aan dat het niet nodig is om *actief te borgen*, bijvoorbeeld als het gaat om de toegangstijd te houden op vijf werkdagen voor controlepatiënten. Iedereen houdt zich aan deze norm en daardoor is er geen sprake om hierop te gaan sturen.

“Sturing is niet nodig, alles gaat vanzelf. Ik houd het in de gaten dat het niet uit de hand loopt.”
(Clusterhoofd Reumatologie 2008).

Ook de reumatoloog geeft aan dat er weinig sprake is van sturing en dat de polikliniek niet vanuit het hoger management wordt aangesproken op de hoogte van de toegangstijden. Ook op de enorme variatie in toegangstijden tussen individuele artsen, wordt de polikliniek, voor zoverre zij weet, niet aangesproken. Daarnaast is zij van mening dat de polikliniek niet voldoende worden gefaciliteerd door het ziekenhuis om de toegangstijden laag te houden. Dat is voornamelijk een afdelingsitem.

“Het ziekenhuis vindt het natuurlijk wel mooi dat we de toegangstijd verminderen, maar ik heb niet de indruk dat wij van hogerhand zoveel steun of initiatieven of dat soort dingen ontvangen die ons daarbij stimuleren” (Reumatoloog 2008).

Een of twee keer per jaar is er een patiëntenoverleg en daar worden onderwerpen als toegangstijden besproken. Verdere bemoeienis is er echter niet. De reumatologen hebben wel geprobeerd enige consensus te creëren in de manier van werken alleen blijkt dat dit in de praktijk niet altijd gebeurd. Er wordt geen energie in gestoken om alsnog consistentie te krijgen in de werkwijze. Merkbaar is dat vooral de reumatoloog het gevoel heeft dat er nog veel verbeterd kan worden. Zij heeft het gevoel dat een maatregel als *patiënt initiated care* niet volledig van de grond komt doordat deze niet door iedereen wordt toegepast. Daarnaast is zij wel van mening dat het belangrijk is om medewerkers vrij te laten en niets op te leggen.

“Dat heeft z'n voordelen. Daarnaast bestaat ook het gevaar dat sommige mensen de manier van werken niet aannemen” (Reumatoloog 2008).

Uit de literatuur komt echter naar voren dat het belangrijk is om als management van een organisatie duidelijk doelen te stellen bij veranderingen (McGrath 2008). Hierdoor wordt het besef bij



medewerkers gecreëerd dat de verandering in ieder geval volgens het management van groot belang is. In het geval van deze polikliniek wordt er bijvoorbeeld voor de nieuwe patiënten geen doel geprobeerd te halen, bijvoorbeeld een patiënt binnen een week een afspraak kunnen aanbieden. Doordat het management geen doelen stelt, is er vanuit de artsen geen prikkel om alsnog de toegangstijd te verlagen.

5.3.8 Conclusie

Op deze polikliniek zijn tijdens het project Werken zonder Wachtlijst een aantal maatregelen doorgevoerd om de toegangstijden voor zowel controle als nieuwe patiënten terug te brengen naar vijf werkdagen. Onder andere door factoren uit de omgeving, als een tekort aan reumatologen, is destijds het einddoel niet bereikt. Uiteindelijk is voor controlepatiënten wel mogelijk om bij enkele artsen binnen vijf werkdagen terecht te kunnen op de polikliniek, voornamelijk door de maatregel *patient initiated care*. Echter doordat niet alle artsen dezelfde werkwijze hanteren is er sprake van een enorme variatie in toegangstijden tussen artsen. Op de polikliniek is dus duidelijk een onderscheid te maken tussen artsen die wel de nieuwe manier van werken toepassen en artsen die hier niet in mee willen gaan. Het management grijpt hier niet in omdat zij alleen de mensen sturen die positief staan tegenover de nieuwe manier van werken en zij geen negatieve energie willen stoppen om ook de andere artsen hierin mee te krijgen.

Tenslotte kan worden opgemerkt dat de reumatoloog duidelijk een kritischer blik heeft op het geheel dan het clusterhoofd. De reumatoloog merkt duidelijk de verschillende werkwijze tussen haar en haar collegae, met name bij het overnemen van een spreekuur. Daarnaast ziet zij volgens haar belangrijke aspecten, ook met betrekking tot de toegangstijd, die kunnen worden verbeterd. Voornamelijk het aspect *patiënt initiated care* is hier er één van omdat deze volgens haar niet geheel van de grond komt doordat niet iedereen deze methode toepast. Echter zolang hier geen consensus over is en niet op wordt gestuurd zal hier weinig aan veranderen.

5.4 Polikliniek B: KNO

In deze paragraaf worden de resultaten van polikliniek B (KNO) besproken. Allereerst wordt een korte beschrijving gegeven van de polikliniek. Vervolgens komen aspecten aan bod zoals de aandacht die momenteel wordt geschonken aan de toegangstijd op de polikliniek, de sterke rol van de specialist hierin en de externe factoren die van invloed zijn op de toegangstijd van de polikliniek. Ook komt het project Werken zonder Wachtlijst aan bod en wordt het aspect Leiderschap behandeld. De paragraaf wordt afgesloten met een subparagraaf waarin kort de resultaten met betrekking tot deze polikliniek zijn samengevat.

5.4.1 Omschrijving van de polikliniek

De afdeling KNO bestaat uit drie KNO artsen, een physician assistant in opleiding en een aantal poliassistenten. Op 1 april 2003 zijn zij gestart met het project Werken zonder wachtlijst. Het project heeft een jaar geduurd. Het hoofddoel van het project, de toegangstijd reduceren tot minder dan een



week, leek volgens de medewerkers op de polikliniek niet haalbaar. De reden om toch mee te doen aan het project was dat op deze manier de bedrijfsvoering van de polikliniek grondig kon worden geëvalueerd (CBO 2004). Door het evalueren van de bedrijfsvoering kon duidelijkheid worden verkregen over de processen op de polikliniek die moeten worden verbeterd, zonder direct concrete doelen op te stellen. Ook was vanuit het CBO een voorwaarde voor deelname aan het project dat er op de polikliniek geen sprake mocht zijn van een capaciteitsprobleem. De medewerkers op de polikliniek waren er echter destijds van overtuigd dat er sprake was van een capaciteitsprobleem en dat dit ook de oorzaak was van de hoge toegangstijd op de polikliniek. Samen met het CBO is na enig overleg alsnog besloten om aan het project mee te doen.

Aan het begin van het project (april 2003) was de toegangstijd voor controlepatiënten was gemiddeld 10 weken en voor nieuwe patiënten ruim 6 weken. In het kader van het project werden alsnog een aantal doelstellingen geformuleerd (CBO 2004):

- 1) De toegangstijd binnen één jaar terugbrengen naar 1 week;
- 2) Maximaal 1 kwartier wachttijd in de wachtkamer;
- 3) Planningshorizon van maximaal 6 weken invoeren;
- 4) Inventarisatie maken van de knelpunten op de polikliniek;
- 5) Brieven naar patiënten automatiseren.

Om deze doelen te kunnen bereiken zijn een aantal interventies ingevoerd. In de volgende tabel zijn deze interventies weergegeven.

Tabel 7: Interventies van de polikliniek KNO

1 Maximale planningshorizon van 6 weken
2 Taakdelegatie van niet-medische taken tijdens het consult naar een assistent.
3 Inzet extra spreekuren
4 Voorlichtingsfolders aanpassen
5 Plan voor noodsituaties

Een arts mocht dus niet zijn spreekuur binnen zes weken afzeggen. Hierdoor worden onverwachte fluctuaties in het zorgaanbod voorkomen en kan er voortijdig rekening worden gehouden met het uitvallen van een spreekuur door bijvoorbeeld de vakantie van een arts. Om de toegangstijd op de polikliniek te kunnen wegwerken is geprobeerd in een bepaalde periode extra nieuwe patiënten te zien, dus door middel van het maken van een inhaalslag wordt geprobeerd de toegangstijd te verminderen.

Door middel van het toepassen van deze interventies op de polikliniek is de toegangstijd aan het eind van het project Werken zonder Wachtlijst voor controlepatiënten nog maar 1 week (aan het begin was deze 10 weken) en voor nieuwe patiënten 3 weken (aan het begin was deze 7 weken). Dit betekent voor controlepatiënten een afname van 90% in de toegangstijd en voor nieuwe patiënten maar liefst



60%. De daling van de toegangstijd heeft ervoor gezorgd dat de onrust op de polikliniek is afgenomen en medewerkers het gevoel hebben dat zij grip hebben op de praktijkvoering (CBO 2004). Echter blijkt dat artsen aan het einde van het project Werken zonder Wachttijl nog steeds niet echt het gevoel hebben dat de werkdruk is afgenomen. Dit heeft onder andere te maken dat patiënten niet meer onnodig op controle komen en dus de overige controles intensiever zijn.

5.4.2 Aandacht voor de toegangstijden op de polikliniek

Voor het onderzoek zijn het hoofd, de teamleider, een KNO-arts en een assistente van de afdeling KNO geïnterviewd. De teamleider en KNO arts werken beide bijna tien jaar op de polikliniek en hebben dus beide het project Werken zonder Wachttijl meegemaakt. Het hoofd van de afdeling is nu drie jaar werkzaam op de afdeling.

Voor het project Werken zonder Wachttijl was de toegangstijd van nieuwe patiënten op de polikliniek zeven weken en voor controlepatiënten tien weken. De toegangstijd voor nieuwe patiënten was aan het einde van het project terug gebracht naar drie weken, terwijl het doel 1 week was. Voor controlepatiënten was ook het doel om de toegangstijd terug te brengen naar 1 week, dit is destijds ook gelukt. Momenteel is de toegangstijd voor nieuwe patiënten weer sterk opgelopen, deze is vaak tussen de zes of zeven weken. De toegangstijd voor controlepatiënten schommelt momenteel tussen de tien en veertien dagen.

Wekelijks wordt de toegangstijd, derde beschikbare plek, van de polikliniek gemeten. De resultaten hiervan worden weergegeven in grafiek zodat duidelijk het verloop van de hoogte van de toegangstijd is af te lezen. Het meten van de toegangstijd wordt gedaan door of de teamleider of de assistente van de polikliniek. Als de teamleider de toegangstijd voor de groep controlepatiënten heeft gemeten en merkt dat de toegangstijd aan het oplopen is, grijpt zij in door bijvoorbeeld de tijd die over is door een OK die uitvalt, in te vullen met controlebezoeken. Daarentegen worden geen acties meer ondernemen om de toegangstijd voor nieuwe patiënten weer omlaag te krijgen. Zowel door de teamleider als het afdelingshoofd wordt aangegeven dat er momenteel een capaciteitsprobleem bestaat op de polikliniek. Zij geven aan dat het een grote opgave is om met drie KNO-artsen de enorme toegangstijd weg te werken en het is nodig is dat een extra arts moet worden aangenomen. Daarnaast is er vanuit de artsen geen bereidheid tot het wegwerken van deze toegangstijd. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

5.4.3 Het project Werken zonder Wachttijl

Het doel van het project Werken zonder Wachttijl was grip houden op de bedrijfsvoering van de polikliniek. Voor de controlepatiënten is dit ook aardig gelukt, aldus de teamleider. Door wekelijks de toegangstijd van deze groep patiënten te meten, weet zij wanneer ze moet ingrijpen door bijvoorbeeld de tijd die over is door een OK die uitvalt, in te vullen met controlebezoeken.



“Ik ben altijd actief bezig om de toegangstijd te meten, bij te houden hoeveel patiënten er worden gezien en wat je kan doen aan de hoge toegangstijd. Maar als je de enige bent houd het op een gegeven moment wel op. We hebben wel ervaring op gedaan tijdens het project, wat je weet wel wat je er aan kan doen. Alleen niemand doet er iets aan” (Teamleider KNO 2008).

De oorzaak van de hoge toegangstijd zit volgens het hoofd van de afdeling KNO in de bereidheid van de artsen om zich extra in te zetten. Daarnaast geeft hij aan dat, zover hij weet, er genoeg inspanningen door de medewerkers op de polikliniek zijn geleverd tijdens het project Werken zonder Wachtlijst. Ook de teamleider geeft aan dat iedereen op de polikliniek het project en de effecten ervan geweldig vond.

“Het was allemaal zo makkelijker, geen boze patiënten meer. Iedereen wou er ook aan meewerken” (Teamleider KNO 2008).

Alleen bestond na het project niet meer bij de artsen de prikkel om de nieuwe manier van werken vol te houden.

5.4.4 Rol van de specialist

Eén keer in de twee maanden hebben het hoofd van de afdeling, de teamleider, een zorggroepmanager en de drie KNO-artsen een overleg. In dit overleg wordt ook gesproken over de toegangstijd van de polikliniek.

“Een van de drie artsen kijkt hier dan ook altijd echt bewust naar. De anderen zijn er niet zo mee bezig. Als ze ermee bezig zijn, worden er voor de rest gaan acties ondernomen” (Teamleider KNO 2008).

Om het overschot aan nieuwe patiënten weg te kunnen werken is het noodzakelijk dat er een inhaalslag moet worden gemaakt. Die bereidheid om wat extra's te doen moet er zijn. De artsen hebben echter geen prikkel om zich extra in te zetten. Het hoofd van de afdeling geeft aan dat de artsen geen patiënten horen klagen, zij geen problemen hebben en ook niet de onrust en drukte ervaren waarmee bijvoorbeeld de polikliniek assistenten wel mee te maken hebben.

“De artsen hebben het gevoel dat ze al hard genoeg werken. Ik kan wel zeggen dat ik daar mijn vragen bij heb, maar ik bepaal niet wat voor hun hard werken is” (Hoofd afdeling KNO 2008).

Ook de teamleider geeft aan dat het draaien van extra spreekuren de oplossing is om de hoge toegangstijd te kunnen wegwerken. Er is namelijk wel een evenwicht in het aanbod van zorg en de



zorgvraag en daarmee vermoedelijk geen capaciteitsprobleem. Zij geeft ook aan dat het lastig is om het overschot met drie KNO artsen weg te werken. Vooral omdat deze het nut hiervan niet inzien.

“Ik zou dolgraag willen dat ook de toegangstijd voor nieuwe patiënten omlaag gaat. Maar het is al jaren trekken aan een dood paard. Niemand vindt er verder iets van, ze vinden het allemaal best zo” (Teamleider KNO 2008).

Voor de teamleider spreekt haar ongenoegen uit over de hoge toegangstijden op de polikliniek. Zij geeft aan dat ze het gevoel heeft dat ze vaak de enige is op de polikliniek die zich druk maakt over de hoge toegangstijden. Voornamelijk de artsen, maar ook het management maken zich hier totaal niet druk over. De polikliniek assistenten ervaren wel de hoge werkdruk door de hoge toegangstijden op de polikliniek. Ook zij zien graag de toegangstijd lager omdat de werkdruk hierdoor zal afnemen. Ook hebben zij eerder de positieve effecten ervaren van de maatregelen die tijdens het project Werken zonder Wachtlijst zijn genomen.

“Als een extra spreekuur zou moeten worden gedraaid, zou iedereen op de afdeling daartoe bereid zijn. Maar als er geen arts is die het doet, dan hoef je er niet aan te beginnen. Ik weet zeker dat iedereen hieraan zou willen meewerken, voornamelijk degene die het project Werken zonder Wachtlijst destijds hebben meegemaakt. Zij weten hoe het werk” (Teamleider KNO 2008).

Het hoofd van de afdeling merkt wel dat de problemen rondom de toegangstijd wel erg spelen bij het teamhoofd en de polikliniek assistenten. De artsen ervaren dus geen prikkel om nog meer spreekuren te draaien op de polikliniek. Wel hebben zij echter het initiatief genomen om een Zelfstandig Behandel Centrum in het ziekenhuis zelf, op te zetten.

“De artsen zijn van plan om gezamenlijk een ZBC (Zelfstandig Behandel Centrum) te beginnen. Dit frustriert mij wel, waarom kunnen ze daar wel extra werken en hier niet. Kun je dat voorstellen? Maar ik weet dat niet zo goed want het gebeurt allemaal achter de schermen” (Teamleider KNO 2008).

Dat het allemaal achter de schermen gebeurt wordt bevestigd wanneer een uur later het hoofd van de afdeling wordt geïnterviewd. Uit dit interview blijkt dat het ZBC al bestaat.

“Wanneer ze een ZBC zijn, blijkt dat opeens alles kan. ... Dat heeft ook met geldstromen te maken, zo van: *ik wil wel extra werken maar ik wil er wel iets van terug zien en dik doen het niet alleen om het ziekenhuis rijker te maken*. Dat soort fenomenen gaan dan meespelen. En dan misschien ook niet zo onterecht want als een arts extra uren maakt en harder werk, dan mag je dat in zijn honorarium ook wel terug zien” (Hoofd afdeling KNO 2008).



5.4.5 Externe factoren

Zowel het hoofd van de afdeling als de teamleider kunnen geen externe factoren aangeven die van invloed zijn op de hoogte van de toegangstijd op de polikliniek. Beiden zijn van mening dat er een capaciteitstekort is op de afdeling, omdat het wegwerken van de hoge toegangstijd niet mogelijk is met de drie KNO-artsen die momenteel werkzaam zijn op de polikliniek. Daarentegen is ook aangegeven dat er een evenwicht bestaat tussen de vraag en het aanbod op de polikliniek. Hierdoor kan er dus geen sprake zijn van een capaciteitstekort. Wellicht heeft dit meer te maken met de bereidwilligheid en flexibiliteit van de artsen. Het is echter bij niemand bekend of er ook een tekort aan KNO-artsen is in de regio. Het aantrekken van een extra KNO-arts is een financiële kwestie. Momenteel is een physician assistant (in opleiding) aangenomen op de polikliniek. Over een jaar, als degene is afgestudeerd, kunnen ook een aantal patiënten door deze PA worden gezien, zodat de druk op de KNO-artsen minder wordt.

5.4.6 Borging

Het is mogelijk om bij een evenwicht tussen het aanbod van zorg en de zorgvraag een lage toegangstijd te hebben op de polikliniek. Door maken van een inhaalslag, het zien van extra patiënten, kan de toegangstijd snel weer worden teruggebracht op de afgesproken hoogte en kan deze bij een evenwicht tussen vraag en aanbod niet verder oplopen. De teamleider geeft aan dat het moeilijk is om met de huidige drie KNO artsen de toegangstijd omlaag te krijgen.

“De fluctuaties zitten in de afwezigheid van artsen. Zij hebben ook allemaal jonge kinderen, dus daar zit je mee. Als een arts op vakantie is heb je gelijk dertig procent minder. De impact van een klein maatschap is gewoon veel groter. Dat heeft ook veel effect op de toegangstijd” (Teamleider KNO 2008).

Ondanks dat artsen hun spreekuur niet binnen zes weken mogen afzeggen, is de afwezigheid van een arts wel een factor die van grote invloed heeft op de toegangstijd van de polikliniek. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat artsen vaak niet bereid zijn om extra spreekuren te draaien, voor en het compenseren van de vakantietijd en het zien van nieuwe patiënten. Daarnaast zijn de afgelopen jaren op de polikliniek door het zien van extra nieuwe patiënten problemen ontstaan in het verdere zorgproces van de patiënt, bijvoorbeeld stijging van het aantal OK verrichtingen of de doorlooptijd die verlengt wordt.

Er is niemand aangewezen die moet ingrijpen indien de toegangstijd oploopt of te hoog is. De teamleider heeft alleen een signalerende taak, vervult deze ook, maar heeft verder geen bevoegdheden om maatregelen te treffen.

“In mijn opinie zijn er gewoon weinig prikkels vanuit artsen en hoger management. Zij zouden het initiatief moeten nemen om bijvoorbeeld de toegangstijd onder handen te nemen. Ik vind de artsen ook niet gedreven, het is altijd trekken.”



5.4.7 Leiderschap

Maandelijks vond er een bespreking rondom de toegangstijden plaats met het hoofd van de afdeling, een KNO arts, de teamleider en een assistente. Vanaf 1 januari zijn deze bijeenkomsten stop gezet, omdat de teamleider vond dat men niet bij elkaar hoefde te zitten als er toch niks gedaan werd. Volgens haar is er werkelijk niemand die zich drukt maakt over de toegangstijd, behalve zij zelf.

“Ik heb wel eens het idee dat ik echt de enige ben. Een hoge toegangstijd heeft tot gevolg dat het dagelijks druk is op de spreekuren. Dus iedere dag voel je die frustratie van de mensen die aan de telefoon zitten. ... Mensen gaan bellen van kan ik eerder, boze mensen aan de telefoon.” (Teamleider 2008).

Op financieel gebied gaat het goed met de polikliniek en ook de productie wordt telkens netjes gehaald. Er zijn dus, bij artsen en hoger management, geen prikkels om meer te doen, aldus de teamleider.

“En daar zit mijn frustratie om te zorgen dat alles een beetje in balans komt. De artsen maken zich niet druk, de zorggroepmanager niet, de directie niet. Er is niemand die zegt van: *jullie moeten er iets aan doen*. Als niemand zich druk maakt, waarom ik het dan moeten doen. Ja, omdat ik er dagelijks last van kan hebben” (Teamleider KNO 2008).

Ook het hoofd van de afdeling is het eens dat wanneer artsen bereid zijn om iets extra's te doen, de toegangstijd enorm zal dalen. Opvallend is dat hij niet kan aangeven wie de verantwoordelijkheid heeft om deze bereidheid bij de artsen te stimuleren, laat staan aan te geven wie sowieso verantwoordelijk is om de toegangstijd op de polikliniek laag te houden.

“Ik denk het duaal management of hoofd zorgeenheid. Of een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dus als hoofd denk ik dat ik de taak heb om het probleem te signaleren, en van hoe gaan we dit oplossen. Maar ik ben daar in niet eindverantwoordelijk” (Hoofd afdeling KNO 2008).

Wie wel de eindverantwoordelijke is, kan het hoofd van de afdeling moeilijk aangeven. Ook kan hij niet expliciet zeggen wie er beslissingsbevoegd is om maatregelen te nemen om de toegangstijd kort te houden.

Dat zelfs het hoofd van de afdeling niet weet wie er eigenlijk de taak heeft om de toegangstijden is verontrustend. De teamleider reageert als volgt op de vraag wiens verantwoordelijkheid het is om de toegangstijden laag te houden:

“Ik heb mij destijds verantwoordelijk gevoeld, maar dat is er vanaf omdat voor de rest niemand zich verantwoordelijk voelt. Ik denk dat als je als ziekenhuis uitdraagt van de toegangstijd is voor nieuwe patiënten drie weken, dat er op een gegeven iemand zal moeten komen van het



hoger management of directie die gaat zeggen van jullie doen het niet goed. Dit is niet wat we hebben afgesproken. Dus daar zal dat vandaan moeten komen. De prikkel voor artsen, dat snap ik ook wel, die is er niet. We halen de productie.. niemand die er eigenlijk last van heeft behalve de patiënt” (Teamleider KNO 2008).

Het hoofd van de afdeling geeft aan dat hij zelf niet het type is om met de vuist op tafel te slaan en tegen de KNO-artsen te zeggen dat zij wat extra's moeten gaan doen. Hij geeft aan dat je wel alles uit de kast kan halen, maar dat wanneer zij *nee* zeggen, je een erg groot probleem hebt.

“De teamleider zit er erg bovenop. Zij ziet de problemen eerder dan ik en ze reageert ook feller dan ik. Zelfs in die mate dat ik wel eens tegen haar zeg dat ze het toch allemaal niet alleen kan. Ze mag boos zijn en haar teleurstelling uitspreken, alleen ook daar ergens is een grens. ... Het kan namelijk ook tegen je gebruikt worden als je iedereen continue zit op te jagen” (Hoofd afdeling KNO 2008).

Duidelijk is dat op deze polikliniek, behalve de teamleider, niemand de stap durft te zetten naar de artsen toe om toch de toegangstijden op de polikliniek aan te gaan pakken. Het medisch hoofd spreekt zelfs over een spel.

“Van mij part geef je iedereen een lolly, als ze hun werk maar doen. Soms moet je gewoon een spelletje spelen. Je complimenteert de artsen, van hartstikke goed, top! ... terwijl je weet dat de teamleider het werk heeft gedaan” (Hoofd afdeling KNO 2008).

5.4.8 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat op de polikliniek KNO er geen maatregelen worden getroffen om de toegangstijden voor nieuwe patiënten omlaag te brengen. Niemand neemt de verantwoordelijkheid of voelt zich verantwoordelijk om hier actie op te gaan ondernemen. Alleen de teamleider ervaart samen met de assistenten de negatieve gevolgen van de hoge toegangstijden. De artsen daarentegen zijn niet bereid om bijvoorbeeld extra spreekuren te draaien om de bulk aan nieuwe patiënten weg te werken. Het management voelt zich niet genooddaakt om de artsen hiervoor te stimuleren.

5.5 Polikliniek C: Neurologie & Neurochirurgie

In deze paragraaf worden de resultaten van polikliniek C (Neurologie & Neurochirurgie) besproken. Aspecten die aan bod komen zijn onder andere de aandacht die momenteel wordt geschonken aan de toegangstijd op de polikliniek, de sterke rol van de specialist hierin en de externe factoren die van invloed zijn op de toegangstijd van de polikliniek. Ook komt het project Werken zonder Wachtlijst aan bod en wordt het aspect Leiderschap behandeld. De paragraaf wordt afgesloten met een subparagraaf waarin kort de resultaten met betrekking tot deze polikliniek zijn samengevat.



5.5.1 Omschrijving van de polikliniek

De polikliniek Neurologie & Neurochirurgie is één van de drie poliklinieken die in serie I van het project Werken zonder Wachttijst (2003) de toegangstijd volledig heeft kunnen minimaliseren. Bij aanvang van het project was de toegangstijd op de polikliniek ongeveer 8 tot 10 weken. Met een 90% verbetering is deze toegangstijd teruggebracht naar 1 week. Dit geldt zowel voor controle als nieuwe patiënten. Voorafgaande aan het project was ook het doel om de toegangstijden terug te brengen naar 1 week. Naast deze hoofddoelstelling had de polikliniek nog enkele subdoelstellingen:

- 1) Snellere berichtgeving aan verwijzers;
- 2) Reduceren doorlooptijd tijdens polibezoek;
- 3) Verbetering telefonische bereikbaarheid;
- 4) Uitbreiding aanbod telefonische consulten.

Voor deelname aan het project was berekend dat er sprake was van een balans tussen vraag en aanbod wat betreft alleen de algemene neurologische patiënten. Hiermee werd voldaan aan de belangrijkste voorwaarde voor deelname aan het project Werken zonder Wachttijst. Gedurende het project zijn een aantal interventies ingevoerd om de toegangstijd terug te kunnen brengen. In de volgende tabel (6) staan deze interventies weergegeven.

Tabel 8: Interventies van de polikliniek Neurologie & Neurochirurgie

1 Wekelijks checken op lege plaatsen.
2 Taakdelegatie naar gespecialiseerde verpleegkundigen.
3 Patient-initiated care.
4 Minimaliseren van het aantal wachtrijen.
5 Maximale planningshorizon van 6 weken
6 Anticiperen op fluctuaties (schommelingen) in de vraag naar afspraken.
7 Invoering regiobeleid.

Door de lagere toegangstijden op de polikliniek is de tevredenheid onder zowel patiënten als personeel toegenomen. Patiënten kunnen snel terecht op de polikliniek en kunnen via de e-mail een afspraak aanvragen. Daarnaast is de druk op de medische hulpverleners en administratief personeel afgenomen waardoor zij minder stress ondervinden en zich meer kunnen bezig houden met de patiënt. Zo kan het administratief personeel door een reductie van de wachttijd voor de balie, de patiënten goed te woord staan (CBO 2004).

Op 1 april 2004 is het project Werken zonder Wachttijst formeel afgesloten met een eindconferentie. Door de positieve resultaten die zijn bereikt zijn in het ziekenhuis ook twee andere poliklinieken gestart met het project.

5.5.2 Aandacht voor de toegangstijden op de polikliniek

Voor het onderzoek is zowel het medisch hoofd als het verpleegkundig hoofd van de afdeling geïnterviewd. Ook is bij één van de werkzame neurologen een interview afgenomen. De neuroloog



mag zijn werkzaamheden sinds 1989 uitvoeren en heeft ook zijn opleiding gevolgd binnen dit ziekenhuis. Hij heeft dus ook destijds het project Werken zonder Wachtlijst meegemaakt en heeft hierbij ook deelgenomen aan de projectgroep die voor dit project is opgericht. Het verpleegkundig hoofd is net als de neuroloog sinds 1989 werkzaam op de polikliniek Neurologie & Neurochirurgie. Ook zij zat in de projectgroep van het project Werken zonder Wachtlijst. Het medisch hoofd was ook al tijdens dit project werkzaam op de polikliniek alleen heeft niet deelgenomen aan de projectgroep.

Op de polikliniek werd allereerst de toegangstijd van de grootste groep patiënten aangepakt, namelijk de algemene neurologische en neurochirurgische patiënt. De toegangstijd van deze groep patiënten was bij aanvang van het project ongeveer drie maanden. Naast de algemene groep patiënten zijn er nog vier grote aandachtsgebieden onderscheiden: Multiple Sclerosis, Parkinson, Alzheimer en Neuro-oncologie. De zorgprocessen van deze groepen patiënten verschillen sterk onderling en daarom is het lastig om de toegangstijd van al deze patiënten tegelijk aan te pakken. Voor sommige patiëntengroep was het daarnaast ook niet nodig om de toegangstijd nog verder terug te brengen aangezien deze al erg laag was. Het probleem zat dus veelal in de toegangstijd van de *algemene patiënt*. Door de hoge toegangstijd op de polikliniek was de 'no show', hierbij verschijnt de patiënt niet bij een gemaakte afspraak, rond de 10 procent. Neurologie is namelijk een specialisme met veel onbegrepen klachten, of klachten die niet zichtbaar worden. Of klachten verdwenen en daardoor vergaten patiënten om hun afspraak te annuleren. Door de hoge toegangstijden van drie maanden, gingen mensen bij een ander ziekenhuis kijken of ze daar eerder terecht kunnen, dit zonder de afspraak af te bellen.

De toegangstijd voor zowel nieuwe als controle patiënten van de algemene groep patiënten is door het project Werken zonder Wachtlijst teruggebracht naar twee weken, of minder. Ook de 'no show' is hierdoor gezakt naar drie procent. Momenteel is de toegangstijd op de polikliniek stabiel, dus rond de twee weken.

"Sinds het project is afgelopen, meten we *maandelijks* de toegangstijd, dus derde beschikbare plaats. Indien de toegangstijden eventueel uit de pas gaan lopen kunnen we iets met de regio gaan schuiven. We hebben een postcodebeleid, waarbij we mensen zien in de basisregio, dit zijn een aantal postcodes om ons heen. Als het erg druk wordt op de polikliniek maken we deze regio wat kleiner. Maar ook andersom, indien de toegangstijd te kort wordt breiden we de regio juist uit" (Medisch Hoofd Neurologie & Neurochirurgie).

Het postcodebeleid is dus een van de maatregelen om ervoor te zorgen dat de toegangstijden op de polikliniek niet oplopen. Indien de huisarts of een andere verwijzer het belangrijk vindt dat de patiënt van buiten het basisregio alsnog moet worden gezien op deze polikliniek, moet degene met een brief of telefonisch contact opnemen op de dienstdoende neuroloog om aan te geven waarom het zo belangrijk is dat de patiënt van buiten de regio naar de polikliniek moet komen. Op deze manier probeert de polikliniek het evenwicht tussen vraag en aanbod in balans te houden.



In de volgende tabel staan op volgorde van belangrijkheid (volgens de polikliniek) de maatregelen die zijn ingevoerd op de toegangstijden terug te brengen voor de algemene neurologische en neurochirurgische patiënt.

5.5.3 Het project Werken zonder Wachtlijst

De polikliniek zelf heeft nooit de keuze gemaakt om aan het project Werken zonder Wachtlijst mee te doen. Dit is door het ziekenhuis zelf ingezet. Het was een keuze van de zorgmanagers, aldus het Medisch Hoofd. Aanvankelijk werd er door verschillende medewerkers op de polikliniek daarom kritisch naar het project gekeken. Zo verteld het Medisch Hoofd van de polikliniek dat hij in het begin afwerend tegenover het project was. Ook de neuroloog had zijn twijfels over het project Werken zonder Wachtlijst.

“Ik weet nog goed dat het project langskwam want we kregen eerst wat voordrachten van mensen die er ervaring mee hadden uit andere klinieken. Dat we allereerst dachten, dat is zo'n project met mooie kreten en dia presentaties maar wat heb je er concreet aan? En wie gaat zich hier dan mee bezig houden?” (Neuroloog 2008).

Zo is ook het concept patiënt gestuurde zorg niet direct bij elke arts positief ontvangen. Vooral de artsen die werkzaam zijn op de vier aandachtsgebieden waren van mening dat een invoering van een dergelijk concept, patiënten komen pas langs indien zij klachten krijgen, niet ten goede zou komen van de kwaliteit van de zorg. Ook hadden zij het idee dat patiënten dan juist heel vaak langs komen. Door onder andere tijdens het project ervaringen uit te wisselen met een afdeling Reumatologie elders in het land is het beeld hierover veranderd bij de artsen. Het ziektebeeld van de patiënten die op deze afdeling komen lijkt in sommige gevallen heel erg op dat van neurologische ziektebeelden. De afdeling Reumatologie had wel positieve ervaringen met het concept patiënt gestuurde zorg. Ook door het bijwonen van enkele bijeenkomsten en werkconferenties werden zowel het medisch hoofd als de neuroloog enthousiast over het project. Door het inzien van de problemen omtrent de toegangstijden op de polikliniek, het laten zien van de positieve effecten die het project met zich mee kan brengen bij andere poliklinieken en vervolgens deze effecten zelf te ervaren, heeft het besef bij de medewerkers gecreëerd om zich actief in te zetten voor het project.

“Men ziet toch dat het prettiger werken is, een korte toegangstijd is gewoon erg plezierig. Het geeft veel plezier aan de hulpverlener, maar ook bij de patiënt en de verwijzer. Men was gewoon verbaasd dat ze al zo snel terecht konden komen. Dan is de klacht ook nog vers bij iemand en is het hierdoor makkelijker te achterhalen wat er precies aan de hand is. Ik vond het zelf een groot voordeel. Dat heeft tot enthousiasme geleid bij de artsen van de aandachtsgebieden” (Neuroloog 2008).



Aan het eind van het project zijn alle medewerkers erg trots op de effecten die door middel van het project zijn behaald. Zowel de neuroloog als het management geven aan dat vooral het onder de loep nemen van het gehele zorgproces op de polikliniek, als erg interessant en leuk is ervaren.

“Het leukste is dat op het begin, buiten de toegangstijd, om naar je proces te kijken. Dat vond ik zelf het leukst. De hele kleine interventies grote resultaten kan bereiken. Daar had je anders nooit naar gekeken want je zit in een bepaalde stroom en je doet het zo omdat je dat al jaren zo doet. En je gaat nooit kijken waarom doen we dat eigenlijk en hoe, kan dat nou niet anders. Op die manier kan je op een bepaalde manier naar je werk kijken. (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

Ook het medisch hoofd benadrukt het succes van het project op de polikliniek door aan te geven dat nu zelfs de vier aandachtsgebieden bezig zijn om een aantal maatregelen van het project te implementeren. Zij waren heel sceptisch in het begin maar zien nu de positieve effecten die het project met zich mee heeft gebracht bij de algemene groep patiënten.

“In de tijd dat de toegangstijd drie maanden was kwamen er heel veel telefoontjes binnen, zowel van huisartsen als patiënten of er nog eerder een plek vrij was. Nu is er rust in de tent. De baliemedewerkers zijn minder gestresst en de sfeer is hierdoor veel relaxt op de polikliniek. Dat is erg merkbaar” (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

Het succes van het project op de polikliniek is gevierd met een feestelijke bijeenkomst aan het einde van het project.

5.5.4 Rol van de specialist

“Je moet nooit denken dat je het zonder de artsen kan want dat is een verloren race” (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

Om als polikliniek mee te kunnen doen aan het project als Werken zonder Wachtlijst is het belangrijk dat iedereen van de afdeling enthousiast wordt gemaakt voor het project, met name de artsen, aldus het verpleegkundig hoofd van de afdeling. Zij ziet de arts als *leader of the band*. De arts is de trekker van het project en moet zijn collegae hierin zien mee te krijgen. Indien zij niet achter een concept staan, als patient-initiated care, is het onmogelijk om het concept ook werkelijk in te voeren. Ook bij deze polikliniek was het in eerste instantie moeilijk om de artsen enthousiast te krijgen voor het project.

“Artsen zeggen bijvoorbeeld dat de hoge toegangstijd wordt veroorzaakt omdat mensen gewoon graag in dit ziekenhuis komen. Als je bij een bakker lang moet wachten dan is het



gewoon een goede bakker. Mensen willen hier graag geholpen worden” (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

Het is dus van groot belang om de artsen te overtuigen van het nut van het project. Door middel van voorbeelden uit andere klinieken zijn de effecten van het project aan de artsen zichtbaar gemaakt. Het verpleegkundig hoofd geeft aan dat men (het management) in het begin van het project met name bezig is geweest om het project tegenover zowel de artsen als overig personeel, helder neer te zetten. Door tijdens een bijeenkomst van alle medewerkers van de polikliniek de huidige toegangstijden te laten zien, bijvoorbeeld de financiële consequenties hiervan en de hoge ‘no-show’, schrok men van de situatie. Ook de neuroloog gaf in het interview aan dat hij zelf nooit tijdens bijvoorbeeld spreekuren wordt geconfronteerd met de hoge toegangstijden. Een dergelijke bijeenkomst heeft hem laten inzien dat het belangrijk is om maatregelen te nemen om dit probleem op te lossen.

“Er zit vaak een enorme tijdsdruk met activiteiten die je al hebt naast patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Dit heeft tot gevolg dat je nooit met een aantal betrokkenen een middag rond de tafel zit om problemen te inventariseren. Met de werkconferenties was het zo dat je even uit dat geheel stapte en je kan gaan nadenken van hoe doen we dat nou eigenlijk. Dan hoor je waar eigenlijk allemaal tijd- en efficiëntieverlies zitten” (Neuroloog 2008).

De neuroloog geeft aan dat hij door bijeenkomsten en werkconferenties een duidelijker beeld heeft gekregen van de polikliniek. De werkconferenties hebben hem ertoe gezet om na te denken over oplossingen om de toegangstijden terug te dringen, ondanks dat hij van tevoren ook zijn vragen had bij het project. Uit het voorgaande citaat is af te leiden dat dit nu niet mogelijk is door bestaande taken en hierdoor er minder aandacht kan worden geschonken aan het verberen van het zorgproces.

5.5.5 Externe factoren

Zoals eerder is gezegd is het belangrijk om allereerst een evenwicht te vinden tussen het aanbod van zorg van de polikliniek en de zorgvraag. De zorgvraag kan in het geval van deze polikliniek wel eens hoger liggen dan het aanbod. Veelal heeft de verhoging in de zorgvraag te maken met het verwijspatroon van huisartsen en verwijzers uit de omgeving. Indien de toegangstijd van de polikliniek relatief lager is dan die van ziekenhuizen uit de omgeving hebben bijvoorbeeld huisartsen de neiging om alsnog te gaan verwijzen naar dit ziekenhuis, ook al liggen zij niet in de basisregio.

“Het is ook wel gebeurd, dat we mensen binnen kregen die eigenlijk een verwijzing hadden naar een ander ziekenhuis maar hadden gehoord dat de toegangstijd bij ons ziekenhuis veel korter was en dat ze dan hier geholpen wouden worden” (Neuroloog 2008).

Er ontstaat dus een aanzuigende werking wat de balans kan verstoren tussen vraag en aanbod. Het is dus volgens de mensen van de polikliniek belangrijk dat op dit gebied consequent wordt gehandeld,



met andere woorden: alleen de verwijzingen accepteren van primaire verwijzers (second opinions worden beoordeeld door de dienstdoende neuroloog) uit de eigen regio.

5.5.6 Borging

“Het is we eens gebeurd dat de toegangstijd toenam naar drie weken door bijvoorbeeld ziekte of vakantie. Door de regio wat kleiner te maken of we werken even wat harder en we werken het snel weg zodat we weer binnen de twee weken zitten. En iedereen weet dat ook twee weken is gewoon bij ons de norm. Binnen twee weken moet iemand gezien kunnen worden” (Medisch Hoofd 2008).

Ook volgens het Verpleegkundig Hoofd is iedere medewerker op de polikliniek Neurologie & Neurochirurgie zich bewust van het hanteren van de norm van twee weken. Daarnaast zijn ze zich ook uitermate bewust van de voordelen die deze norm voor hun zelf meebrengt. Een hoge toegangstijd op de polikliniek heeft als gevolg dat er veel onrust en drukte is. De effecten van de maatregelen die zijn getroffen door het project zijn erg merkbaar. Er komen veel minder telefoontjes binnen van patiënten, huisartsen en verwijzers met de vraag of de patiënt sneller kan worden geholpen. Dit bespaart heel veel werk en hierdoor zijn de baliemedewerkers niet meer gestresst. Ondanks dat de artsen minder last hadden van de hoge toegangstijd zijn zij nu wel ervan bewust dat het belangrijk is om deze laag te houden.

“Ik denk dat het allemaal normaal is geworden. De toegangstijd is gewoon niet meer dan zoveel werkdagen en dat is de normale manier van werken geworden. Dat is wel goed denk ik. Als de toegangstijd zal gaan oplopen, wordt er aan de bel getrokken” (Neuroloog 2008).

Om te kunnen zien of de toegangstijd weer oploopt, wordt er maandelijks een update gegeven over de huidige stand van zaken: hoe hoog is de toegangstijd, hoeveel patiënten hebben we deze maand gezien en hoe hoog is de ‘no show’. Het management kan hieraan zien of er actie moet worden ondernomen, zoals het verkleinen of vergroten van het regiogebied of het inzetten van een extra spreekuur.

“Het meten van toegangstijd van nieuwe patiënten gaat ook wel gewoon door maar wat je niet meer hebt is een heel actief monitorend projectteam die kijkt waar zitten nu weer nieuwe knelpunten die we kunnen oplossen. De effecten echoën nog na maar er wordt niet effectief gezocht op dezelfde manier naar nieuwe problemen. Je kan niet voortdurend als je gewone werkzaamheden hebt om ook daarmee bezig te zijn en blijven investeren met tijd. Als zo'n project loopt kost het je vaak extra tijd. Je moet je afvragen of daar niet permanent extra ondersteuning in moet zijn” (Neuroloog 2008).



De neuroloog geeft dus aan dat de maatregelen netjes worden toegepast en ook goed wordt gekeken of de norm van de toegangstijd wordt gehandhaafd. Hij vindt het echter ook belangrijk om eventueel om de zoveel tijd een dag met een groep om de tafel te zitten om het zorgproces van de (algemene neurologische en neurochirurgische) patiënt onder de loep te nemen. Zijn er aspecten die zijn veranderd? Kunnen we op deze wijze doorgaan of moeten we ons aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen? Echter gebeurt dit momenteel niet. Zolang het goed gaat en de norm van twee weken wordt gehaald, zal dit niet gebeuren. De neuroloog vraagt zich daarbij ook af wie dit zou moeten stimuleren.

“Je zou je nog kunnen afvragen of daar organisatiebreed er ook een rol gespeeld kan worden. Ik denk dat het de verantwoordelijkheid voor het ziekenhuis zelf is dat in algemene zin te zorgen voor goed toegankelijke patiëntenzorg en dus er ligt ook een algemene taak om dit te mogelijk te maken. Als beroepsgroep wil je dat je goede zorgt biedt, en korte toegangstijden. Er zit iets voor de poli apart maar ook een verantwoordelijkheid voor het ziekenhuis zelf” (Neuroloog 2008).

5.5.7 Leiderschap

Het idee om aan het project Werken zonder Wachtlijst mee te doen komt van hoger af, van de zorgmanagers. Ook zij stimuleren steeds meer om als afdeling mee te doen aan kwaliteitsprojecten als Sneller Beter of zorgpad ontwikkeling. Drie keer per jaar komt de Raad van Bestuur langs op de afdeling om de ontwikkelingen op en prestaties van de afdeling te bespreken. De verantwoordelijkheid om de toegangstijden laag te houden ligt bij het management, dus het verpleegkundig hoofd en het medisch hoofd van de polikliniek. Indien de toegangstijd bijvoorbeeld te hoog wordt, zijn zij degene die ingrijpen door bijvoorbeeld een extra spreekuur in te plannen of het regiogebied te verkleinen.

Het management heeft dus destijds de opdracht gekregen om als polikliniek mee te gaan doen aan het project Werken zonder Wachtlijst. Zoals eerder is gezegd was het Medisch Hoofd hier aanvankelijk niet enthousiast over.

“Het is mijn taak om niet te laten merken dat ik er zelf wat afwerend over was, maar gewoon zeggen: *we gaan ervoor*. We wilden niet als een botte hond zeggen dat we niet mee wilden doen. ... Het is ook wel leuk om als polikliniek als eerste aan een dergelijk project mee te werken en dat probeer je dan ook over te brengen op de rest van de staf” (Medisch Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

Dat het medisch hoofd toch wilde meedoen aan het project is ook voor het verpleegkundig hoofd erg belangrijk.

“Het management, dus het medisch hoofd en ik, moeten echt goed kunnen samenwerken en samen het belang van het project inzien, dan kom je al een heel eind. Als je dat enthousiast



kan overbrengen en kan uitdragen dan gaat dat gewoon wel lukken. Maar stel dat een van beide het niet ziet zitten dan wordt het een stuk lastiger” (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

Vervolgens moet het management de overige medewerkers van de afdeling het belang van het project in laten zien.

“Je moet het goed kunnen uitdragen, het belang, je moet het ook allemaal een beetje leuk maken. Dat je toch laat zien dat het leuk is om te veranderen. Dat moet een eigenschap zijn van een werkplekmanager. Als je die eigenschap niet hebt dan wordt het niks. Als jij het niet ziet zitten ziet de staf het ook niet zitten” (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

De neuroloog geeft in zijn interview aan dat het overtuigingskracht vergde van het management om alle medewerkers het belang van het project in te laten zien. Er waren zeker kritische vragen over het project en angst of het project wel de juiste effecten zou hebben.

“In het begin waren er wel wat strubbelingen maar dan moet je gewoon stoïcijns doorgaan en laten zien wat het voor effecten heeft. Je moet het in het begin veel tijd aan besteden om het project helder neer te zetten. Dus je moet heel de club voor bij elkaar roepen. Je moet goed de toegangstijden laten zien, en ook echt aangeven waarom dat zo belangrijk is, ook de ‘no show’. Als je gaat meedelen hoeveel het eigenlijk kost dan schrikt men wel. Dan krijg je ze al een eind op weg” (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).

Ook de neuroloog geeft aan dat het belangrijk is om als management feiten te laten zien. Bijvoorbeeld in grafieken de toegangstijden van de polikliniek weergeven en daarmee laten zien dat de toegangstijd veel te hoog zijn. Het besef moet worden gecreëerd dat het noodzakelijk is om hier wat aan te gaan doen. Zoals eerder gezegd kan met behulp van voorbeelden van andere klinieken de voordelen van het project zichtbaar worden gemaakt.

“Mensen worden hierdoor enthousiast. Het spreekt erg aan als je voorbeelden laat zien die van toepassing zijn op jezelf, op de polikliniek. Want als ik een chirurg hoor vertellen over een knie of heupstraat dan heb ik daar niet zoveel aan, dat kan ik niet toepassen” (Neuroloog 2008).

Angsten als het krijgen van een hogere zorgvraag door een concept als patient-initiated care, kunnen worden weggenomen doordat voorbeelden worden gegeven van afdelingen met vergelijkbare aspecten waarbij de zorgvraag niet is toegenomen.



Het inzichtelijk maken van de gevolgen van een hoge toegangstijd en de effecten van het project zijn erg belangrijk om mensen enthousiast te maken voor het project. Een andere motiverende factor is het organiseren van een feestelijke afsluiting aan het einde van het project.

“Niet alleen voor de artsen betekende het een extra belasting doordat zij extra spreekuren moest draaien, ook het administratieve personeel moest extra hard werken om de bulk aan patiënten weg te werken. Zij moeten ook enthousiast zijn voor het idee. ... Je moet het gevoel hebben dat je met z'n alle daarvoor staat, dat iedereen er trots op kunnen zijn (Neuroloog 2008).

Hiermee geeft de neuroloog aan dat het management niet alleen een motiverende en stimulerende rol heeft, maar dat zij ook de medewerkers moet belonen en bedanken voor al de energie die zij in het project hebben gestoken. Door middel van een feestelijke afsluiting, maar ook het regelmatig organiseren van een borrel of het langsgaan met de koffiekar tijdens extra spreekuren, zorgt ervoor dat mensen enthousiast blijven. Ook het Verpleegkundig Hoofd geeft aan dat je met dergelijke interventies het allemaal leuk kan maken en waardering kan tonen.

5.5.8 Conclusie

Door de motiverende en stimulerende rol van management is er enthousiasme onder de medewerkers op de polikliniek om de toegangstijd kort te houden. Door het project helder en duidelijk in kaart te brengen onder alle medewerkers, en met name de effecten die het project met zich mee kan brengen, heeft iedereen er toe gezet om zich actief in te zetten. Ook andere artsen van de aandachtsgebieden, die in eerste instantie helemaal niet enthousiast waren over het project Werken zonder Wachtlijst, zijn momenteel actief bezig om maatregelen van het project door te voeren op hun individuele polikliniek. Doordat de effecten van de korte toegangstijd van de algemene neurologische en neurochirurgische patiënten groep goed merkbaar zijn op de polikliniek, zijn ook de andere artsen enthousiast geworden.

5.6 Conclusie en integratie

In deze paragraaf worden tenslotte de resultaten van alle drie de polikliniek vergeleken en geanalyseerd.

5.6.1 Vergelijking van interventies en resultaten tussen de poliklinieken

Uit de vorige paragrafen is op te merken dat polikliniek A (Reumatologie) en polikliniek B (KNO) niet in staat zijn geweest om de goede resultaten (lage toegangstijden) van het project Werken zonder Wachtlijst te kunnen borgen. Dit in tegenstelling tot polikliniek C (Neurologie & Neurochirurgie). Poli A & B hebben wel de toegangstijden voor controle patiënten laag kunnen houden alleen is de toegangstijd voor nieuwe patiënten sinds het project weer behoorlijk toegenomen. In de volgende tabel staat per polikliniek weergegeven welke maatregelen van het project Werken zonder Wachtlijst momenteel op de polikliniek nog worden toegepast.



Tabel 9: Maatregelen van Werken zonder Wachtlijst per polikliniek

Maatregelen Werken zonder wachtlijst		Poli A	Poli B	Poli C
1	Afspraak planning 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.	X		X
3	Taakdelegatie van niet-medische taken tijdens het consult naar een assistent.		X	
4	Taakdelegatie van medische taken naar bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen.			X
5	Het reduceren van no-shows door: * betere telefonische bereikbaarheid. * door patiënten te laten bellen wanneer zij vinden dat een vervolgspraak nodig is (patient-initiated care)			X
				X
6	Het minimaliseren van het aantal wachtrijen. Mogelijk door in het afsprakensysteem te werken met zo weinig mogelijk vaste plekken.			X
7	Afspreken dat binnen een bepaalde periode (bijvoorbeeld 6 weken) een poli niet mag worden afgezegd door specialisten.		X	X
8	Afspraken niet lang vooruit plannen.			
9	Anticiperen op fluctuaties (schommelingen) in de vraag naar afspraken: * Het plannen van controle afspraken in rustige periodes. * Het plannen van extra poli's in drukke periodes.			X
				X
10	Invoering postcodebeleid	X		X

Belangrijk om hierbij nogmaals op te merken is dat poliklinieken A en B ook geen maatregelen meer treffen om de toegangstijden van nieuwe patiënten omlaag te krijgen. Indien het management team van polikliniek C ziet dat de toegangstijd aan het oplopen is worden extra spreekuren ingezet om dit te voorkomen. Bij poli A was tijdens het project wel de maatregel ingevoerd dat artsen rondom afwezigheid een extra poli kunnen openen, ook wel bufferpoli genoemd. Hier wordt momenteel echter geen gebruik van gemaakt. De artsen op polikliniek B zijn niet bereid om extra spreekuren te draaien. Ook andere maatregelen van het project worden niet meer op de polikliniek toegepast. Het probleem bij polikliniek A is dat een aantal maatregelen, als patient-initiated care, anticiperen op fluctuaties en taakdelegatie naar gespecialiseerde verpleegkundigen, niet door elke arts worden toegepast. Enkele artsen gebruiken deze werkwijze, maar lang niet alle artsen. Zo heeft polikliniek B drie artsen die gezamenlijk niet bereid zijn om bijvoorbeeld te anticiperen op fluctuaties in de vraag naar afspraken. Terwijl deze maatregel juist ervoor zorgt dat hierdoor bij polikliniek C de toegangstijd voor nieuwe patiënten niet kan oplopen. Het delegeren van taken naar gespecialiseerde verpleegkundigen wordt bij polikliniek A niet door alle artsen gedaan. Bij polikliniek B worden enkele taken gedelegeerd naar een assistent. Kort geleden is een Physician Assistent aangenomen om ook andere taken van de arts naar degene te kunnen overhevelen. De PA is echter nog in opleiding dus hiervan kan momenteel nog



geen gebruik worden gemaakt. De toekomst moet uitwijzen of het inzetten van een PA ook positieve gevolgen kan hebben voor de toegangstijden op de polikliniek. Tenslotte is het opvallend dat zowel polikliniek A als polikliniek C een extra maatregel hebben ingevoerd om de toegangstijden omlaag te brengen of te houden naast de maatregelen van het project Werken zonder Wachtlijst. Tijdens het project heeft polikliniek A tijdelijk een postcodebeleid ingevoerd. Dit betekende dat de instroom van patiënten werd beperkt doordat alleen patiënten uit een bepaalde basisregio werden toegelaten op de polikliniek. Alleen gedurende het project is deze maatregel van kracht geweest. Polikliniek C maakt op een flexibele manier gebruik van het postcodebeleid om zo het evenwicht tussen vraag en aanbod in balans te houden. Als het aanbod groter is dan de vraag brein zij het postcodegebied uit. Indien de toegangstijd begint op te lopen beperken zij het postcodegebied tot de basisregio.

Er kan worden geconcludeerd dat polikliniek C in staat is geweest om de maatregelen van het project te borgen, in tegenstelling tot polikliniek A & B. Doordat (een gedeelte van) de artsen de maatregelen niet (meer) toepassen, nemen de toegangstijden op de polikliniek toe. Tenslotte kan polikliniek C het evenwicht tussen vraag en aanbod van zorg in balans houden door op een flexibele manier gebruik te maken van het postcodebeleid. Door deze extra maatregel toe te passen wordt voorkomen dat de toegangstijden toenemen.

5.6.2 Factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen

In deze paragraaf worden de factoren behandeld die van invloed zijn op duurzaam veranderen. Daarnaast wordt ook per factor een koppeling gemaakt met de factor leiderschap.

In het Theoretisch Kader van deze scriptie zijn enkele factoren genoemd die volgens de literatuur van invloed zijn op duurzaam veranderen. Allereerst werd *het creëren van een eenduidige missie en doelen* (1) in de literatuur als factor genoemd. Hierdoor kan de inhoud van een verandering duidelijk worden gemaakt aan de medewerkers binnen de organisatie (Julian & Kombarakaran 2006). Door het opstellen van scherpe doelen en een heldere missie weten medewerkers waar ze voor gaan en waarop ze kunnen worden afgerekend. Opmerkelijk is dat deze factor met name terug komt bij polikliniek C. Om vooral de artsen te stimuleren om actief deel te gaan nemen aan het project en dus hun bewust te maken van de ernst van de hoge toegangstijden op de polikliniek, is ervoor gekozen om bijeenkomsten en werkconferenties te houden om zo de inhoud van de verandering duidelijk te maken en hierin op een kritische wijze het belang van het project aan te geven. Door de toegangstijden in grafieken weer te geven en vooral de gevolgen (financiële consequenties en hoge 'no show') daarvan te bespreken, helpt om artsen, maar ook ander personeel, zover te krijgen om zich ook met de toegangstijden bezig te gaan houden.

“Er zit vaak een enorme tijdsdruk met activiteiten die je al hebt naast patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Dit heeft tot gevolg dat je nooit met een aantal betrokkenen een middag rond de tafel zit om problemen te inventariseren. Met de werkconferenties was het zo dat je even



uit dat geheel stapte en je kan gaan nadenken van hoe doen we dat nou eigenlijk. Dan hoor je waar eigenlijk allemaal tijd- en efficiëntieverlies zitten” (Neuroloog 2008).

Opvallend is dat bij de overige twee poliklinieken hier geen aandacht aan is geschonken. Zo staan sommige artsen bij polikliniek A bij voorbaat al niet positief tegenover het project Werken zonder Wachtlijst en dus een nieuwe werkwijze. Aan deze artsen wordt door het management geen aandacht gegeven omdat zij geen energie hierin willen steken. Opmerkelijk is dat ook de artsen bij polikliniek C in eerste instantie niet enthousiast waren over het project. Door middel van het houden van bijeenkomsten en werkconferenties werd door het management geprobeerd om de missie en doelen van het project helder proberen neer te zetten. Op deze manier wordt niet op een gedwongen manier geprobeerd artsen over te halen om deel te nemen aan de nieuwe werkwijze, maar worden feiten onder ogen gebracht ten opzichte van de toegangstijden op de polikliniek. Door deze informatie aan de medische hulpverleners en overig personeel over te brengen kunnen zij een beter beeld creëren over de situatie en de noodzaak tot verandering. Deze factor is zowel belangrijk bij het doorvoeren als borgen van veranderingen. Als voorafgaand aan het project het doel van het project niet helder wordt neergezet, bestaat de kans dat de medewerkers op de afdeling niet begrijpen dat zij bepaalde maatregelen moeten blijven toepassen omdat zij niet duidelijk de inhoud van de verandering voor ogen hebben. Deze factor (het creëren van een eenduidige missie en doelen) geeft ook het belang van sterk leiderschap aan. Het is de taak aan het management om aan alle medewerkers het nut van het project in te laten zien. Hierbij is het belangrijk om een helder en duidelijk beeld te creëren van het project, met behulp van onder andere voorbeelden uit andere vergelijkbare (poli)klinieken uit het land. Maar niet alleen van het project met een helder beeld worden geschept, het management dient ook een schets te geven van de huidige situatie op de polikliniek, zoals het management bij polikliniek C ook heeft gedaan. Door middel van het presenteren van grafieken waarin de huidige toegangstijden op de polikliniek worden weergegeven kan dit duidelijk worden gemaakt.

De tweede factor uit de literatuur is het creëren van een *urgentiebesef* (2) tot veranderen binnen de organisatie. Wanneer medewerkers niet de noodzaak tot veranderen inzien en dus niet gemotiveerd zijn om aan de verandering deel te nemen, is de verandering gedoemd te mislukken. Deze factor komt sterk overeen met factor 1. Maar voornamelijk bij het project Werken zonder Wachtlijst is het van groot belang om bij de artsen dit urgentiebesef te creëren. Bij alle drie de poliklinieken zijn zij de groep waarbij de negatieve gevolgen van de hoge toegangstijden op de polikliniek het minst merkbaar zijn. De balie assistenten van polikliniek B ervaren een hoge werkdruk door de hoge toegangstijden. In de periode dat de toegangstijd lager was (als gevolg van het project Werken zonder Wachtlijst) was de druk op de assistenten merkbaar afgenomen.

“In de tijd dat de toegangstijd drie maanden was kwamen er heel veel telefoontjes binnen, zowel van huisartsen als patiënten of er nog eerder een plek vrij was. Nu is er rust in de tent. De baliemedewerkers zijn minder gestresst en de sfeer is hierdoor veel relaxt op de polikliniek. Dat is erg merkbaar” (Verpleegkundig Hoofd Neurologie & Neurochirurgie 2008).



De artsen zijn echter wel de groep die de maatregelen van het project moeten toepassen. Indien zij de noodzaak van de verandering inzien en hierdoor de maatregelen niet willen toepassen, kan het project nooit een kans van slagen hebben. Voor het ontwikkelen van een urgentiebesef tot veranderen onder de medewerkers moet inzichtelijke worden wat voor effecten een hoge toegangstijd heeft voor een polikliniek. Bijvoorbeeld financiële effecten, of de invloed op de tevredenheid van de patiënt maar ook die van de balieassistenten. Bij polikliniek C heeft het management van de afdeling de taak gekregen om het project in te voeren op de afdeling. Aan het management is daarom de taak om als leider op te treden en de overige medewerkers te betrekken bij het project en de noodzaak van deelname aan het project in te laten zien.

Het *zichtbaar maken van resultaten* (3) is een derde factor die ook in de literatuur naar voren komt bij duurzaam veranderen. Medewerkers in de organisatie zien de (positieve) resultaten van een verandering en blijven hierdoor betrokken bij het proces (Kotter 1998). Dit zorgt ervoor dat medewerkers bewust worden van het belang van de nieuwe werkwijze. Bij het project Werken zonder Wachtlijst ervaren artsen niet altijd de negatieve gevolgen van een hoge toegangstijd. Patiënten klagen over het algemeen minder bij de arts en meer bij de assistenten over de hoge toegangstijden. Artsen kunnen daarom niet begrijpen waarom het nodig is om aan het project deel te nemen. Dit benadrukt het belang van het schetsen van een helder beeld van de situatie en dus het creëren van een urgentiebesef bij deze groep hulpverleners. Aanvullend wordt bij het project Werken zonder Wachtlijst aangegeven dat resultaten zichtbaar kunnen worden gemaakt door middel van voorbeelden van andere klinieken waarbij het project positieve resultaten heeft behaald. Hierdoor kunnen medewerkers enthousiast worden gemaakt. Ook bij deze factor speelt sterk leiderschap een rol. Bij polikliniek C is het management verantwoordelijk voor de hoogte van de toegangstijden. Voor het project hebben zij het belang van de verandering onder andere in laten zien met behaalde resultaten van vergelijkbare poliklinieken die ook aan het project hadden deelgenomen. Maar ook na het project blijft het management zelf op de hoogte van de toegangstijden door deze maandelijks te meten. Hierdoor weten zij wanneer ze eventueel moeten ingrijpen bij een eventuele stijging van de toegangstijd. Ook kunnen ze met behulp van deze meetgegevens de overige medewerkers op de hoogte houden. Op deze manier blijft iedereen betrokken en is de kans klein dat de aandacht verslapt.

De drie factoren (eenduidige missie en doelen/ urgentiebesef/ resultaten zichtbaar maken) hangen samen met de vierde factor, namelijk *motivatie* (4). Zo kan het laten zien van de mogelijk resultaten die met het project kunnen worden behaald, een motiverende rol hebben onder de medewerkers. Het is tijdens een project belangrijk om medewerkers regelmatig te belonen. Zo geeft het management van polikliniek C aan dat door middel van kleine attenties, als het rondbrengen van koffie met iets lekkers tijdens de (extra) spreekuren, medewerkers worden bedankt voor hun inzet tijdens het project. Het verpleegkundig hoofd geeft aan dat je met een dergelijke interventie het allemaal leuk kan maken en waardering kan tonen. Bij de overige poliklinieken (Reumatologie en KNO). Maar medewerkers moeten ook na het project worden gemotiveerd om rekening te houden met de toegangstijd op de polikliniek. Op polikliniek C zijn de artsen bewust van het belang om de toegangstijd laag te houden,



ondanks dat zij er minder last van hebben dan bijvoorbeeld de balie assistenten. Door maandelijks een update te geven over de huidige stand van zaken (hoogte toegangstijd, hoeveel patiënten er zijn gezien in een maand, de hoogte van de 'no show') blijven de artsen op de hoogte van de ontwikkelingen. Het blijven informeren, op de hoogte houden, komt overeen met het aspect uit de literatuur: *het geven van feedback*. Op deze manier wordt voorkomen dat de aandacht verslapt en neemt de kans op duurzaam veranderen toe (Greenhalgh et al. 2004). Bij polikliniek A worden de toegangstijden na het project niet meer gemeten. De leidinggevende heeft hierdoor geen inzicht in de hoogte van de toegangstijd en kan ook de medewerkers op de polikliniek niet op de hoogte houden van het belang hiervan. Dit heeft tot gevolg dat de aandacht voor dit onderwerp (hoogte van de toegangstijd) verslapt. Bij polikliniek B werd tot voor kort nog gemeten door de teamleidster van de polikliniek. Deze gegevens presenteerde zij bij het management omdat zij verder geen bevoegdheden heeft om maatregelen te nemen. Hiermee werd echter niks gedaan. Dit zorgde ervoor dat zij is gestopt met het meten van de toegangstijden.

De literatuur geeft vervolgens *invloeden vanuit de omgeving* (5) aan als vijfde factor die van invloed is op duurzaam veranderen. Een organisatie moet zich kunnen aanpassen aan de omgeving (Greenhalgh et al. 2004). Wanneer de verandering is verankerd binnen de organisatie is het van belang dat men continue rekening houdt met externe ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de verandering (Julian & Kombarakaran 2006). Zo was het tijdens het project Werken zonder Wachtlijst voor polikliniek A erg moeilijk om de toegangstijden omlaag te krijgen door een tekort aan reumatologen in de omgeving. Een factor waar de polikliniek zelf geen invloed op uit kan oefenen maar zeker rekening mee moet houden. De medewerkers op de polikliniek werkten namelijk destijds extra hard door het draaien van extra spreekuren om het overschot aan patiënten te kunnen wegwerken. Door het tekort aan reumatologen in de omgeving ging de toegangstijd niet verder omlaag op de polikliniek omdat er vanuit de omgeving erg veel vraag was naar zorg. Duidelijk moet worden gemaakt aan de medewerkers waarom de toegangstijden niet omlaag gaan, ondanks dat zij extra hard werkten. Indien dit niet gebeurt, raken medewerkers ongemotiveerd. In de literatuur wordt aangegeven dat daarom managers bewust moeten zijn van de omgeving waarin zij opereren en moeten kunnen anticiperen op invloeden van de omgeving die mogelijk een impact kunnen hebben op de verandering (Julian & Kombarakaran 2006). Het management van polikliniek houdt zich hier veel mee bezig. Door middel van het maandelijks meten van de toegangstijd proberen zij inzicht te krijgen in de vraag naar zorg. Indien de toegangstijd hoger is, wat betekent dat de vraag hoger is dan het aanbod, beperken zij het postcodebeleid tot de basisregio. Op de polikliniek worden dus alleen mensen gezien uit de basisregio. Op deze manier probeert het management te reageren op veranderingen vanuit de omgeving. Bij polikliniek A en B is hier geen sprake van.

Aan de hand van de data uit dit onderzoek kan nog een zes factor worden toegevoegd die van invloed is op duurzaam veranderen, namelijk *duidelijkheid met betrekking tot verantwoordelijkheden* (6). Op de polikliniek KNO voelt zich tot op heden niemand vanuit het hoger management of vanuit de artsen verantwoordelijk om de hoge toegangstijden terug te brengen. Dit geldt ook voor de polikliniek

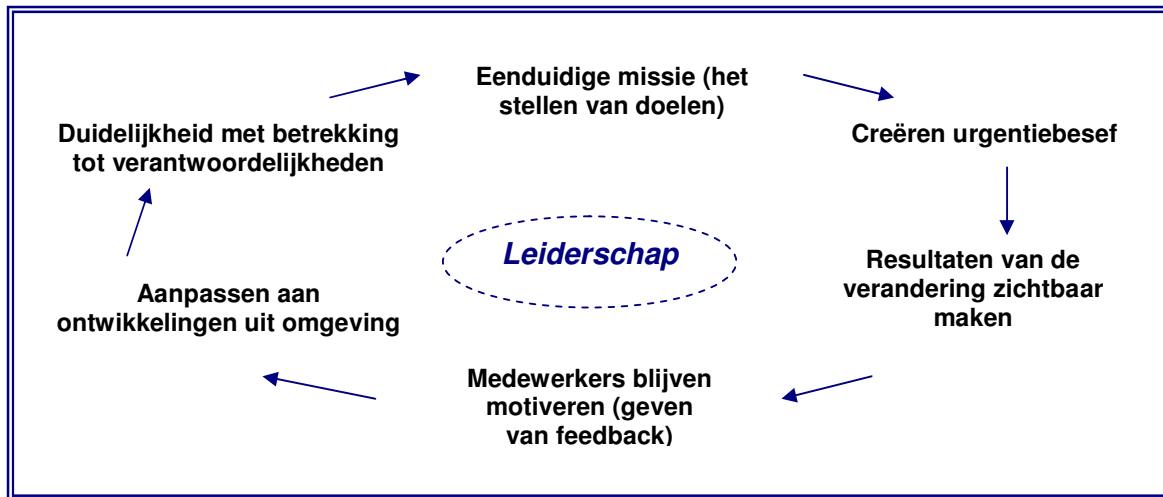


Reumatologie. Daarentegen is op de polikliniek Neurologie & Neurochirurgie is deze verantwoording helder. Het management is aangewezen om de toegangstijden in de gaten te houden en zij voelen zich hier dus ook verantwoordelijk voor. Er is dus een leidend figuur nodig binnen een afdeling om de aandacht te blijven vestigen op het laag houden van de toegangstijd. Indien dit niet het geval is, is de kans op verslapping van de aandacht erg groot en zal de toegangstijd snel toenemen zoals bij polikliniek B en C het geval is. Een verschil tussen deze twee afdelingen is dat bij de eerste afdeling niet duidelijk bekend is wie deze leidende rol moet aannemen en bij polikliniek C voelt de leidinggevende zich alleen groepen om degene te sturen die ook positief tegen de maatregelen aankijken. Echter wordt zij ook niet op haar verantwoordelijkheid aangesproken. Dit is wel het geval bij polikliniek C. Indien op deze polikliniek de toegangstijd te hoog wordt, wordt vanuit het hoger management (Raad van Bestuur) het management aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

Tenslotte worden in de literatuur nog twee factoren genoemd namelijk, *de rol van een positieve (verbeter) cultuur* (Schouten 2004) en *het creëren van effectieve communicatiekanalen* (Greenhalgh et al. 2004). De rol van een positieve (verbeter) cultuur hangt sterk samen met de factor motivatie. Wanneer immers binnen een organisatie niet negatief tegen veranderingen wordt gekeken, zal de motivatie van de medewerkers ook hoger zijn (Schouten 2004). In het geval van de drie poliklinieken van het project Werken zonder Wachtlijst waren in alle gevallen personen die minder positief tegen de verandering aankeken. Dit zal ook in elke organisatie het geval zijn. Door middel van het scheppen van een helder beeld van de missie en doelen van het project en het creëren van een urgentiebesef kunnen medewerkers ook positief tegenover de verandering komen te staan. Maar ook indien medewerkers sowieso positief staan tegenover veranderingen zijn deze factoren noodzakelijk. Het zal altijd belangrijk blijven om medewerkers op de hoogte te brengen. Een kritische blik van een medewerker op een verandering kan ook positief uitwerken. Dit betekent dat niet continue nieuwe projecten worden doorgevoerd maar, ook door de medewerkers, goed wordt stilgestaan bij de consequenties van een verandering alvorens deze wordt ingevoerd. In de resultaten is het moeilijk om een inschatting te maken per polikliniek in hoeverre er sprake was van een positieve verbetercultuur. Bij polikliniek C wordt wel door het verpleegkundig hoofd verteld dat het belangrijk is dat het management achter de verandering staat. Zij zijn immers degene die verantwoordelijk zijn voor de verdere invoering van de veranderingen van het project en het is daarbij belangrijk dat ze het belang van het project zelf duidelijk uitdragen naar de overige medewerkers van de afdeling. Het management had zelf niet gekozen voor deelname aan het project Werken zonder Wachtlijst maar de Raad van Bestuur. Indien het management niet positief had gestaan tegenover deelname aan het project, hadden problemen kunnen ontstaan om ook de andere medewerkers van de polikliniek enthousiast te krijgen voor het project. Al deze zes factoren benadrukken het nog grote belang van leiderschap bij duurzaam veranderen. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.



Tabel 10 : Conceptueel model



5.6.3 Effectief Leiderschap

De polikliniek Neurologie & Neurochirurgie is in tegenstelling tot de andere twee poliklinieken wel in staat geweest om de toegangstijden voor zowel controle als nieuwe patiënten laag te houden. Opvallend is de grote rol van het management tijdens dit project. Zij hadden de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur toegewezen gekregen om de toegangstijden op de polikliniek om laag te brengen en ook laag te houden. Het management moet drie keer in het jaar verantwoording hierover afleggen bij de Raad van Bestuur. Bij polikliniek A is het clusterhoofd verantwoordelijk voor de hoogte van de toegangstijden maar wordt niet door het hoger management aangesproken op haar verantwoordelijkheid. Het clusterhoofd zelf voelt daarnaast niet de urgentie om de weer hoge toegangstijden aan te pakken. Zij geeft aan dat er ook andere belangrijke zaken zijn en het van belang is om hier een keuze in te maken. Bij polikliniek B is het niet bekend wie verantwoordelijk is voor de toegangstijden. Van het hoger management voelt niemand zich hier ook verantwoordelijk voor. Alleen de teamleidster van de polikliniek voelt de urgentie om de toegangstijden aan te pakken, onder andere omdat zij ook de negatieve gevolgen hiervan ervaart, alleen heeft zij niet de bevoegdheden om maatregelen hiervoor in te voeren.

Zoals Kotter ook aangeeft is een sterk en krachtig leiderschap van essentieel belang. Dit is met name van belang om de belangrijke groep, de artsen, enthousiast te krijgen voor het project. Duidelijk is dat bij alle drie de poliklinieken de professional, de arts, een enorm grote rol speelt bij het doorvoeren van veranderingen. Wanneer zij niet achter het project, concept of nieuwe werkwijze staan, is het onmogelijk om datgene ook werkelijk door te voeren in de praktijk. In het geval van het project Werken zonder Wachtlijst zijn de artsen degenen die ook de maatregelen moeten uitvoeren in de praktijk. Zowel bij de polikliniek Reumatologie (A) als polikliniek KNO (B) zijn de artsen niet (allemaal) actief bezig met het laag houden van de toegangstijden op de polikliniek. Zo veroorzaken verschillende werkwijzen en verschillende gedachten over wat kwalitatief goede zorg is van reumatologen op polikliniek A ervoor dat een concept als patiënt gestuurde zorg niet geheel van de grond komt. Terwijl juist dit concept een manier kan zijn om de toegangstijden op de polikliniek laag te houden. Bij



polikliniek B zijn KNO-artsen niet bereid om extra spreekuren te draaien, ook een maatregelen van het project Werken zonder Wachtrij, om zo het overschot aan nieuwe patiënten weg te werken waardoor de toegangstijd op de polikliniek omlaag kan worden gebracht. De artsen hebben niet het urgentiegevoel en voelen zich daarom niet genoodzaakt om deze toegangstijd aan te pakken. Dit in tegenstelling tot de polikliniek Neurologie & Neurochirurgie (C) waarbij de artsen het belang inzien van het laag houden van de toegangstijd op de polikliniek en houden zich hier ook regelmatig mee bezig. De neuroloog van deze polikliniek die in dit onderzoek is geïnterviewd gaf aan dat hij en zijn collega's aanvankelijk negatief waren over het project. Door het bijwonen van bijeenkomsten en conferenties is hij de problemen omtrent de toegangstijden op de polikliniek en daarmee het belang van het project in gaan zien. Over het algemeen staat deze neuroloog bekend als een persoon die niet snel is overtuigd en vaak kritisch staat tegenover veranderingen. Desondanks nam hij met enthousiasme deelname aan de projectgroep en probeerde zijn collega's (artsen) ook te overtuigen van het nut van deelname aan het project Werken zonder Wachtrij. Hieruit blijkt dat het belangrijk is dat er ook een arts is die een leidende rol aanneemt binnen het project en probeert om zijn collega's ook mee te krijgen. In de literatuur ook wel 'klinisch leiderschap' genoemd.

Op polikliniek C zijn zowel het medisch als verpleegkundig hoofd, zich uitermate bewust van de rol van de arts bij het project Werken zonder Wachtrij. Beiden zijn actief bezig om de medewerking van de artsen voor het project te kunnen krijgen. Het 'transformational' leiderschap speelt een belangrijke rol bij duurzaam veranderen. Zoals ook in het Theoretisch Kader is gezegd hebben 'transformational' leiders het vermogen om medewerkers, en dus artsen, te inspireren en te overtuigen. Uit de resultaten komt naar voren dat het belangrijkste is om ervoor te zorgen dat de uitvoerders, dus de artsen, gemotiveerd en overtuigd zijn van het nut van het project. Zij moeten inzien dat het belangrijk is om deel te nemen aan het project, een aantal veranderingen door te voeren, om de toegangstijd op de polikliniek omlaag te kunnen brengen. Het management moet het vermogen en het geduld hebben om de medewerkers hiervan te overtuigen. Zo is het management van de afdeling Reumatologie niet krachtig genoeg omdat zij aangeeft dat het negatieve energie kost om alle artsen te overtuigen van het belang van het project. Zelfs wanneer de toegangstijd nog verder toe zou nemen, voelt het management zich niet genoodzaakt om hiervoor maatregelen te ondernemen. Ook bij de polikliniek KNO is hier sprake van. Afdelingshoofden van de poliklinieken zijn niet van plan om artsen aan te spreken op de hoge toegangstijd of artsen proberen te overtuigen om deze omlaag te brengen. 'Transactional leiderschap' is daarom nodig van een orgaan als de Raad van Bestuur. Zij moeten de hoofden van de afdelingen of polikliniek wijzen op hun verantwoordelijkheden om de toegangstijden laag te houden. Indien dit type leiderschap ontbreekt ontstaat er een situatie zoals bij polikliniek Reumatologie. Hier wordt het management op de polikliniek niet door hoger management aangesproken om haar verantwoordelijkheden.



6. Conclusie en discussie

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in dit hoofdstuk een reflectie gegeven op de resultaten van het onderzoek. Ook wordt besproken in hoeverre de resultaten van invloed kunnen zijn op de praktijk. In de volgende paragraaf worden de beperkingen van het onderzoek weergegeven. Tenslotte wordt het hoofdstuk afgesloten met enkele aanbevelingen.

6.2 Reflectie op de resultaten van het onderzoek

In deze scriptie staan de factoren centraal die van invloed zijn op duurzaam veranderen binnen het project Werken zonder Wachtlijst. In deze paragraaf wordt een reflectie gegeven op de resultaten van het onderzoek door antwoord te geven op de vijf deelvragen. Tenslotte wordt de probleemstelling van dit onderzoek behandeld.

1. Wat is er in de wetenschappelijke literatuur bekend over factoren die belangrijk zijn bij duurzaam veranderen?

In de literatuur wordt voornamelijk aandacht besteed aan factoren die van invloed zijn op het succesvol implementeren van veranderingen binnen organisaties. Maar ook factoren die van invloed zijn om deze veranderingen te borgen binnen een organisatie worden in de literatuur regelmatig behandeld. In de volgende tabel staan deze factoren weergegeven.

Tabel 11: Factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen

1. Leiderschap;
 2. Creëren van een eenduidige missie;
 3. Resultaten van de verandering zichtbaar maken;
 4. Aandacht niet laten verslappen/ motiveren van werknemers;
 5. Creëren van een positieve (verbeter)cultuur;
 6. Feedback;
 7. Mogelijkheid aanpassen aan ontwikkelingen uit externe omgeving.
-

2. Wat is de invloed van de factor leiderschap daarbij?

Leiderschap ook als factor genoemd die van invloed is op duurzaam veranderen. De factor wordt voornamelijk als zeer belangrijke factor genoemd bij het succesvol kunnen implementeren van veranderingen binnen organisaties. Opvallend is dat de overige factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen in zekere mate samenhangen met de factor leiderschap. Aan de hand van de literatuur kan ook worden gezegd dat deze factor een overheersende invloed heeft op duurzaam veranderen. Aangezien *leiderschap* een zeer breed fenomeen is, was het interessant om te kijken welke invloed deze factor precies had bij het project Werken zonder Wachtlijst.



3. Wat houdt het project Werken zonder Wachtlijst in?

Als casus is binnen dit onderzoek het project *Werken zonder Wachtlijst* gebruikt. Het hoofddoel van dit project is om de toegangstijd (derde beschikbare afspraak) van de deelnemende poliklinieken van dit project te verlagen aan de hand van een aantal logistieke principes. Belangrijkste voorwaarde voor deelname aan dit project was dat er op de betreffende polikliniek een balans moest zijn tussen de vraag en het aanbod van zorg. Ongeveer 120 poliklinieken hebben aan dit project deelgenomen. Sommigen hebben hierbij spectaculaire resultaten bereikt door hun toegangstijden aanzienlijk terug te brengen.

4. Welke factoren spelen een rol bij duurzaam veranderen binnen het project 'Werken zonder Wachtlijst'?

Vijf factoren (eenduidige missie/doelen, creëren van urgentiebesef, resultaten zichtbaar maken, medewerkers blijven motiveren/ feedback geven en aanpassen aan ontwikkelingen uit externe omgeving) zijn factoren uit de literatuur die van invloed zijn op duurzaam veranderen. Resultaten uit dit onderzoek bevestigen het belang van deze vijf factoren. Daarbij kan aan de hand van dit onderzoek de factor *duidelijkheid met betrekking tot verantwoordelijkheden* aan dit rijtje worden toegevoegd. Met name tijdens het project *Werken zonder Wachtlijst* is het belangrijk om iemand aan te wijzen die verantwoordelijk is voor het laag houden van de toegangstijden op de polikliniek. Zodra dit niet het geval is bestaat de kans dat de toegangstijden weer stijgen doordat niemand zich hier meer bezig houdt. Daarnaast moet de verantwoordelijke persoon of leidinggevende ook worden aangesproken door hoger management indien de toegangstijden verder stijgen. Op deze manier verslapt de aandacht niet. In de literatuur wordt deze factor niet vaak genoemd. Niet alleen in het geval van het project *Werken zonder Wachtlijst* maar ook voor toekomstige projecten is het van groot belang om aan iemand de verantwoordelijkheid voor de verandering toe te wijzen. Indien niemand de verantwoording tot zich heeft, ook voor het na het project, zal de aandacht snel verslappen. Er moet altijd iemand blijven die, bijvoorbeeld door middel van metingen, de situatie in de gaten kan houden en zo nodig kan ingrijpen. De resultaten uit dit onderzoek laten duidelijk de samenhang zien tussen de verschillende factoren. De factoren moeten daarom niet als afzonderlijke worden beschouwd maar als een geheel met de factor leiderschap als belangrijkste factor. In de literatuur worden de meeste factoren individueel behandeld terwijl dit onderzoek juist het belang van de samenhang tussen deze factoren weergeeft

5. Wat is de invloed van de factor leiderschap binnen dit project?

Resultaten uit dit onderzoek benadrukken het belang van sterk leiderschap bij duurzaam veranderen. De factor leiderschap kan worden gezien als een overkoepelende factor van de overige zes factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen. Indien er namelijk geen sprake is van sterk leiderschap, is het complex om bijvoorbeeld medewerkers te overtuigen, een urgentiebesef te creëren of medewerkers te blijven motiveren. Bij de poliklinieken A en B waarbij geen sprake was van een duurzame verandering, is er ook een gebrek aan de drie soorten leiderschap, namelijk: 'transactional', 'transformational' en klinisch leiderschap. Dit in tegenstelling tot polikliniek C. Klinisch leiderschap



heeft daarbij een belangrijke betekenis die nog wel eens kan worden onderschat. Het project Werken zonder Wachtlijst staat of valt bij wel of geen deelname van de artsen. Niet alleen voor dit project maar ook voor andere projecten waarbij artsen een grote rol spelen, is het zeer belangrijk dat de artsen een helder beeld hebben van het project en ook de noodzaak van het project inzien. Uit dit onderzoek is af te leiden dat zij de groep zijn die de maatregelen moeten uitvoeren maar ook de groep zijn die het minst last ervaren van de hoge toegangstijden. Uit het CBO rapport is af te lezen dat artsen een grote invloed hebben op de vraag van de zorg, maar er wordt nergens gewezen op de noodzaak van participatie van artsen aan het project. Voornamelijk voor het duurzaam veranderen is belangrijk dat artsen enthousiast zijn over het project en het belang van een lage toegangstijd inzien. Mijn inziens wordt hier nog te weinig op gelet, wat mede een oorzaak is voor de slechte resultaten van de polikliniek A en B.

Voor toekomstige projecten met vergelijkbare aspecten, waarbij de arts een grote rol speelt bij het invoeren van de veranderingen, is het bewustzijn over het belang van deelname van de arts van groot belang. Daarom levert dit onderzoek niet alleen nieuwe inzichten voor het project Werken zonder Wachtlijst, maar ook voor andere projecten die in de gezondheidszorg zullen worden ingevoerd.

Aan de hand van deze bevindingen kan een antwoord worden gegeven op de probleemstelling die centraal staat in dit onderzoek, namelijk:

Welke rol speelt de factor leiderschap bij duurzaam veranderen binnen het project Werken zonder Wachtlijst?

Dit onderzoek bevestigt het belang van sterk leiderschap bij duurzaam veranderen. De zes factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen, hebben allen te maken met de factor leiderschap. Ook benadrukt dit onderzoek het belang van verschillende lagen van leiderschap binnen de organisatie. Zo is de hoogste laag van leiderschap de Raad van Bestuur. Dit orgaan moet bij het doorvoeren van veranderingen verantwoordelijkheden toewijzen aan personen of leidinggevend en deze personen ook aanspreken indien zij hierin falen. Dit komt overeen met wat in de literatuur wordt aangeduid als *'transactional leiderschap'*. Deze leiders zorgen hierdoor voor structuur en duidelijkheid in de organisatie (Schwartz & Tumblyn 2002). De tweede laag van leiderschap die in dit onderzoek is te onderscheiden zijn de leidinggevend en of het management van de afdeling of polikliniek. Zij kunnen worden gekarakteriseerd als *'transformational leiders'* (Moen et al. 2000). Aan hun is de taak om medewerkers te informeren en te overtuigen van het nut van de verandering. Zij staan dichterbij de werkvloer en hebben op een meer informele wijze te maken met verschillende groepen medewerkers op de afdeling (Firth-Cozens & Mowbray 2001). Zij moeten zich bewust zijn van de eigen omgeving maar ook van externe invloeden en hier snel op in kunnen spelen. Voor het project Werken zonder Wachtlijst is het belangrijk dat een leidinggevende een sterke rol kan aannemen om zowel artsen als overige medewerkers enthousiast te krijgen voor het project en te blijven betrekken bij het project. Hierbij moet de verantwoordelijke leidinggevende in het bezit zijn van een goede overtuigingskracht.



Hij of zij kan daarbij gebruik maken van feiten/gegevens met betrekking tot toegangstijden en deze met behulp van grafieken presenteren aan de medewerkers. Eigenschappen van een 'transformational leider', namelijk charisma en goede sociale vaardigheden, zijn van belang om vervolgens de gevolgen van in dit geval hoge toegangstijden, helder te kunnen overbrengen naar de medewerkers.

Tenslotte moet de rol van de artsen hierbij niet worden onderschat. *Klinisch leiderschap* is daarmee de laatste vorm van leiderschap die kan worden benoemd. Het is, voornamelijk bij het project Werken zonder Wachtlijst, van groot belang om elke arts enthousiast te krijgen voor het project. Zodra er een arts is die hier negatief tegenover staat is het moeilijk om de veranderingen consequent door te voeren. Het project komt hierdoor niet volledig van de grond, zoals bij polikliniek A het geval was. Maar ook om duurzaam te kunnen veranderen is het belangrijk dat de artsen volledig achter het project staan. Bij polikliniek C was een arts die over het algemeen kritisch stond tegenover veranderingen. Na enkele bijeenkomsten en werkconferenties over het project werd ook hij enthousiast. Dit had uitwerking op de overige artsen die hierdoor meer vertrouwen kregen in het project.

Geconcludeerd kan worden dat leiderschap, in alle drie de vormen, een belangrijke factor is bij duurzaam veranderen binnen het project Werken zonder Wachtlijst. De resultaten van dit onderzoek kunnen andere poliklinieken helpen die in de toekomst willen deelnemen aan dit project door aan te geven welke factoren van invloed zijn om de positieve resultaten te kunnen blijven behouden. In vergelijking met de literatuur benadrukt dit onderzoek het belang van verschillende lagen leiderschap in de organisatie. Ook kunnen de resultaten uit dit onderzoek van belang zijn voor gezondheidszorginstellingen die vergelijkbare veranderingen in willen voeren.

6.3 Beperkingen van het onderzoek

Een beperking van het onderzoek is dat er drie volledig verschillende poliklinieken zijn geïnterviewd. De drie poliklinieken hebben een verschillend specialisme en daarnaast komen ze uit drie verschillen regio's uit het land. Voor de uitkomst van de resultaten had een goede aanvulling kunnen zijn om de polikliniek Reumatologie te vergelijken met een afdeling met hetzelfde specialisme alleen van een ander ziekenhuis uit de regio. Hebben zij dezelfde maatregelen doorgevoerd en welke hebben zij weten te behouden? In hoeverre verschilt de invloed van het tekort aan reumatologen op de toegangstijden van beide poliklinieken? Daarentegen maakt de variatie in specialisme tussen de poliklinieken dit onderzoek wel uitgebreid doordat er drie verschillende poliklinieken zijn onderzocht.

Een tweede beperking is het ontbreken van een interview met een kwaliteitsfunctionaris per polikliniek. Dit was helaas niet mogelijk. Ondanks deze beperking hebben er voldoende interviews plaats gevonden met personen vanuit verschillende achtergronden wat het onderzoek ten goede komt.



Tenslotte zijn er tijdens het onderzoek respondenten geïnterviewd die niet werkzaam waren op de polikliniek tijdens het project Werken zonder Wachtrij. Dit kan ervoor zorgen dat zij niet geheel op de hoogte waren van het project en bepaalde vragen niet konden beantwoorden. Daarentegen noemden deze respondenten enkele maatregelen van het project die momenteel worden toegepast om de toegangstijden laag te houden alleen relateerden zij deze niet aan het project. Dit gaf aan dat de maatregelen waren verankerd in de organisatie in niet meer werden gezien als maatregelen van het project Werken zonder Wachtrij.

6.4 Aanbevelingen

Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is de selectie van poliklinieken. Zo heeft de afdeling Reumatologie destijds wel een grote inhaalslag met betrekking tot de toegangstijden kunnen maken, alleen was de toegangstijd nog relatief hoog. Dit had onder andere te maken met het tekort aan reumatologen. In het vervolg moeten alleen poliklinieken worden onderzocht waarbij destijds wel het uiteindelijke doel van het project is behaald. Wanneer bij deze poliklinieken de toegangstijden weer sterk zijn toegenomen, is contrast nog groter en de faalfactoren van nog groter belang. Bij de poli Reumatologie had het project, ondanks de relatief grote daling van de toegangstijd, nooit volledig zijn doel bereikt. Dit betekent niet dat de uitkomsten van dit onderzoek onbetrouwbaar zijn, alleen had een betere selectie van de toegangstijden van tijdens het project en nu beter met elkaar kunnen worden vergeleken.

In totaal hebben tientallen poliklinieken meegedaan aan het project Werken zonder Wachtrij. Voor een nog scherper inzicht in de factoren die van invloed zijn op duurzaam veranderen is het ook interessant om deze poliklinieken te onderzoeken. Op deze manier kunnen ook vergelijkbare specialisme uit een zelfde regio worden vergeleken wat een positieve invloed kan hebben op de betrouwbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek.

Voor projecten die in de toekomst nog willen deelnemen aan het project is het van grote waarde om de essentie van deelname van artsen te benadrukken. Zij zijn degene die de maatregelen moeten uitvoeren en indien zij niet achter het project staan, zal deze ook niet zijn doel kunnen bereiken. Daarnaast moet worden benadrukt dat voor het behoud van de resultaten na deelname aan het project, het regelmatig (een keer in de maand) blijven meten van de toegangstijd (derde beschikbare plaats) van essentiële waarde is om inzicht te houden in de toegangstijden en de lage toegangstijden (resultaten) te kunnen behouden door in te grijpen als dit nodig is. Het aanwijzen van een sterke leider die de verantwoording hierover krijgt is daarbij van groot belang. Door deze informatie duidelijk te maken aan een polikliniek voor deelname aan het project, zal de kans van duurzaam veranderen veel hoger liggen.



Literatuurlijst

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. 2004. *Pilot: Doorbraakproject Werken zonder Wachtlijst. Toegang tot de polikliniek 2002-2003. Eindrapportage.*

Creswell, J. W. 2003. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* London, Sage Publications.

Dawson, P. 2003. *Understanding organizational change: The contemporary experience of people at work.* Londen, Sage Publications.

Goodstein, L. D. W. W. B. 1991. 'Creating Successful Organization Change.' *Organizational Dynamics* 19: 5-17.

Greenhalgh, T. & G. Robert & F. MacFarlane. 2004. 'Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations.' *The Milbank Quarterly* 82(4): 581-629.

Firth-Cozens, J. & D. Mowbray. 2001. 'Leadership and the quality of care.' *Quality in Health Care* 10(Suppl II): ii3-ii7.

Heward, S. & C. Hutchins & H. Keleher. 2007. 'Organizational change-key to capacity building and effective health promotion.' *Health Promotion International* 22(2): 170-178.

Julian, D.A. & F. Kombarakaran. 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.

Kotter, J. P. 1998. 'Leading Change: Why transformation efforts fail.' *Harvard Business Review on change*: 1-20.

Leger, L. 2005. 'Questioning sustainability in health promotion projects and programs.' *Health Promotion International* 20(4): 317-319.



MacGrath, K.M. & D.M. Bennett & D.I. Ben-Tovim. 2008. 'Implementing and sustaining transformational change in health care: lessons learnt about clinical process redesign.' *The Medical Journal of Australia* 188(6):32-35.

MacPhee, M. 2007. 'Strategies and Tools for Managing Change.' *The Journal of Nursing Administration* 37(9): 405-413.

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

Moen, J. & P. Ansems & J. Hanse. 2000. *Leiden of lijden? Het handelingsrepertoire van de manager*. Assen, Van Gorcum.

Neath, A. 2007. 'Layers of leadership: hidden influencers of healthcare.' In *The sustainability and spread of organizational change*. New York: Routledge.

Øvretveit ¹, J. 2008. *Making temporary quality improvement continuous: A review of research relevant to the sustainability of quality improvement in health care*. Gothenberg, The Nordic School of Public Health.

Øvretveit ², J. 2008. *Review of Research on Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement for the ZonMw National programmes*. Stockholm/ Den Haag, Karolinska Institute MMC.

Øvretveit ³, J. 2008. *Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement: Discussion Document*. Stockholm/ Den Haag, Karolinska Institute MMC.

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

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

Pluye, P. & L. Potvin & J.L. Denis. 2004. 'Program sustainability: focus on organizational routines.' *Health Promotion International* 19(4): 489-500.



Pluye, P. & L. Potvin & J.L. Denis. 2004. 'Making public health programs last: conceptualizing sustainability.' *Evaluation and Program Planning* 27:121-133.

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

Schwartz, R.W. & T.F. Tumblin. 2002. 'The Power of Servant Leadership to Transform Health Care Organizations for the 21st-Century Economy.' *Archives of Surgery* 137: 1419-1427.

Sibthorpe, B. M. N. J. G. R. W. W. 2005. 'Questioning the sustainability of primary health care innovation.' *The Medical Journal of Australia* 183(10): S52-S53.

Thomas, A. B. 2003. 'Organizational Leadership: Does it make a difference?' *Controversies in management*. A. B. Thomas. London and New York, Routledge: 162-183.

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



Bijlage 1: De vragenlijst

Inleidende vragen

1. Wat houdt uw functie precies in? (ondanks zelfde functie-omschrijving 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**?
(Maak even een schriftelijk lijstje van de punten; je hoeft hier je WZW checklist nog niet voor te leggen aan de respondent)
5. Wordt dat in de huidige praktijk ook echt nog zo gedaan? (ga de maatregelen even af)
 - Zo ja, waarom lukt dat jullie? (eerst open laten en tijd geven en dan pas doorvragen als je nog zaken mist)
 - 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? (eerst open laten en tijd geven en dan pas doorvragen als je nog zaken mist)
 - 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 (bv.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 dat,
- Met wie wordt dat besproken? Wie zitten daarbij? Hoe vindt zo'n gesprek dan plaats?
- Hoe wordt bepaald wat voor maatregelen noodzakelijk zijn?
- Wat voor soort maatregelen worden genomen?
- Hoe wordt ervoor gezorgd dat de maatregel ook ingevoerd wordt?
- Hoe weten jullie of deze maatregelen ook werken?
(doorvragen op wat ze dan doen; kijk of ze kortcyclisch verbeteren)
- Heeft u dat ook zelf meegemaakt?
- Hoe vaak heeft u de afgelopen jaren meegemaakt dat de wachttijd oploopt?



15. (Jullie maken oplopende wachttijden vaker mee) Worden er volgens u dan ook de **juiste maatregelen** getroffen? Zo niet, hoe komt dat? Heeft dit geleid tot een **structurele oplossing** van de problemen? waarom wel of niet?
16. Wat doet u **zelf** met de meetgegevens?
17. Worden individuele medewerkers en specialisten ook **aangesproken** op de resultaten van de metingen? Door **wie**? Zijn daar ook **consequenties** aan verbonden? (ga zowel in op dalen, stijgen als gelijk blijven van de toegangstijd)
18. 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 (controle versus nieuwe patienten)? U heeft dat niet eerder genoemd; spelen deze normen/doelen wel een belangrijke rol?
19. Hoe wordt **omgegaan met variaties** in hoogte van toegangstijden tussen artsen?
20. Wiens **verantwoordelijkheid** is het om de wachttijden laag te houden? Waar blijkt dat uit?

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

21. Heeft u het idee dat **de juiste kennis en vaardigheden** op de poli aanwezig zijn om de wachttijd laag te houden? Zo nee, doen jullie daar iets aan? Zo ja, hoe zorgen jullie daarvoor (onderhouden; nieuwe mensen?)?
22. 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?
Worden zij daarin ook ondersteunt; hoe?
23. Worden medewerkers op de poli ook **gestimuleerd** om aandacht te besteden aan wachttijden? Waarom niet? Hoe dan?
24. Worden jullie vanuit het **hoger management** ook **aangesproken** op wachttijden? Zo ja, hoe dan?



25. Vindt u dat jullie voldoende door het ziekenhuis **gefaciliteerd** worden om wachttijden laag te houden? Waarom wel of niet?

Het project Werken zonder Wachtlijst

26. 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?

27. 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?

28. U heeft tijdens het project een aantal maatregelen (veranderingen) doorgevoerd? Welke van deze maatregelen worden **nog steeds toegepast**?

- Welke wel en waarom?
- Welke niet en waarom?

(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.

30. Kent u deze maattregelen? 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

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



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

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

34. 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

35. 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?