

De zoektocht naar succesfactoren om veranderingen te borgen



Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement
Paulien Schoneveld, studentnummer 158771
p.schoneveld@erasmusmc.nl

Afstudeerbegeleider: dr. J.D.H. van Wijngaarden
Meelezer: dr. G.R.M. Scholten
September 2008

Voorwoord

In deze scriptie worden de resultaten beschreven van een kwalitatief onderzoek naar factoren, die een rol spelen bij borging van veranderingen in zorgorganisaties. Het onderzoek is opgebouwd vanuit een theoretisch referentiekader. Hiervoor is een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd. Teneinde de praktijk te relateren aan de theorie en hierop aanvullingen qua borging van verandering voor te stellen, is deskresearch uitgevoerd en zijn diverse interviews gehouden op poliklinieken in drie verschillende ziekenhuizen. Op basis van de verkregen resultaten worden aanbevelingen op diverse terreinen gedaan, o.a. op het gebied van personeelsmanagement, structuur en tools.

Mijn dank gaat uit naar de respondenten voor hun gastvrijheid, openheid, eerlijkheid bij de gehouden interviews en vooral het enthousiasme waarmee de respondenten vertellen over hun ervaringen zal me bijblijven. Ik wil alle respondenten hartelijk danken voor het vrijmaken van hun tijd. Zonder hun bijdragen zou deze scriptie niet geschreven kunnen worden. Mijn dank gaat uit naar mijn scriptiebegeleider dr. J.D.H. van Wijngaarden voor de waardevolle adviezen, prettige begeleiding en grote toegankelijkheid voor vragen of adviezen. Hij heeft er veel moeite voor gedaan om duidelijk te maken wat wetenschappelijk onderzoek inhoudt. Dit heeft me geleerd nauwgezet en zorgvuldig te werken. Dr. G.R.M. Scholten wil ik bedanken voor zijn bijdrage als meelezer en voor de toegankelijkheid.

Als laatste gaat mijn speciale dank uit naar mijn beste vriendin, Marianne Wigmans-Mulder, voor haar support tijdens het schrijven van deze scriptie. Zij heeft steeds voor mij klaar gestaan als het net iets teveel werd en was nooit te beroerd om met mij te discussiëren over de inhoud van het onderzoek zodat ik weer verder kon. Dit is van onbetaalbare betekenis. Tenslotte wens ik ieder die deze scriptie leest plezier bij het lezen.

Paulien Schoneveld
September 2008

Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg staat de laatste decennia onder druk. Zorginstellingen krijgen meer en meer te maken met wettelijke eisen van verantwoorde zorg tegen aanvaardbare kosten. Om aan al deze ontwikkelingen tegemoet te komen voelen zorginstellingen zich genoodzaakt om ingrijpende veranderingen door te voeren. Een veranderingsproces bestaat uit een aantal stappen waarbij borging van veranderingen de laatste stap in het proces is. Er zijn twee manieren van borgen: borging als eindpunt, de veranderingen zijn onderdeel van de cultuur van de organisatie geworden of borging als vertrekpunt van waaruit nieuwe verbeteringen en/of aanpassingen worden ingevoerd. Bij een dergelijk proces is de lerende organisatie van groot belang. Het identificeren van succesfactoren voor borging staat centraal in de scriptie.

Om borging te bewerkstelligen zijn in de literatuur een aantal factoren bekend. Aspecten van borging zijn onder te verdelen in drie velden namelijk individueel-/ organisatorisch- en financieel. In de literatuur wordt leiderschap als één van de cruciale factoren genoemd om tot borging te komen.

Het onderzoek dat centraal staat in deze scriptie is uitgevoerd aan de hand van de praktijkcasus "Werken zonder wachtlijst: toegang tot de polikliniek (WZW). WZW is één van de doorbraakprojecten van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. De doelstelling van het project is te komen tot het reduceren/geen toegangstijd tot poliklinieken zonder daarvoor capaciteitsuitbreiding nodig is. Om na te gaan of poliklinieken erin slagen veranderingen te borgen en zo ja op welke manier is kwalitatief onderzoek verricht. Hiervoor zijn op drie poliklinieken semi-gestructureerde interviews afgenomen, per polikliniek, bij een secretaresse, een afdelingshoofd/specialist, een kwaliteitsmanager en een teamhoofd.

Leiderschap speelt een grote rol bij borging alsmede draagvlak onder de medewerkers en motivatie. Medewerkers hebben een behoefte aan een sterke leiding die hen faciliteert bij het goed kunnen uitvoeren van hun functie en naar hen luistert om de knelpunten vast te stellen. Om de leiding in staat te stellen de werkvloer te faciliteren in middelen en eventueel capaciteit is inzicht in de resultaten een randvoorwaarde. Tevens moet de leiding in staat zijn te inspireren en te motiveren en een rolmodel te zijn.

Uit de analyse van de praktijkvoorbeelden blijkt het voortdurend meten van de toegangstijden belangrijk te zijn voor borging, waarbij het noodzakelijk is dat de resultaten van de metingen ook consequent besproken worden in het hele team. De resultaten geven medewerkers inzicht in hun eigen werkproces en de invloed die ze daarop kunnen uitoefenen. Naast meten lijkt de factor flexibiliteit een voorwaarde om de resultaten vast te kunnen houden. Tevens blijkt dat de omvang van de organisatie, de functie in de regio en het al of niet academische karakter van een ziekenhuis geen invloed te hebben op de succesvolle toepassing van de uitgangspunten van WZW.

Summary

Dutch healthcare has been under pressure the last few decades. Health care institutions are faced more and more with legal demands of a responsible health care against acceptable costs. To satisfy all these developments health care institutions feel obligated to implement drastic changes. A process of change consists of a number of steps. The last step in the change process is the securing of the changes. There are two methods of securing: 1. securing as a final result, the changes have become an integral part of the organisation and 2. securing as a point of departure from which new improvements and/or adjustments are being implemented. With such a process it is essential that the organisation is a learning one. The object of this paper is to identify the success factors of securing a process of change.

In the literature a number of success factors to bring about securing are known. Aspects of securing can be divided in three fields, namely individual, organisational and financial aspects. In the literature leadership is named as one the most crucial aspects to ensure securing of a change process.

The research, which this paper is about, has been carried out on the basis of a practice case "Working Without Waiting": admittance to the out-patient clinic. Working Without Waiting has been one of the breakthrough projects of the Institute of Quality for the Healthcare CBO. The aim of the project is to reduce or better the elimination of the waiting time to enter the poly clinic without the necessity of expanding the capacity. To check whether the out-patient departments are succeeding in securing the changes, and if they do to find out how, qualitative research has been undertaken. To this end in three out-patient clinics semi-structured interviews were taken, for each clinic, from a secretary, a department head/specialist, a head of a team, and a manager of quality.

Leadership plays an important role in the securing as well as the amount of support and the motivation of the staff. The employees need a strong leadership who facilitates them in the way they can work at their jobs and listens to them to determine bottlenecks. In order to facilitate in means and possibly capacity the management must have a clear view of the results as a prior condition. Moreover the management must be able to inspire, to motivate and be a role model. It appears that an important aspect of the securing is the continual measuring and monitoring of the admittance times. And it is essential that the results of the monitoring are being consequently discussed by the whole team. The results give the workers insight in their own working process and the influence they can exercise on it. Besides the monitoring it seems that the factor flexibility is a condition to retain the results of the changes over a longer period. At the same time it appears that organisational size, its function in the region and whether or not it is a university hospital, bare no significance to the succesful application of the starting-points of WZW.

Inhoudsopgave

<u>1.</u>	<u>INLEIDING</u>	<u>1</u>
1.1	Achtergrondsheets	1
<u>2.</u>	<u>THEORETISCHE ACHTERGROND</u>	<u>4</u>
2.1	Statische borging tegenover dynamische borging	4
2.2	Theorieën over borgen van veranderingen	5
2.3	Leiderschap	7
2.3.1	Leiderschapsstijlen	8
<u>3.</u>	<u>METHODE VAN ONDERZOEK</u>	<u>11</u>
3.1	Het onderzoeksdesign	11
3.2	Selectie onderzoekssubjecten	11
3.3	Betrouwbaarheid	12
3.4	Validiteit	13
<u>4.</u>	<u>PRAKTIJKCASUS: "WERKEN ZONDER WACHTLIJST: TOEGANG TOT DE POLIKLINIEK"</u>	<u>14</u>
4.1	Het project	14
4.2	Doorbraakmethode	14
4.3	Principes WZW	15
<u>5.</u>	<u>ANALYSE</u>	<u>17</u>
5.1	azM, polikliniek dermatologie	17
5.1.1	Context azM, polikliniek dermatologie	17
5.1.2	WZW Interventies	19
5.1.3	Borging van verandering	23
5.2	Tergooziekenhuis, polikliniek cardiologie	27
5.2.1	Context	27
5.2.2	WZW interventies	29
5.2.3	Borging van verandering	32
5.3	Koningin Beatrix ziekenhuis Winterswijk, cardiologie	35
5.3.1	Context	35
5.3.2	WZW interventie	37
5.3.3	Borging van verandering	41
5.4	De drie poliklinieken: evaluatie	45
5.4.1	Interventies van de drie poliklinieken	45
5.4.2	Borging	46
<u>6.</u>	<u>CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</u>	<u>53</u>
6.1	Conclusie	53
6.2	Aanbevelingen	56

<u>7.</u>	<u>REFLECTIE</u>	<u>57</u>
7.1	De methode	57
<u>8.</u>	<u>LITERATUURLIJST</u>	<u>58</u>
<u>9.</u>	<u>BIJLAGEN</u>	<u>60</u>

1. Inleiding

1.1 Achtergrondschets

De externe omgevingsfactoren van zorginstellingen zijn continue in beweging. Dit vergt grote flexibiliteit en aanpassingsvermogen van de instellingen. Deze externe factoren geven veelal de aanzet tot het initiëren van organisatieveranderingen (Goodstein & Burke, 1991) hetgeen leidt tot veranderingsprocessen en het afgeleide vraagstuk van hoe die veranderingen geborgd kunnen worden. Organisaties hebben te maken met een steeds grotere concurrentie tussen de bestaande zorginstellingen en met de nieuwe toetreders op de zorgmarkt. Mede door de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1996 hebben zorginstellingen de kwaliteit van hun product en proces in kaart gebracht. Deze wet eist dat Zorgverleners en instellingen moeten verantwoorde zorg en aantoonbare kwaliteit leveren om te voldoen aan de eisen van die wet. Hoe die zorg er dan uit moet zien is individueel in te vullen door de zorgverlener. Zorginstellingen werken dan ook hard aan kwaliteitsverbetering (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002). In dat kader worden veel dure, met publieke gelden gefinancierde zorgvernieuwingprojecten gestart om veranderingen in te voeren die moeten leiden tot een verbeterde kwaliteit voor zowel cliënten als voor medewerkers. Om te bewerkstelligen dat veranderingen ingebed raken in de organisatie is het noodzakelijk tijdens het ontwerp en de implementatie van het veranderingsproces voortdurend het aspect borging te betrekken in de plannen en in de uitwerking van het projectplan.

Dit vooraf nadenken over borging is zo belangrijk omdat uit de literatuur blijkt dat 70% van alle geplande veranderingstrajecten in organisaties alsnog mislukken (Stanton et al.,1993; Spector and Beer,1994; Strebel,1996; Siegal et al.,1996; Cao et al, 2003, Pfeifer, Schmitt & Voigt, 2003). Veelal worden veranderingen wel geïmplementeerd, maar wordt na verloop van tijd toch weer teruggevallen op oud denken en gedrag. De veranderingen zijn dus niet geborgd in de organisatie. Borging of duurzaamheid van veranderingen is ook in de gezondheidszorg een groot probleem. Bij het bestuderen van de literatuur blijkt dat er nog maar weinig bekend is over factoren die bijdragen aan borging van veranderingen in organisaties. Daarom is het een interessant vraagstuk om nader te onderzoeken welke aspecten van borging moeten worden meegenomen bij veranderingstrajecten om deze trajecten duurzaam te laten zijn. Om van een geslaagd veranderingsproces te kunnen spreken moeten deze ook geborgd zijn in de organisatie en ingebed in de cultuur ervan. Er zijn een aantal factoren uit de literatuur bekend die een rol spelen bij succesvol duurzaam veranderen en veel genoemde factoren in de literatuur zijn leiderschap, cultuur, draagvlak, structuur,communicatie, motivatie en lerend vermogen van de organisatie. Leiderschap lijkt een zwaarwegende factor te zijn en speelt op meerdere niveaus in de organisatie (Schouten, LM.S.cs 2004). Bij duurzaam veranderen is het management, waarvan leiderschap een onderdeel is, de kritische brug tussen gedeeltelijke invoering van veranderingen en volledige implementatie ervan inclusief duurzaamheid (Miller, 2004). Daarnaast stelt Kotter dat er leiderschap van topkwaliteit nodig is in een organisatie

om het complexe veranderingsproces in te zetten en te leiden tot succes (Kotter, 1996). Leidinggevendenden moeten mensen motiveren, ze aanzetten tot prestaties en ze beïnvloeden om een bepaald organisatiedoel te bereiken. Er zijn verschillende stijlen van de manier waarop leiding gegeven kan worden. De twee uitersten van stijlen zijn: enerzijds de autoritaire stijl gericht op het uitvoeren van taken waarbij alles van bovenaf wordt opgelegd met geringe aandacht voor de mens. Anderzijds is er de democratische of participatieve stijl, die sociaal gericht is met een open communicatie. Bij een veranderproces in organisaties is transformationeel leidinggeven van belang. De nadruk ligt hier meer op het creëren van verandering en vernieuwing, empowerment van anderen, pro-actief benaderen van de omgeving, kansen scheppen en condities creëren. In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op het belang van leiderschap bij borging van veranderingen.

Om de factoren te achterhalen die een rol spelen bij het borgen van veranderingen met speciale aandacht voor het aspect leiderschap wordt de praktijkcasus "Werken Zonder Wachtlijst: Toegang tot de polikliniek" gebruikt (WZW). In het kader van kwaliteitsverbetering is in 2001 het Doorbraakproject WZW met een pilot gestart. Met dit project wordt beoogd om de toegangstijd tot de polikliniek te minimaliseren zonder efficiencyverlies. In onderstaand kader wordt de casus WZW nader toegelicht.

De doelstelling van het onderzoek luidt:

"Het identificeren van succesfactoren voor duurzame veranderingen, zodat deze kunnen dienen als leidraad voor andere organisaties om veranderingen succesvol en duurzaam te implementeren. Naast andere aspecten wordt met name gekeken naar de invloed van leiderschap bij het borgen van veranderingen".

Probleemstelling

"Wat zijn de kritische succesfactoren voor duurzame veranderingen bij WZW en wat is de invloed van leiderschap daarop". Deelvragen die uit de probleemstelling voortkomen zijn:

1. Wat is er bekend over factoren om borging te bewerkstelligen bij veranderingen?
2. Wat is er bekend over de invloed van leiderschap bij het doorvoeren van duurzame veranderingen?
3. Wat houdt het project "Werken Zonder Wachtlijst" in?
4. Welke factoren spelen een rol bij borging van veranderingen in de casus "Werken Zonder Wachtlijst"?
5. Hoe speelt leiderschap een rol bij het borgen van veranderingen?

Beschrijving van de opbouw van de scriptie.

In hoofdstuk 2 is het theoretisch kader geschetst. Paragraaf 2.2.1 gaat in op het aspect van borging met in de volgende paragrafen een bespreking van enkele borgingstheorieën van verschillende auteurs en een toelichting op wat leiderschap inhoudt. Het hoofdstuk sluit af met een theoretisch model van waaruit de analyses zijn verricht. Hoofdstuk 3 gaat in op de methoden van onderzoek. In dit hoofdstuk komt naar voren waarom er

gekozen is voor het gekozen onderzoeksdesign, terwijl de selectie van dataverzameling in de volgende paragraaf aan de orde komt. Als laatste wordt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek toegelicht. Hoofdstuk 4 gaat in op de casus "Werken Zonder Wachtlijst: Toegang tot de polikliniek"; hoofdstuk 5 belicht de analyses van het onderzoek met de evaluatie van de drie poliklinieken wat betreft de veranderde manier van werken en de wijze van borging. Eerst per polikliniek en in de laatste paragraaf de evaluatie van de drie poliklinieken gezamenlijk. In hoofdstuk 6 zijn de conclusies beschreven en worden er aanbevelingen gedaan terwijl het laatste hoofdstuk een reflectie op de methoden van onderzoek is.

2. Theoretische achtergrond

Dit hoofdstuk belicht verscheidene theorieën over borging, benoemt daarbinnen overeenkomsten en verschillen om zo te komen tot een selectie van één of meerdere theorieën, die verbonden kan (kunnen) worden aan het gedane exploratorisch onderzoek. Tevens is de rol van leiderschap expliciet benoemd. Achtereenvolgens komen de begrippen statische –en dynamische borging aan bod, een aantal onderzoekstheorieën waarin factoren worden benoemd die relevant zijn bij het implementeren en borgen van veranderingen en het onderzoekskader aan bod. Vervolgens een verhandeling over leiderschap en een aantal leiderschapsstijlen met als afsluiting een model van het gehanteerde theoretisch kader.

2.1 Statische borging tegenover dynamische borging

Statisch borgen

In de literatuur wordt gesproken over statische borging tegenover dynamische borging. Veranderingen zijn pas geborgd als ze onderdeel van het normale handelingspatroon zijn geworden, dan kan gesproken worden van statische borging (Kotter & Cohen, 2002). Als er over statisch borging (duurzaam veranderen) wordt gesproken dan wordt het begrip gebruikt om een gewenste uitkomst te omschrijven; het verwijst naar een lineaire of statische toestand, dus vasthouden wat je hebt bereikt. Pas als de verandering onderdeel geworden is van de routine is er sprake van een nieuwe stabiele situatie en is de verandering geborgd. Ovretveit (2008) zegt dat er sprake is van borging van verandering als er vertrouwen bestaat dat de situatie niet meer wordt zo als voorheen. Mensen kunnen zich niet meer herinneren hoe het voorheen ging. Kotter (2003) heeft het veranderingsproces ingedeeld in acht stappen. Stap zeven bestaat uit consolidering van verbeteringen en meer veranderingen tot stand brengen. Dan is het proces van veranderen nog niet af zegt Kotter (1998). De stappen moeten allemaal doorlopen worden voordat daadwerkelijk de veranderingen in de cultuur verankerd (stap 8) zijn.

Dynamische borging

Er is sprake van dynamische borging als de bereikte verandering niet als eindpunt wordt beschouwd, maar als het begin van weer nieuwe veranderingen, soms kleine verbeteringen of aanpassingen (Schouten:2004). Dit is een alsmaar doorgaand proces. Om cyclische/dynamische borging te bevorderen moet een cultuur gecreëerd worden waarbij leren centraal staat (Yukl, 2001). Dynamische borging richt zich op individuele kennis, attitude en aannames en stelt proces en procedure centraal (Ten Have, 2005). Dit komt overeen met de theorie die uitgaat van de gedachte dat een organisatie competent is als deze zich voortdurend aan kan passen aan de veranderende context en dit overleeft (Goodstein & Burke, 1991). Volgens de auteurs is het feit dat organisaties voortdurend in beweging zijn tegenwoordig een cliché geworden, maar is er pas recent enig inzicht gekomen in de "nature" van wat verandering is en op welke manier het proces gemanaged kan worden. Pettigrew (1997) geeft aan dat veranderingen in de complexe werkelijkheid weliswaar reizen zijn, maar geen eindbestemmingen". Uit bovenstaande is duidelijk dat statische en dynamische borging door elkaar heen kunnen lopen.

2.2 Theorieën over borgen van veranderingen

Een van de eerste veranderingstheorieën waarbij tevens naar borging wordt gekeken is van Lewin (1951; Yukl, 2001). Lewin's krachtenveldmodel verdeelt het proces van organisatieverandering in drie stadia: unfreezing, changing en refreezing. Deze drie stadia worden door een aantal auteurs beschreven (Goodstein & Burke, 1991) (Leeuw De, 1994). In de eerste fase, de unfreezingfase, gaan mensen zich realiseren dat de oude manier van doen niet meer werkt. Dit gevoel moet uitgedragen worden door het management. In de eerste fase ontstaat een noodzaak om te veranderen en dit kan dan uitlopen op een crisis in de organisatie. In deze periode groeit de bereidheid van medewerkers tot veranderen. Een factor die aanzet tot bereidheid tot veranderen is het aanmoedigen van personeel om innovatief te denken en in die fase is het hoogste management gericht op de toekomst van de organisatie (Narine, Persaudy, 2003) (Ingersoll et al., 2000). Om de gewenste verandering in gang te zetten zal een organisatie proberen draagvlak onder medewerkers te creëren en de weerstand tegen veranderingen trachten te verminderen. Een andere interventie die een organisatie kan inzetten is het gebruik maken van een machtspositie van het hoogste management om verandering door te drukken. In complexe, professionele organisaties zoals ziekenhuizen zal deze laatste methode geen borging bewerkstelligen. In de tweede fase komt het veranderproces, 'change', op gang en gaan zowel personeel als organisatie weerstand bieden aan het onbekende. Medewerkers verliezen hun zekerheden en zij hebben behoefte aan een duidelijk tijdspad om zich aan vast te houden. Deze weerstand moet eerst overwonnen worden alvorens fase drie in kan gaan. In de derde wordt de verandering onderdeel van het normale handelen en is de verandering eigen gemaakt in attitude en/of proces (Lewin, 1951) (Weinbach, 2001) (Yukl, 2001).

Een latere theorie die hierop aansluit is die van J.P. Kotter, 1996. Ook bij hem is veranderen van organisaties een gestructureerd proces. Er zijn acht verschillende stadia in het proces te onderscheiden. Het eerste stadium wordt gezien als aanzet tot verandering, Kotter noemt deze fase 'increase urgency'. Na dit eerste stadium volgen de andere stappen in het proces: een coalitie tot stand brengen (de coalitie ontwikkelt de visie en strategie die nodig is voor de verandering), de visie communiceren naar anderen in de organisatie toe, empowerment aanbrengen bij de mensen, stilstaan bij overwinningen hoe klein ook, doorblijven gaan op de golf van veranderen en tenslotte de veranderingen verankeren of borgen in de organisatie. Het ontwerp van het veranderproces is heel belangrijk en na elke fase wordt bezien wat nog past bij de context van de organisatie en zijn leden.

De visie van Goodstein & Burke (1991) is dat elke bereikte verandering het beginpunt is van nieuw in te zetten veranderingen als een nooit eindigend proces (circulair). Dit komt overeen met bovenstaande theorieën. Zij benadrukken hierbij dat een leider die de sociale psychologie beheerst één van de kritische succesfactoren bij veranderingsprocessen is. In deze theorie wordt een onderscheid gemaakt in niveaus van organisatieverandering. Een organisatieverandering is op te conceptualiseren op het niveau van organisatieverandering. In onderzoek

naar borging van veranderingen is het van belang te onderzoeken te onderzoeken op welk niveau de organisatieverandering zich afspeelt. Op het eerste niveau van verandering wordt een onderscheid gemaakt tussen een fundamentele verandering in strategie en cultuur of een verandering op het niveau van 'procedures aanpassen', de zogenaamde 'finetuning' of kleine veranderingen. Zijn veranderingen finetuning (kleine aanpassingen) of vinden deze op strategisch niveau (transformatie) plaats. Dit onderscheid tussen strategisch niveau en finetuning is nodig zijn om te bepalen welke strategie en methoden nodig zijn om de verandering in te bedden in de cultuur. Ook in deze theorie is terug te vinden dat bij complexe organisatieverandering sommige aspecten van de organisatie niet mogen veranderen, wil de verandering succesvol zijn. Mensen hebben namelijk behoefte aan enige stabiele factoren om zich aan vast te houden. Bij fundamentele veranderingen is het vereist om duidelijkheid te geven aan de organisatieleden over die factoren die niet veranderen. Organisatieveranderingen vinden vaak plaats in een combinatie van strategieën. Tijdens het transitieproces moet bij voorkeur een managementteam worden samengesteld uit een brede vertegenwoordiging van de organisatie om draagvlak bij de leden te creëren. Een van de succesvoorwaarden voor inbedding is het introduceren van een intrinsieke en/of extrinsieke beloning. Daarnaast is het erg belangrijk om voortdurend data beschikbaar te stellen aan het management zodat zij hierop kunnen anticiperen en steeds nieuwe verbeteringen aan kunnen brengen. Het onderliggende model voor bovenstaande theorie is het raamwerk van Beckhard & Reuben, Lewin en anderen van het concept "drie fase model". Het verschil met de vorige auteurs is dat zij als randvoorwaarden voor succes beloning en transitie management noemen.

Davies et.al (2004) beschrijven factoren die een verklarende en voorspellende rol spelen bij wel of geen gebruik maken van evidence based aanbevelingen bij implementeren en borgen van veranderingen. Er is nog weinig bekend over de duurzaamheid op de lange termijn. Er is nog weinig kennis van strategieën die het meeste effect hebben op die duurzaamheid. Het blijkt dat uiteindelijk in veel organisaties gedeeltelijke duurzaamheid wordt bereikt, richtlijnen zijn bijvoorbeeld in een organisatie maar op één afdeling ingevoerd en geborgd en niet in de hele organisatie.

Samenvattend leggen enkele auteurs de nadruk leggen op een gestructureerde aanpak waarbij geen enkele stap overgeslagen mag worden als randvoorwaarde om tot borging te kunnen komen. Factoren die vooral een rol spelen bij duurzame veranderingen vereisen allereerst een betrokken en kritische massa van het personeel (Miller, 2004), terwijl Kotter (2002) een leidende coalitie belangrijk vindt. Het is volgens Miller (2004) dus noodzakelijk dat de verandering gesteund wordt door een grote groep mensen en niet door alleen enkele voortrekkers (coalitie zoals bij Kotter & Cohen, 2002). Bij duurzame veranderingen is ook een zeer betrokken, voor medewerkers zichtbare leiding, die volledig achter de veranderingen staat, noodzakelijk om de implementatie en borging te kunnen laten slagen. Dus Miller (2004) sluit aan een gestructureerde

aanpak, echter bij hem is een kritische massa een randvoorwaarde tot succes.

2.3 Leiderschap

Implementatie en borging van veranderingen is meer dan de simpele doorvoering ervan. Om de nieuwe vormen van gedrag te laten wortelen in de sociale normen en gedeelde waarden is het management de kritische brug tussen gedeeltelijke invoering van veranderingen en volledige implementatie ervan inclusief duurzaamheid (Miller, 2004, Kotter, 2003). Daarnaast is er leiderschap van topkwaliteit nodig in een organisatie om het complexe veranderingsproces in te zetten en te leiden tot succes (Kotter, 1996). Dit betekent voor een organisatie dat er bij promotie van personeel gekeken zou moeten worden of de manager/leider in spé de juiste eigenschappen heeft om ook in de toekomst de nieuwe benadering vast te houden.

De betekenis van leidinggeven op alle managementniveaus in de organisatie, dus van lager management tot de Raad van Bestuur (RvB) komt in het navolgende aan de orde. Allereerst enkele citaten die iets zeggen over wat onder het begrip leiderschap wordt verstaan:

- Leiderschap zet een koers uit, brengt mensen op één lijn en motiveert mensen (Schwartz & Tumblyn, 2002).
- Leiderschap gaat over het "richting" geven aan jezelf en het inspireren van anderen om ook "richting" te geven aan hun leven. Om ook verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor anderen moet een leider eerst de nodige verantwoordelijkheid voor zichzelf hebben genomen (Covey, 1998).
- Inzicht van de leidinggevende in de oorzaak van weerstand tot veranderen, in de verschillende fasen in het veranderproces en in de verschillende veranderstrategieën is van belang voor succesvol veranderen (Yukl, 2001).

Wat betreft de invloed van leiderschap geeft Yukl (2001) aan dat het voor een manager erg belangrijk is om de verschillende fasen in een veranderingsproces te herkennen om zo de verandering te kunnen begeleiden naar een succesvolle implementatie. Mensen zijn een belangrijke factor voor het slagen of mislukken van organisatieverandering. Aan de ene kant is er de theorie dat herhaalde veranderingen mensen kwetsbaar maakt en minder weerbaar voor veranderingen. Dit zou een factor kunnen zijn dat veranderingen zo'n groot mislukkingpercentage hebben. Een andere hypothese is dat mensen juist door veelvuldige veranderingen in organisaties juist meer zelfvertrouwen hebben gekregen en meer risico durven te lopen. Ook de mate van weerstand tegen veranderen verschilt enorm per individu. Op al deze vragen is tot nu toe nog geen adequaat antwoord en dat maakt het veranderingsvraagstuk zo relevant (Yukl, 2001). De vraag is wat een leider geschikt maakt om organisatieveranderingen in te zetten, te begeleiden, te implementeren en te borgen en welke aspecten aan leiderschap onontbeerlijk zijn.

2.3.1 Leiderschapsstijlen

Deze paragraaf belicht de verschillende stijlen van leiderschap. Per stijl wordt een korte toelichting gegeven. De stijl is namelijk van essentieel belang gebleken bij de borging van verandering (Kotter, 1998).

Een bepaalde leiderschapsstijl kan men herkennen aan de wijze waarop beslissingen over de uit te voeren taken worden genomen en de manier waarop leidinggevendenden hun medewerkers aansturen.

Leiderschapsstijl heeft een aantal vormen:

1. Autoritaire leiderschapsstijl
2. Participerende of democratische leiderschapsstijl
3. Laisser-faire leiderschapsstijl

1. De autoritaire leiderschapsstijl kenmerkt zich door het nemen van topdown beslissingen. De autoritaire leider neemt ook alle verantwoordelijkheid voor het resultaat. Hier hoort een bevelende stijl bij.

2. De participerende of democratische stijl van leidinggeven kenmerkt zich door het inspireren van mensen en communiceren met de medewerkers over de ideeën. Leidinggevendenden zijn een rolmodel voor de organisatieleden. Het handelen berust op het inzetten van de eigen persoonlijkheid (Moen & Ansems, 2004). Tijdens teambesprekingen worden allerlei zaken besproken en er wordt ingegaan op eventuele weerstanden bij mensen.

3. De laissezfaire leiderschapsstijl kenmerkt zich doordat er eigenlijk geen sprake is van sturing, alleen van formeel leiderschap. De leidinggevende eist geen verantwoordelijkheid op.

Bij leidinggeven is altijd sprake van het sturen van mensen op hun gedrag. Bij managers ligt de nadruk meer op het beïnvloeden van de werkomgeving. Structuur, systemen, regels en procedures zijn belangrijk. De leidinggevende heeft de mogelijkheid om aan het gedrag van de medewerker positieve of negatieve consequenties te verbinden (Moen & Ansems, 2004). Bij leiderschap ligt de nadruk veelal op de persoonlijke eigenschappen van de leider. Een leider draagt de missie en visie uit.

Transformationeel leiderschap

Transformationeel leiderschap speelt een centrale rol bij het aanzetten in een veranderproces (Northhouse, 2007, De Caluwe et al, 2005) en heeft sterke aandacht voor de charismatische en affectieve aspecten van leiderschap. Het is een onderdeel van het nieuwe paradigma van leiderschap en past bij de huidige behoefte aan leidinggeven in een onzekere omgeving. Transformationeel leiderschap geeft inspraak in besluitvormingen. In deze benadering gaat men uit van bekwame medewerkers wat leidt tot een betere motivatie van medewerkers. Op deze manier wordt gebruik gemaakt van de kennis in de organisatie en voelen medewerkers zich prettig in hun werk. De opvatting dat medewerkers competent zijn in hun werk moet aansluiten bij de stijl van leidinggeven. Leiderschap wordt vaak uitgeoefend door het toepassen van verschillende stijlen, de stijl past bij de situatie waarin leiding wordt gegeven en aan wie.

Leiderschapstaken bij veranderingen

Buiten de stijl van leidinggeven bij veranderingen, is het belangrijk voor borging van veranderingen dat leiders een organisatiecultuur creëren waarin mensen het gevoel hebben dat ze erbij horen. Zij moeten voorbeeldgedrag vertonen zodat mensen in de organisatie dit na kunnen volgen. Leidinggevendens initiëren vaker gedrag dan anderen (Kotter, 2003). De taak van een goede leider is volgens Kotter het creëren van een ondernemende cultuur (innovatief). Leiders zijn belangrijke cultuurdragers in organisaties. Daarnaast is het hun taak om medewerkers te motiveren en te inspireren. Bij het maken van beleid is commitment van de top de meest cruciale factor. Ook communiceren over het beleid is van belang voor een goed leider. Het lijkt erop dat transformationeel leiderschap past bij succesvol veranderen (Atwater & Bass, 1994; Burke & Litwin, 1992; Worley, Hitchin, & Ross, 1996).

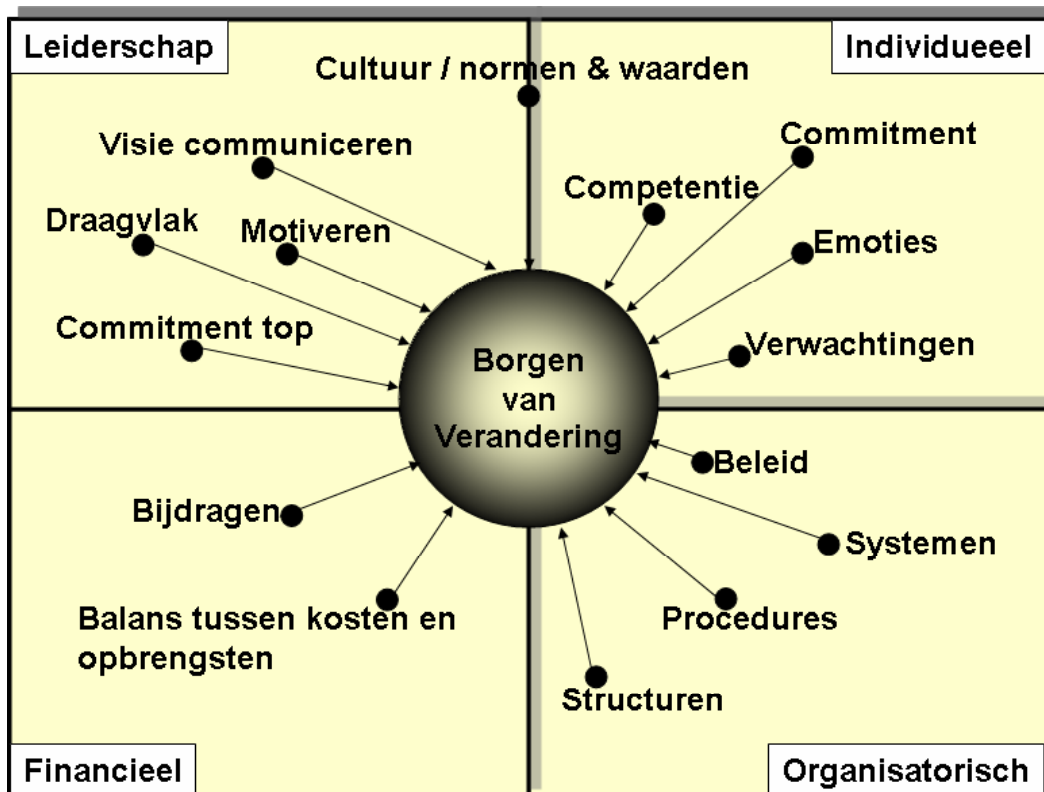
Management versus leiderschap

In het dagelijks spraakgebruik wordt wel gezegd dat een manager "op de winkel past". Een manager heeft als taak om te zorgen dat medewerkers en processen bestuurd worden. Hij/zij zorgt ervoor dat er middelen toegekend worden om tot resultaten te komen (plannen en budgetteren). De manager is verantwoordelijk voor het uitvoeren van beleid middels gedelegeerde of gemandateerde bevoegdheden en de manager is verantwoordelijk voor de evaluatie van het beleid, waaronder bijstelling van het beleid valt (Kotter, 2003). Op elk niveau in de organisatie is behoefte aan een manager die de zaak aanstuurt, het direct leidinggeven aan mensen (De Caluwé et al, 2005).

Leiderschap vraagt om het uitzetten van een visie en richting waar de organisatie naartoe gaat met duidelijke doelen. Een leider kan mensen inspireren, motiveren en ervoor zorgen dat medewerkers achter de gekozen strategie van de organisatie staan. Bij leiderschap zijn persoonlijke eigenschappen zoals charisma, durf e.d. van belang. Leiderschap is nodig bij complexe organisatieveranderingen om het bedrijf door die veranderingen heen te loodsen (Kotter, 2003). Volgens Kotter (2003) zijn succesvolle veranderingen tot stand gekomen met behulp van 70-90% leiderschap en maar 10-30% managementinzet.

Uit bestudeerde theorieën blijkt dat er tot nu toe al veel factoren bekend zijn die een rol spelen bij duurzame veranderingen in de gezondheidszorg. De verschillende theorieën hebben als overeenkomst dat een gestructureerde aanpak een voorwaarde is voor borging, maar dat er nog veel meer onderzoek gedaan zou moeten worden naar de factoren die de grootste voorspellingskracht hebben voor het succesvol laten zijn van duurzame veranderingen in organisaties. Het is van belang een strategie te ontwikkelen over de wijze van borging van geïmplementeerde veranderingen als instrument binnen het geheel van strategische beslissingen binnen gezondheidszorgorganisaties. De vraag is welke mechanismen er een rol spelen bij borging van veranderingen waardoor de organisatie bij veranderingen niet afhankelijk is van de organisatieleden (Bergenhengouwen, Mooijman en Tillema 2002) en zo kunnen overleven in een steeds veranderende en complexe omgeving. Op bovenstaande sluit de theorie aan dat strategieën die bedoeld zijn om

veranderingen in gezondheidszorgorganisaties te verspreiden, te implementeren en te borgen een verschillende impact kunnen hebben op die organisatie (Grimshaw, 2004). Het blijkt uit onderzoek dat niet alleen het resultaat verschilt per organisatie, maar dat ook bij de toepassing van eenzelfde strategie op het zelfde probleem maar onder verschillende voorwaarden een verschillend resultaat optreedt. Verder onderzoek hiernaar is nodig. Dus er zijn een aantal factoren bekend die een rol spelen bij borgen van veranderingen. De genoemde factoren zijn: meten, commitment, cultuur, draagvlak, structuur en leiderschap. Factoren die belangrijk zijn voor leiderschap zijn commitment van de top, communicatie en motiveren/draagvlak verwerven. Door middel van de gebruikte praktijkcasus wordt hier nader onderzoek naar gedaan. De aspecten van borging zijn onder te verdelen in vier kwadranten; leiderschap, individueel, organisatorisch en financieel. In de analyse in hoofdstuk 5 wordt gebruik gemaakt van een selectie van de aspecten welke gebaseerd is op degene die het meest genoemd werden in de interviews. Wat opvalt is dat de participanten vrijwel geen melding maken van de aspecten onder de noemer financieel. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er geen gesprekken zijn gevoerd met leden van de RvB en de focus van de geïnterviewden puur inhoudelijk is en minder bedrijfsmatig.



Figuur 1; theoretisch model

3. Methode van onderzoek

Dit hoofdstuk gaat in op de onderzoeksmethode. Paragraaf 3.1, 3.2 beschrijven achtereenvolgens het onderzoeksdesign en de selectie van onderzoekssubjecten. In de laatste paragrafen komen de aspecten betrouwbaarheid en validiteit aan bod.

3.1 Het onderzoeksdesign

Gezien het feit dat er weinig bekend is in de theorie over borging van verandering in organisaties, wordt uitgegaan van een exploratieve aanpak. Exploratief onderzoek is een onderzoeksmethode die van empirie naar theorie gaat. Oftewel eerst wordt er waargenomen of geobserveerd en dan vanuit de uitkomsten uit het empirisch onderzoek een analyse verricht. Bij exploratief onderzoek is er vooraf geen theorie en zijn er dus ook geen hypothesen voorhanden (zie ook http://www.test.uva.nl/wiki/index.php?title=Exploratief_en_toetsend_onderzoek). In deze scriptie zijn wel theoretische concepten als basis voor de analyse gebruikt. Allereerst is met behulp van literatuurstudie onderzoek verricht. Hierbij is gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen, waarbij gezocht is op relevante trefwoorden in verschillende databanken zoals PubMed, Web of Science, Cochrane, Online Content en Nursing allied health collection en van wetenschappelijke literatuur. Verder is gebruik gemaakt van documenten ter beschikking gesteld door de afstudeerbegeleider en de betrokken organisaties. Naast (beperkte) waarneming en observatie vertellen respondenten over hun ervaringen met de veranderde werkwijze en de gevolgen ervan op de verschillende stakeholders. Het gaat erom verbanden te onderzoeken tussen de verschillende bevindingen van de respondenten omtrent de wijze van borging van de verandering bij Werken zonder Wachtlijst (WZW). Aan de wijze van leiderschap op borging van veranderingen wordt speciale aandacht gegeven omdat leiderschap weleens een van de kritische succesfactoren kan zijn bij succesvolle borging van veranderingen. Het is zowel een gevoelige als complexe materie wat maakt dat de probleemstelling van het onderzoek kwalitatief van aard is (Verschuuren & Doorewaard, 2002).

3.2 Selectie onderzoekssubjecten

Het onderzoek is uitgevoerd bij drie poliklinieken. Bij de selectie van de poliklinieken en hun medewerkers zijn de volgende selectiecriteria toegepast:

- Deelnemer geweest aan het project WZW (24 poliklinieken)
- Timing veranderingstraject < 2004-2005
- Een 0-meting, voorafgaand aan de verandering moet beschikbaar zijn
- Reductie in toegangstijd van minimaal 30%
- Beschikbare meetgegevens aangaande toegangstijden van minimaal de laatste 3 weken

Om een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen van het gelopen veranderingstraject en de resultaten is uitgegaan van een vertegenwoordiging van de belangrijkste stakeholders, om het interne krachtenveld binnen de desbetreffende polikliniek in kaart te krijgen. Er

zijn een in totaal elf interviews afgenomen bij de deelnemers aan het project "Werken Zonder Wachttijl". Vanuit elke geselecteerde polikliniek is een afdelingshoofd, een teamhoofd, een kwaliteitsadviseur/kwaliteitsmanager en een medisch specialist geselecteerd voor interviews.

Eind april en in mei, juni zijn er semigestructureerde interviews gehouden onder participanten van "Werken Zonder Wachttijl" in de betrokken zorginstellingen, waarbij een deel van de vragen en antwoorden niet van te voren vastliggen maar de onderwerpen wel. Het is een steekproef op niet-toevalsbasis waarbij gevraagd kan worden naar een respondent met een afwijkende mening. Het voordeel is dat respondenten met een expliciete mening gevraagd kunnen worden. Een mogelijk nadeel is dat niet ad-random geselecteerd wordt.

3.3 Betrouwbaarheid

Kwalitatief onderzoek is betrouwbaar als duidelijk is waar de onderzoeksconclusies op gebaseerd zijn. De onderzoeksconclusies moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn. Betrouwbaarheid kan gedefinieerd worden als: "de mate waarin een andere onderzoeker dezelfde resultaten zou verkrijgen als hij hetzelfde onderzoeksmateriaal analyseerde" (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). De betrouwbaarheid bij kwalitatief onderzoek hangt af van waarop de conclusies zijn gebaseerd. De onderzoeksconclusies moeten te controleren zijn.

Bij kwalitatief onderzoek kunnen potentiële verstoringen optreden waarop de onderzoeker alert moet zijn. Deze verstoringen kunnen liggen in de locatie, de respondent, in het instrument en in de onderzoeker zelf (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Er kan respons bias optreden als een respondent een sociaal wenselijk antwoord geeft. Dit wordt zoveel mogelijk ondervangen door bij de interviews door te vragen. Daarnaast wordt elke respondent apart geïnterviewd wat de privacy waarborgt en waardoor men vrijuit kan spreken. Binnen dit onderzoek worden semigestructureerde interviews gehouden. Een deel van het semigestructureerde interview wordt samen met andere onderzoekers opgesteld. Hierbij hebben de 5 onderzoekers (ieder verantwoordelijk voor onderzoek bij 3 poliklinieken) vragen samengesteld op basis van topics omtrent borgen van verandering. De projectleiders van het project WzW hebben de definitieve vragenset vastgesteld. Hierdoor is het interview minder afhankelijk van toeval en ook de eigen mening van de onderzoeker zal dan een kleinere rol spelen. Daarnaast zal een membercheck worden uitgevoerd of de juiste interpretaties zijn gemaakt. Bij een membercheck wordt aan enkele geïnterviewde respondenten gevraagd of hij/zij zich herkennen in de analyses van het interview. Dit zal schriftelijk gebeuren. Aan de hand van literatuur, interviews, en membercheck met materiaal van de documenten worden de wijze van invoering van veranderingsprocessen, de implementatie en de borging van de verandering in de verschillende organisaties vergeleken (bronnentriangulatie-aanpak). De verschillende gegevensbronnen maken het beeld van de onderzoekssituatie geldiger (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

Inter-observator betrouwbaarheid

Een onderzoeker zal door de subjectieve ervaringen een eigen invulling kunnen geven aan de verkregen informatie. Deze eigen invulling is grotendeels ondervangen doordat alle interviews zijn opgenomen en direct na het interview woordelijk zijn uitgewerkt. De betrouwbaarheid wordt zo verhoogd. Het telefonische interview is eveneens opgenomen en woordelijk uitgewerkt. Omdat het eerste deel van de interviewvragen zal overeenkomt met dat van de andere onderzoekers kunnen we gebruik maken van elkaars antwoorden bij de interviews. Door verschillende mensen wordt onderzoek gedaan naar hetzelfde fenomeen waardoor het voor de hand ligt om onderling de resultaten te vergelijken. Als er vergelijkbare resultaten komen is er sprake van interobservator betrouwbaarheid (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

3.4 Validiteit

Bij validiteit is het de vraag of het onderzoek meet wat het wil meten. Er zijn verschillende vormen van validiteit.

Interne validiteit is de mate waarin het onderzoek correct is uitgevoerd en de juistheid van de bevindingen ((Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). In dit onderzoek wordt de betekenis van de verandering bij WZW onderzocht. Dit vindt plaats vanuit verschillende disciplines en vanuit verschillende teams wordt gekeken naar het probleem waardoor meningen, verhalen en metingen vergeleken kunnen worden.

Externe validiteit wil zeggen in hoeverre de resultaten te generaliseren zijn naar andere vergelijkbare groepen, dus zijn de resultaten uit dit onderzoek overdraagbaar naar andere ziekenhuizen. Het gaat hier om inhoudelijke generalisatie, niet over statistische (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Dit zal in dit onderzoek zeker een rol spelen. Binnen het onderzoek worden uitspraken gedaan over de manier van borging en de invloed van leiderschap hierop in gelijksoortige settings.

Instrumentele of dataverzamelingsvaliditeit betekent dat de onderzoeker zich af moet vragen in hoeverre de gegevens een geldige weergave is van het bestudeerde fenomeen.

Door het toepassen van bronnentriangulatie wordt in dit onderzoek gekeken of de verschillende gegevens in dezelfde richting wijzen, dus convergeren, dan kan gesproken worden van 'valide gegevens' (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005:200). De verschillende gegevensbronnen maken het beeld van de onderzoekssituatie geldiger.

4. Praktijkcasus: "Werken Zonder Wachtlijst: Toegang tot de polikliniek"

Dit hoofdstuk behandelt de opzet en de inhoud van het project aan de hand van een praktijkcasus. De verschillende paragrafen van gaan in op het project zelf, welke principes en interventies aan het project ten grondslag liggen en tenslotte volgt een vertaling van de principes.

4.1 Het project

In het kader van kwaliteitsverbetering is in 2001 door het CBO het vooronderzoek gestart van wat het project "Werken Zonder Wachtlijst: Toegang tot de polikliniek" (WZW) is geworden. Het is een doorbraakproject waarmee wordt beoogd de toegangstijd tot de polikliniek te reduceren/geen toegangstijd zonder capaciteitsuitbreiding. WZW is een andere procesbeheersingmethodiek: er zijn andere principes geïntroduceerd over hoe om te gaan met de logistiek rondom de toegangstijden dan de tot nu toe gebruikelijke. Het gebruikte concept is afgeleid van het project "Advanced Acces" ontwikkeld door de Amerikaanse arts Mark Murray en het is aangepast voor de Nederlandse situatie. Het gaat erom dat zorginstellingen anders gaan kijken naar de zorg, in plaats van aanbodgericht naar vraaggericht. Hiervoor blijkt het nodig om een paradigmashift te bewerkstelligen alvorens de principes van WZW in de praktijk toe te kunnen passen. In oktober 2002 is een pilot met vijf poliklinieken begonnen. Daarna zijn verschillende op elkaar volgende series gestart. In de eerste serie waren er acht deelnemende poliklinieken in zeven ziekenhuizen. Het project is uitgebreid naar inmiddels 199 poliklinieken. Het project sluit aan bij cliëntgerichte zorg. Er is een afnemende acceptatie van wachttijden en wachtlijsten (college G. de Vries, 2008). Het is gebleken dat onder andere door de complexe processen in zorginstellingen vraag en aanbod niet goed op elkaar afgestemd zijn waardoor er in de logistiek veel mis gaat. Het resultaat is dat de patiënt lang moet wachten alvorens toegang tot een polikliniek te krijgen en vervolgens met een lange doorlooptijd te maken krijgt. Deze inefficiëntie blijkt lang niet altijd een gevolg te zijn van een capaciteitsprobleem, wat algemeen wordt aangenomen in zorginstellingen, maar meer van planning die niet op elkaar afgestemd is. Hierdoor ontstaat een stuwmeer van achterstallig werk. Het is in feite een logistiek probleem. De hoofddoelstelling van WZW is: "minimaliseren van de toegangstijd tot de polikliniek, in principe korter dan een week voor elke patiënt, bij elk specialisme, ongeacht het type consult en de urgentie" (Sneller Beter, 2007:7). Elke polikliniek formuleert zelf de subdoelstellingen en de specifieke invulling van die subdoelstellingen varieert per locatie en wordt door de instelling zelf bepaald (CBO, 2004).

4.2 Doorbraakmethode

WZW hanteert de doorbraakmethode. Deze methode is een combinatie van veranderkundige principes met best evidence practices en resultaatmanagement in kortcyclische verbeterprogramma's op basis van duidelijke prestatie-indicatoren (CBO, 2004). De doorbraakmethode gaat ervan uit dat de principes waarmee gewerkt wordt met behulp van een

deelnemende polikliniek doorgegeven kunnen worden op meerdere poliklinieken in het ziekenhuis (vliegwieleffect). Bij deze methode voeren teams tegelijkertijd veel kleine veranderingen door, evalueren deze en passen ze eventueel aan. De Nolan verbetermethode ligt hieraan ten grondslag. Dit is een kwaliteits-verbetercyclus van Plan-do-study-act: plannen, uitvoeren, evalueren of de beoogde resultaten zijn bereikt en weer verbeteren met nieuwe acties. De Nolan verbetermethode is geënt op de kwaliteitskringloop van Deming (CBO, 04). Drie aspecten in deze cyclus zijn belangrijk: doelen stellen, meten en evalueren met het aanbrengen van de nodige veranderingen.

4.3 Principes WZW

Centraal in het programma van WZW staat het wegwerken van de achterstand in toegangstijd tot de polikliniek doormiddel van een achttal principes:

1. Een stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod:
2. Doe het werk van vandaag vandaag
3. Minimaliseer het aantal wachtrijen
4. minimaliseer de herhaalfactor
5. Maximaliseer het aantal patiënten dat per specialist poliklinische zorg kan ontvangen, zonder harder te gaan werken
6. Minimaliseer de fluctuatie in aanbod
7. Anticipeer op fluctuaties in vraag
8. 100% capaciteitsbezetting is onmogelijk zonder onaanvaardbaar lange wachtlijsten

(CBO, 2004)

De poliklinieken krijgen negen sturingsmogelijkheden (WZW interventies) aangereikt om de doelen te bereiken. Naast de WZW interventies zijn teams aangemoedigd zelf interventies te bedenken en in te voeren.

Principes en interventies

De toegangstijd is de tijd die zit tussen het maken van een afspraak voor een consult en het daadwerkelijke bezoek aan de specialist. Uit onderzoek blijkt dat het de lengte van toegangstijd niet veel fluctueert door de jaren heen. Als de vraag namelijk steeds zou toenemen dan zou de lengte van de toegangstijd ook toenemen, dus in tegenstelling wat vaak gedacht wordt, is er blijkbaar geen sprake zijn van een capaciteitsprobleem. Lange toegangstijden maakt dat patiënten niet willen of kunnen wachten op een reguliere afspraak, maar dat zij eerder langs willen komen dan de afspraakagenda toelaat. Patiënten laten dan hun huisarts bellen of zij bellen zelf voor een afspraak op korte termijn. Dit maakt dat het baliepersoneel en de zorgverleners veel stress ervaren in hun werk (CBO, 2004). Het instellen van triage, het bepalen door een arts of een patiënt eerder gezien moet worden, betekent meer werk voor de specialisten dan nodig is. Door al deze verstoringen kunnen de spreekuren uitlopen (CBO, 2004). Het tweede principe berust op het feit dat taken die niet meteen afgehandeld worden maar 'onder op de stapel' verdwijnen later veel extra tijd vragen. Medewerkers gaan bijvoorbeeld discussiëren over wat voorrang heeft bij de verwerking van taken waardoor er minder 'gewerkt'

kan worden. Het derde principe gaat over de wachtrijen. Een wachtrij is een afsprakenlijst die geormerkt is. Veel afzonderlijk te onderscheiden wachtrijen dragen bij aan een onregelmatige doorstroom van patiënten: waar de ene wachtrij lege plekken vertoont heeft de andere een wachttijd (CBO, 2004). Het realiseren van het minimaliseren van de herhaalfactor levert veel plaats op in de afsprakenagenda. Bij het toepassen van dit principe verminderen tevens de no-shows: patiënten die zonder afzeggen niet komen opdagen op hun afspraak. No-show lijkt prettig omdat er dan wat ruimte vrijkomt, maar de vrijgekomen tijd kan slecht benut worden aangezien het altijd maar om vijf of tien minuten gaat. Principe vijf is gebaseerd op het beïnvloeden van het aanbod door alle niet medische taken uit te laten voeren door een assistente of voor bepaalde medische taken een gespecialiseerde verpleegkundige aan te nemen. Principe zes, fluctuatie in aanbod is een belangrijke oorzaak van het oplopen van toegangstijden. Fluctuatie ontstaat bijvoorbeeld doordat specialisten hun spreekuur op korte termijn laten annuleren. Al die geplande patiënten moeten weer op een ander spreekuur geplaatst worden. Het niet afstemmen van vakanties op de vraag is een andere oorzaak (CBO, 2004). Bij het afstemmen van vraag en aanbod is het beïnvloeden van de vraag tot op zekere hoogte mogelijk. In een bepaalde seizoensperiode kan een polikliniek dermatologie bijvoorbeeld een extra toestroom van patiënten verwachten en dat zij dan meer aanbod nodig hebben. Het laatste principe geeft aan dat bij 100% capaciteitsbezetting er geen mogelijkheid is om bij onvoorziene omstandigheden zoals spoedpatiënten, ziekte van artsen, spoed o.k.'s en dergelijke op te vangen. Dit leidt tot een verhoging van de toegangstijden. Om de principes in de praktijk te brengen zijn er een aantal generieke interventies geïntroduceerd. Deze interventies zijn door elke polikliniek specifiek gemaakt voor hun eigen context.

WZW interventies

Afspraakplanning op basis van realistische inschatting van gemiddelde afspraaktijd per type patiënt
Wekelijks checken of er voor de komende week nog lege plaatsen zijn en die actief vullen
Taakdelegatie van niet-medische taken tijdens het consult naar een dokters/-administratief assistent
Taakdelegatie van medische taken naar bijvoorbeeld een gespecialiseerde verpleegkundige
Het reduceren van no-shows door: betere telefonische bereikbaarheid door patiënten te laten bellen wanneer zij vinden dat een vervolgspraak nodig is (patiënt initiated care)
Het minimaliseren van het aantal wachtrijen. Mogelijk door in het afsprakensysteem te werken met zo weinig mogelijk vaste plekken
Afspreken dat binnen een bepaalde periode, bijvoorbeeld 6 weken, een poli niet mag worden afgezegd door specialisten
Afspraken niet lang vooruit plannen
Anticiperen op fluctuaties in de vraag naar afspraken: het plannen van controleafspraken in rustige periodes en het plannen van extra spreekuren in drukke periodes

(CBO, 2004)

5. Analyse

In dit hoofdstuk zijn de resultaten uit het onderzoek beschreven. Dit gebeurt aan de hand van de acht principes van WZW, die generiek gelden voor alle drie de poliklinieken. De situationele inkleuring hiervan verschilt per polikliniek en heeft geresulteerd in verscheidene interventies. De principes zijn als ordeningsprincipes in de analyse gebruikt. Het onderzoek is uitgevoerd op drie locaties, te weten de polikliniek dermatologie van het Academisch ziekenhuis Maastricht (azM), de polikliniek cardiologie van het Tergooi ziekenhuis uit Hilversum en de polikliniek cardiologie van het Koningin Beatrix ziekenhuis uit Winterswijk. De poliklinieken worden allereerst afzonderlijk besproken. Vervolgens is gekeken naar verschillen tussen de drie poliklinieken en naar de overeenkomsten wat betreft de veranderde manier van werken en de wijze van borging. Achtereenvolgens worden in paragraaf 5.1 t/m 5.3 de context van de respectievelijke poliklinieken beschreven. Binnen deze paragrafen wordt per polikliniek ingegaan op de interventies, de huidige status en het borgingsresultaat.

5.1 azM, polikliniek dermatologie

Paragraaf 5.1.1 beschrijft de context van de polikliniek. De volgende paragraaf licht de WZW interventies, aangevuld met zelfbedachte interventies toe en de laatste paragraaf gaat in op de wijze van borging.

5.1.1 Context azM, polikliniek dermatologie

Op de polikliniek dermatologie van het azM is het project WZW uitgevoerd in 2003-2004. De polikliniek is onderdeel van een resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE). Op de polikliniek werken 10 specialisten dermatologie, 15 arts-assistenten en 1 nurse practitioner. Patiënten worden naar de polikliniek doorverwezen via de huisarts, specialisten van ziekenhuizen en specialisten binnen het azM kunnen een consult aanvragen voor opnamepatiënten. Het is een academisch ziekenhuis wat betekent dat patiënten moeten voldoen aan een academisch profiel, daarnaast heeft het azM ook een streekziekenhuisfunctie voor Maastricht en omstreken. Het azM biedt tevens topklinische en topreferente zorg. Het adherentiegebied hiervoor strekt zich uit tot in zuidoost Brabant, Limburg en de Euregio (jaarverslag 2007). Naast patiëntenzorg hebben de specialisten op de polikliniek dermatologie taken in onderzoek en onderwijs. Er worden per jaar 9.000 nieuwe patiënten gezien en een veelvoud hiervan aan controle patiënten. Voor WZW op de polikliniek van start ging was de omgeving van de organisatie dusdanig veranderd dat de manier van werken niet meer past bij de gewenste bedrijfsvoering (WZW eindrapportage bijlage XVI). Hierdoor waren er zowel extern als intern problemen ontstaan. In 2003 was de toegangstijd tot dermatologie ontoelaatbaar hoog geworden, zes weken of nog langer, en de werkdruk voor de artsen liep steeds verder op. Spreekuren liepen destijds standaard uit en werden vaak dubbel geboekt. Dit maakte dat voor het ondersteunende personeel een onwerkbaar situatie ontstond. Door de lange toegangstijd bleven patiënten vaak weg van hun afspraak, omdat zij intussen al een ander ziekenhuis hadden gevonden. Bovendien werden afspraken bij verhindering zelden door de patiënten afgezegd i.v.m. de

slechte telefonische bereikbaarheid van het azM. De urgentie om het anders te gaan doen nam toe zowel door interne druk, zoals de hectiek en stress die heerste bij het administratief personeel en de specialisten, als door de externe druk zoals de ontevredenheid van patiënten over de lange toegangstijd. Toen in 2003 een nieuw afdelingshoofd kwam werd de eerste aanzet gegeven om verandering aan te brengen in de manier van werken. Van hem is dan ook de volgende hartenkreet: *"wat is dit voor rare organisatie, kunnen we hier niet een sterkte zwakte analyse van maken?"* Deze analyse is gemaakt en al tijdens het maken van een dergelijke interne en externe analyse van dermatologie kwam het project WZW in zicht. Het project sloot aan bij de behoefte van dermatologie om door middel van een grondige analyse van de processen de toegangstijd tot de polikliniek terug te dringen tot aanvaardbare normen. De doelstelling bij deelname aan WZW was "stroomlijn de organisatie van de polikliniek dermatologie, stem vraag en aanbod beter op elkaar af en reduceer de huidige toegangstijd door middel van deelname aan WZW". De polikliniek dermatologie had zich destijds een maximale toegangstijd van 2 weken tot doel gesteld voor zowel nieuwe als controle patiënten. Dit doel is geverifieerd met de raad van bestuur en is daarna voor het hele ziekenhuis neergezet volgens de adviseur bedrijfsvoering. De andere gestelde targets op dermatologie zijn een diagnostische doorlooptijd van maximaal 1 week en de doorlooptijd voor een operatie is op 4 weken gesteld, met als uitzondering de oncologische patiënten, voor hen geldt maximaal 2 weken wachten op een operatie.

De uiteindelijke target is om voor het hele ziekenhuis een toegangstijd tot de poliklinieken voor zowel nieuwe als controle patiënten van één week te realiseren. Eén van de respondenten geeft aan dat geen van de gestelde targets momenteel al is bereikt, maar dat de bekrachtiging van de targets ziekenhuisbreed is neergelegd in een document waar zowel de RvB als de specialisten zich aan gecommitteerd hebben. Alle specialisten hebben een oorkonde met de targets erop ondertekend. De targets zijn SMART opgesteld, alleen het tijdsbestek ontbreekt, dus er staat niet in wanneer de doelen bereikt moeten zijn.

Toegangstijden tot de polikliniek

Polikliniek dermatologie	voor projectfase	na projectfase	Huidige situatie
Toegangstijd nw patiënten	8 tot 12 wkn	1 tot 2 wkn	4 wkn
Toegangstijd ctr patiënten	8 tot 12 wkn	1 tot 2 wkn	4 wkn
Doorlooptijden verrichtingen spreekuren	4 tot 24 wkn	3 wkn	One-stop-shop

5.1.2 WZW Interventies

Op de polikliniek is allereerst begonnen met het wegwerken van het bestaande stuwmeer. Er stonden heel veel nieuwe patiënten, ongeveer 900, te wachten aan de deur. Dit stuwmeer is in een kleine 1,5 jaar tijd weggewerkt door een tandje bij te zetten, iedereen kreeg extra nieuwe patiënten te zien en moest in die periode harder werken dan voorheen. De respondenten geven aan dat zodra de toegangstijd op gaat lopen het poli management team (PMT) wederom bekijkt welke interventie toegepast kan worden om deze weer terug te dringen. Het PMT bestaat uit de hoogleraar, de chef de polikliniek, de hoofdverpleegkundige en de office manager.

Om een stabiele wachttijd te bewerkstelligen, *principe één*, wordt de toegangstijd nauwlettend in de gaten gehouden. Alle geïnterviewden geven aan dat zij het meten belangrijk vinden als tool om inzicht in de toegangstijd te verkrijgen. Wekelijks meet één van de assistentes op de polikliniek wat de derde toegangstijd is voor algemene poli's en voor de speciale poli's de eerste toegangstijd, dus de eerste dag dat een patiënt een plaats krijgt aangeboden. De resultaten werden tijdens de projectfase opgehangen in de koffiekamer en de respondenten brachten naar voren dat het ophangen van de resultaten verhelderend werkte en dat deze transparantie discussie teweegbracht onder de specialisten. Eén van de geïnterviewden legt het als volgt uit: *"Signaleren wat is de toegangstijd, wanneer is die te hoog en wat gaan we er aan doen. En hoe sturen we het bij en hoe wordt zo'n poli georganiseerd. Dat is ook wel heel erg belangrijk"*. Omdat de toegangstijden weer oplopen zijn de meetgrafieken de afgelopen maand voor het eerst na de afsluiting van de projectfase weer opgehangen in de koffiekamer/ secretariaat zo geven een aantal respondenten aan. Ook staat de toegangstijd wekelijks op de agenda van het polimanagementteam (PMT) geeft het hoofd van de afdeling aan. Zodra de toegangstijden oplopen wordt door het PMT bekeken welke interventie(s) er genomen kunnen worden en dit wordt gecommuniceerd naar de medewerkers: *"Nou de informatie krijg ik van de mensen op de poli. Mensen vertellen mij ook, nu merk je dat heel goed de toegangstijd is 3 weken, mensen beginnen af te bellen. En ze zeggen ik ga naar de concurrent, dat zeggen ze niet zo letterlijk, want dan kan ik morgen terecht. Snap je. Dus die informatie speel ik wel door naar dat team en gezamenlijk wordt dan bekeken van wat kan de oplossing zijn. Maar dan moet je in eerste instantie weten wat de oorzaak is, en die oorzaak die was volgens mij dus wel bekend. Dat er gewoon te weinig gepland is, te weinig spreekuren"*. De respondenten geven aan dat het inplannen van extra polis of een extra plek op een spreekuur om de toegangstijd naar omlaag te brengen ook wat problemen geeft: *"ik denk dat het inderdaad beter zou kunnen om toch vroegtijdiger dingen te signaleren, Ik denk dat we daar nu nog niet goed in zijn"*. Hiermee zegt de respondent dat anticiperen op fluctuaties nog niet zo goed verloopt en tevens legt een extra spreekuur volgens de chef de polikliniek onnodige druk op de specialisten. Een bijkomend probleem vinden de respondenten dat de ondersteuning bij extra spreekuren moeilijk te realiseren is. Een respondent merkt op: *"Dus, heel kort door de bocht te zeggen, nu de doktoren willen nu wel maar de verpleging kan niet volgen"*. De

respondenten zeggen dat zij door WZW het proces op een polikliniek zijn gaan bekijken vanuit logistieke principes. Zodra zich een probleem voordoet wordt dit probleem geanalyseerd en worden er metingen verricht. Het hoofd van de afdeling geeft aan dat op grond van de meetresultaten verbeteracties in gang gezet worden. Er is tevens gekeken naar hoeveel tijd een specialist nodig heeft voor een patiënt en op basis van die check zijn er veranderingen aangebracht. Er stond 5 minuten voor een controle en 10 minuten voor een nieuwe patiënt. Dit is veranderd in een blokje van 10 minuten voor elke patiënt en de hoofdverpleegkundige meldt dat deze tijden goed werken voor de artsen.

Wat betreft *principe drie*, het minimaliseren van het aantal wachtrijen, hiervan geven zowel het hoofd van de afdeling als de hoofdverpleegkundige aan dat dit een moeilijk te realiseren principe is i.v.m. de academische setting met veel specialismen en arts-assistenten. Er zijn nog ongeveer 110 wachtrijen en beide respondenten zeggen dat de aandacht erop gericht is om de wachtrijen drastisch terug te brengen, de targets en de tijdstermijn is nog niet bekend. Zij geven aan dat nu nog weleens lege plekken zijn op speciale spreekuren. *Principe vier*, het minimaliseren van de herhaalfactor zou met de interventie van patiënt initiated care op een groot deel van de patiënten toepasbaar zijn. Het is mogelijk om het initiatief voor een vervolgspraak bij hen neer te leggen. Vooral veel chronische patiënten zouden een afspraak kunnen maken bij klachten en niet standaard een controleafspraak moeten krijgen zeggen de respondenten. Het afdelingshoofd geeft aan dat specialisten en arts-assistenten dit nog te weinig actief toepassen waardoor spreekuren onnodig gevuld zijn. Ook hier zegt hij is de academische setting een belemmering, arts-assistenten willen graag de patiënt volgen tijdens hun opleidingstraject en zij willen zien wat er gebeurt met het ziektebeeld. De hoofdverpleegkundige zegt dat een andere interventie om de herhaalfactor te minimaliseren volledig is toegepast. Patiënten hebben voor ze de specialist zien al alle benodigde testen gehad en de specialist kan meteen de uitslag doorgeven en de behandeling inzetten. De respondente vindt dit initiatief tevens een voorbeeld van klantvriendelijkheid.

Volgens de hoofdverpleegkundige is *principe vijf*, taakdelegatie van medische taken nog niet goed bekend bij veel artsen. Sinds WZW is ingevoerd is er namelijk een nurse practitioner op de polikliniek gekomen die onder andere de chronische patiënten ziet. Dit geeft verlichting aan de spreekuren, maar veel van de artsen doen vaak de dingen zelf terwijl artsen die wel doorverwijzen er tevreden over zijn geeft de respondente aan. Het opvullen van de gaten in de spreekuren vindt elke dag plaats. De kwaliteitsmanager zegt te merken dat het momenteel wat problematisch voor de assistenten is omdat het ICT systeem geen ondersteuning meer biedt. Het ziekenhuis wil naar een ander ICT systeem, waardoor het oude niet meer wordt bijgehouden. Dit betekent dat assistenten nu elke dag een uitdraai moeten maken om te zien welke plaatsen er leeg zijn gevallen zodat zij ze kunnen opvullen. In drukke periodes gebeurt dit dan niet zegt ook de hoofdverpleegkundige. De respondenten geven aan dat de methode bekend is en dat het Management het probleem onderkent. Zodra het nieuwe systeem werkt zeggen ze zal het weer volop opgepakt

worden (principe vijf). De afspraak is nog steeds dat alle gaten worden gevuld. Dus ook de speciale poli's kan de assistente opvullen met een algemene nieuwe patiënt.

Wat *principe zes* betreft is er in overleg met alle specialisten afgesproken geen spreekuren te annuleren binnen zes weken. Het hoofd van de afdeling geeft aan dat een collega de spreekuren overneemt die om de een of andere reden niet door kunnen gaan binnen die zes weken. De specialist moet dan zelf voor een vervanger zorgen, dit werkt heel goed volgens de respondent. Door het verzetten van spreekuren zoals men in het verleden gewend was werden de toegangstijden almaar langer. Als spreekuren verzet moeten worden is dat verspilling van de tijd van assistenten die patiënten voor de tweede maal op een spreekuur moeten boeken, van patiënten die al tijd hadden vrijgemaakt voor hun afspraak en van de specialisten die dubbelboekingen op hun spreekuur krijgen. Geen spreekuren verzetten betekent dat de fluctuatie in aanbod geminimaliseerd wordt en uit alle interviews blijkt dat dit principe prioriteit heeft bij het PMT, specialisten en bij het ondersteunende personeel. Een van de respondenten drukt het als volgt uit: "*Maar dat geeft enorme hidden factory he. Want dan moeten mensen allemaal weer gebeld worden en veranderd, allemaal weer werk werk werk, en stress*". Door het toepassen van dit principe heeft de polikliniek gemerkt dat ook het no show percentage gereduceerd is. De no show was bij dermatologie aan het begin van het WZW project 12% en in 2005 6 tot 7%. Op dit moment het no-show percentage iets hoger wat volgens de respondenten komt door een ziekenhuisbreed probleem namelijk de slechte telefonische bereikbaarheid.

Alle geïnterviewden geven dat zij door WZW geleerd hebben om bij het oplopen van de toegangstijd eerst te analyseren wat de oorzaak daarvan is en dan een passende interventie toepassen. Dit geeft ze een stuk rust en zekerheid en van controle over het werk. De respondenten geven wel aan dat er vroegtijdiger geanticipeerd zou kunnen worden op bijvoorbeeld vakantie, vrije dagen (*principe zeven*). Een van de respondenten: "*Ja wij hadden als plan in het verleden om daar wat beter op in te spelen in de toekomst maar dat is nog steeds niet gerealiseerd*". De realisering van *principe acht* is dit jaar enigszins misgegaan volgens de respondenten. Structureel wordt sinds WZW het aanbod zo'n 10% hoger ingepland dan de gemiddelde vraag. Zij geven aan dat door wisseling van de chef de polikliniek door een gebrekkige informatieoverdrachten bij de jaarplanning is uitgegaan van een bepaalde productie en daarvoor voldoende spreekuren zijn neergezet. Dat betekende 100% op 100%. Bij deze planning is geen rekening gehouden met de 10% extra inplannen waardoor de toegangstijd is opgelopen. De chef de polikliniek geeft aan dat als interventie hierop een aantal extra spreekuren zijn ingepland, maar dat deze extra spreekuren wel tot extra druk op de specialisten heeft geleid. Deze extra spreekuren worden zoveel mogelijk leeg gehouden, die zijn voor de noodgevallen. Dit voorkomt wel uitloop van spreekuren en dubbelboekingen volgens de respondenten.

Andere interventies

Naast de WZW interventies zijn er op de polikliniek door het team zelf interventies bedacht. Eén van de respondenten geeft aan dat de poli tegelijkertijd met het wegwerken van de stuwmeren is begonnen met een procesmatige benadering van de polikliniek. *"Tijdens die periode dat we dat zijn gaan doen zijn we ook alle processen gaan bekijken binnen de afdeling en het bleek toch dat we behoorlijk wat waste hadden"*. Het hele proces van het voorbereiden van de spreekuren is destijds opnieuw opgezet. Dit heeft enorme tijdwinst opgeleverd geeft de respondente aan voor het secretariaat. Volgens de respondente is bij deze analyse gebleken dat de assistenten maximaal 1,5 uur of 2 uur aan de telefoon kunnen zitten. Daarna neemt het rendement enorm af. Nu wordt telefoonwerk afwisselend verricht. Daarnaast is de triage door de specialist afgeschaft. De assistenten zijn nu geschoold om aan de patiënt duidelijk te vragen welke klachten er zijn en op basis daarvan wordt de patiënt op een spreekuur geplaatst. Uit de interviews blijkt dat door het afschaffen van de triage er ruimte is ontstaan op de spreekuren van de specialist. De hoofdverpleegkundige geeft aan dat door dit doorlichten van de processen het inzicht in de oorzaak van oplopende toegangstijden inzichtelijk is gemaakt voor de polikliniekmedewerkers. Alle geïnterviewden geven aan dat door WZW er een gevoel is dat de mens de baas is over het proces en niet andersom. Eén van hen verwoordde het op de navolgende manier: *"En werd plotseling ad hoc oplossingen bedacht achter de regels, achter de processen werden andere processen verzonnen om de processen goed te laten verlopen. En dat heb ik helemaal niet meer, ik heb nu wel veel meer het gevoel van dat je de touwtjes wat meer in handen hebt. Dat je weet wat oorzaken zijn en wat je er aan zou kunnen doen"*. Hieruit blijkt dat er controle over het werk is en dit maakt dat er gezocht wordt naar oorzaak en oplossing in de sfeer van duurzame oplossingen. Het open zetten van de agenda het hele jaar door is een wens van het afdelingshoofd en van de hoofdverpleegkundige zo geven zij aan. Volgens een van de respondenten zal dat alleen ingevoerd kunnen worden als men afspreekt dat er geen enkel spreekuur meer afgezegd mag worden, het is dan een voorwaarde dat een collega een opengezet spreekuur altijd overneemt. Vooral nog stuit deze gedachte op verzet, maar het idee staat op het prioriteitenlijstje van de leiding. Het grote voordeel hiervan is dat patiënten er zeker van kunnen zijn dat hun afspraak nooit meer verzet zal worden, dat het aanbod constant blijft en dat de ondersteuning precies berekend kan worden: *"Wat mijn streven zou zijn als afdelingshoofd is dat we helemaal geen poli's meer sluiten. Dat poli's in theorie eigenlijk altijd overgenomen worden"*. *"Nu wordt hij gesloten en hebben verpleegkundigen dat dagdeel even niks te doen. Begrijpt u"?*

Externe factoren

Een belangrijke externe factor die de toegangstijd beïnvloedt is de dubbele setting van het ziekenhuis: academisch en streek. Om de financiële kaders in orde te houden moet het hele azM voldoende streekzorg blijven doen zegt de kwaliteitsmanager. Omdat cliënten bij ziekenhuizen in België en Duitsland veel sneller terecht kunnen is de laatste vier vijf jaar ongeveer 20% van het marktaandeel van de streek zorg verloren gegaan. Om dit marktaandeel terug te winnen zijn de

toegangstijden, doorlooptijden en wachttijden ziekenhuisbreed tot een aandachtspunt gemaakt (jaarverslag, 2006 & persoonlijke communicatie, 2008). Een andere externe factor die van invloed is op de toegangstijden is de budgettering voor het verplegend personeel. Alle geïnterviewden geven aan dat extra spreekuren inplannen problemen geeft bij gebrek aan ondersteuning van de verpleging. Het afdelingshoofd geeft aan dat hij zicht wil krijgen op de situatie en zegt: "*Dus dat is een beetje rekenarij en dat zijn we dus aan het bekijken of we dat nu een beetje in de smiezen krijgen*". Het weer is bijvoorbeeld voor dermatologie ook een belangrijke externe factor die maakt dat het in bepaalde periodes extra druk is waarbij er extra capaciteit nodig is.

Het bereiken van een paradigmashift, het anders kijken naar zorg in termen van vraag en aanbod, is een van de belangrijkste aspecten van WZW. Uit de interviews komt naar voren dat de polikliniek het meten van vraag en aanbod als de basis beschouwt om deze op elkaar af te kunnen stemmen. Dit wil zeggen dat plannen gebeurt op basis van realistische cijfers. Tijdens de projectfase zijn WZW en eigen interventies op de polikliniek niet allemaal ineens ingevoerd zeggen de respondenten. Mede door succes, door het daadwerkelijk terugdringen van de toegangstijd met de daarbij horende voordelen, is bij het PMT het gevoel ontstaan dat ze op de goede weg zijn en dat logistieke problemen veelal ten grondslag liggen aan het niet goed verlopen van de processen zeggen de respondenten. Uit de verscheidene interviews blijkt dat respondenten inzicht in de logistieke processen zien als een eerste stap naar de oplossing. Gezien de inhoud van de interviews is logistiek inzicht bij het PMT aanwezig (zie voorgaande citaten).

5.1.3 Borging van verandering

Borging van veranderingen is een belangrijke fase in het hele veranderingsproces. Wij kijken met name naar de interactie met de leiding daarop. Naar de leiding wordt gekeken vanuit het type leiderschapsstijl en zijn verantwoordelijkheden binnen een veranderingsproces en als peilers daarvoor zijn benoemd: cultuur/flexibiliteit, motiveren, draagvlak creëren, commitment top en communicatie. Bij de analyse van de interviews is het hele model van pagina 10 in beschouwing genomen en de meest terugkomende factoren zijn hieronder clustergewijs om beurten behandeld waarbij de invloed van leiderschap op borging steeds is meegenomen.

Structuur

In het azM wordt gewerkt met Resultaat Verantwoordelijk Eenheden (RVE). De polikliniek dermatologie valt onder de RVE Beschouwend, Centrum voor chronisch zieken. De polikliniek kent een driemanschap in leidinggeven: het afdelingshoofd, de hoofdverpleegkundige en de chef de polikliniek. Daarnaast is de office manager verantwoordelijk voor het dagelijkse gang van zaken op de administratie. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor het hele reilen en zeilen binnen dermatologie, zowel de polikliniek als de kliniek en is de gesprekspartner van de RvB. Het afdelingshoofd stuurt specifiek de specialisten en de arts-assistenten aan. De aansturing van het ondersteunend personeel, het secretariaat, de

verpleging en de doktersassistenten vallen onder de hoofdverpleegkundige. Daarnaast is het hele gebeuren rondom het dossier gebeuren de verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige. De chef de polikliniek maakt de roosters voor de artsen en arts-assistenten en deelt de spreekuren in. De chef de polikliniek is samen met de hoofdverpleegkundige verantwoordelijk voor het runnen van de polikliniek. Omdat WZW een vast agendapunt van het PMT is heeft de leiding vat op het blijven toepassen van de principes. Tevens stimuleert de leiding de medewerkers om de principes van WZW te blijven toepassen: *"Het is wel redelijk uniek ook dat het afdelingshoofd erbij zit. Omdat ik dat gewoon belangrijk vind"*. Het hoofd van de afdeling legt verantwoordelijkheid af aan de directie van de RVE. Eenmaal per drie à vier maanden brengt het management van de RVE samen met de kwaliteitsadviseur de targets ter sprake bij poliklinieken en bij dit gesprek wordt de hele vakgroep ter verantwoording geroepen. Daar zit de professor, het hoofd van de poli, het hoofd van de verpleegafdeling, de office manager en de nurse practitioner bij. Zaken zoals de financiën, wachttijden, toegangstijden, patiëntentevredenheid en dergelijke worden doorgenomen. De vakgroep legt verantwoording af over de (niet)behaalde targets en over de nodige maatregelen om de targets alsnog te gaan behalen. Door deze strakke structuur en het vast op de agenda plaatsen van te behalen targets komen de WZW principes steeds terug. Op deze manier vindt een zekere mate van borging plaats. De kwaliteitsmanager geeft aan dat een polikliniek of vakgroep echter niet wordt afgerekend op de resultaten, één van de respondenten zegt hierover: *"Nee, dat is dan een minpunt. Je kan niet zeggen dan wordt u ontslagen. Ten minste ik vind dat je dat wel zou moeten kunnen zeggen. Maar dat, dat hangt er nog niet aan vast. Dat is keihard. Er wordt wel gevraagd wat gaat u eraan doen en als je dan een goed verhaal kan ophangen dan wordt dat geaccepteerd. En 3 maanden later is dat probleem nog hetzelfde dan wordt weer gevraagd wat gaat u eraan doen dus dat kan harder gespeeld worden. Dat is wel aan het groeien, dit soort tendensen komen er wel aan, men gaat strakker afgerekend worden"*.

procedures

Op de polikliniek zijn tijdens de projectfase de grafieken van de meetresultaten consequent opgehangen in de koffiekamer. Dit bleek volgens de respondenten een stimulans te zijn om de discussie over WZW op gang te brengen. Nu de toegangstijden weer wat oplopen is het plan om de resultaten weer op te hangen om op die manier de artsen te laten zien hoelang een cliënt moet wachten op een poliafspraak. Meten en terugkoppelen komt in de literatuur naar voren als een belangrijke factor voor borging (Goodstein & Burke, 1991). De rol van de leiding is hierin belangrijk. Het hoofd van de afdeling benoemt de resultaten op de kernstaf niet in de blame and shame sfeer zoals hij zegt, maar meer in de trant van 'wat kunnen we er aan doen' om de toegangstijd kort te houden. Hij vraagt de artsen dus mee te denken hoe een probleem is op te lossen. Het hoofd hanteert op deze manier een participerende of democratische stijl van leidinggeven: het inspireren van mensen en communiceren met de medewerkers over hun ideeën (Moen & Ansems, 2004). De meetresultaten geven medewerkers op die manier inzicht in de invloed die ze zelf hebben op toegangstijden, werkstress, efficiency en het behalen

van de productie. Het is tevens een licht autoritaire stijl van leidinggeven waarbij zijn stem zoals hijzelf zegt: 'wat meer gewicht in de schaal legt'. De respondenten zijn van mening dat meten een vast onderdeel moet blijven van de huidige werkwijze. Eén van de respondenten zegt het als volgt: *"En je borgt ook door aan het einde van het jaar mensen een output te laten zien, dus dat laat zien hoeveel patiënten heb je gezien en hoeveel wachttijd had je en wat is nou je herhaalfactor. Dat hebben we ook, die cijfers hebben we allemaal per persoon. En als je dat laat zien, standaard om de zoveel tijd aan mensen, dan blijft dat leven denk ik"*. Uit de interviews blijkt dat de meetresultaten gebruikt worden om beargumenteerd steeds nieuwe verbeteringen aan te brengen en dat meten niet meer gemist kan worden. Enkele respondenten geven aan dat door het laten zien van de meetresultaten de ranking motiverend werkt en de teamspirit erin brengt. Blijkbaar werkt een competitie element stimulerend voor de artsen. Een respondent zegt het zo: *"Ja maar, maar vaak is het lijstje laten zien want dat is nu niet eens zo persoonlijk, je kan het ook op een persoon uitdraaien. En alleen dat lijstje openbaar maken is vaak al van voldoende kracht dat mensen zeggen van goh ik moet misschien eens een keer dat congres overslaan"*.

Commitment top

De RvB heeft het terugdringen van de toegangstijden tot een aandachtsgebied gemaakt en het hoofd van dermatologie heeft zich hieraan gecommitteerd. Dit is voor het afdelingshoofd reden zo geeft hij aan om zich gesteund te weten bij het behoud van de veranderkundige principes van WZW, zoals het afdelingshoofd aangeeft. De manager van de RVE brengt de toegangstijden ter sprake in het semestergesprek (5.2.2) waarbij de leiding van de polikliniek de mogelijke interventies langsgaat. Volgens de respondenten laat de leiding aan de medewerkers zien dat zij deze manier van werken belangrijk vindt doordat het PMT de toegangstijden elke vergadering op de agenda zet en met het hele team communiceert over de interventies die het PMT voorstelt bij het oplopen van de toegangstijden. De respondenten noemen een sterk betrokken leiding als één van de aspecten voor het behoud van de ingevoerde veranderingen. Uit het interview met het hoofd van de afdeling blijkt dat WZW ook regelmatig geagendeerd staat bij de kernstaf (artsen en arts-assistenten) en interventies daar besproken worden. De interventies zijn op die manier een gezamenlijke afspraak over hoe men een probleem zal oplossen. Artsen zijn dan sneller bereid zegt hij om mee te denken en oplossingen aan te dragen. Kotter (1997) zegt dat een duidelijk zichtbare leiding van cruciaal belang is om veranderingen te borgen. Een van de respondenten zegt ook: *"Er zijn key persons nodig die het uitdragen en ondersteuning geven bij problemen in de vorm van reële aandacht en duidelijkheid"*.

Cultuur

In organisaties zien medewerkers van elkaar wat het gebruikelijke gedrag is. Gedrag is een cultuuraspect waarvan flexibiliteit een onderdeel is, elkaar aanspreken op gedrag en innovativiteit (De Caluwé et al, 2005). Veel leidinggevendenden beschouwen borging als iets wat schriftelijk is vastgelegd volgens de kwaliteitsmanager. Hij krijgt vaak de opdracht om een protocol te schrijven over een gemaakte afspraak, dan is dat

'geborgd'. Uit de interviews blijkt echter dat protocollen niet voldoende zijn om te borgen. De hoofdverpleegkundige vertelt dat op het secretariaat een protocol bestond voor het opzoeken van dossiers waaraan de medewerkers gewend waren. *"En dan moet je voorstellen vandaag is het woensdag en dan zaten we vandaag al de dossiers op te zoeken van volgende week woensdag en donderdag. En waarom deed men dat, ja in de loop van de jaren was dat zo ontstaan. Want stel er kan wel eens iemand ziek worden er kan een keertje iets onverwachts gebeuren en dan heb je dat tenminste". "Ik heb daar heel veel weerstand van mensen gehad, want mensen vinden dat toch wel heel erg eng van goh we moeten gaan veranderen en wie weet want straks wordt er iemand ziek en dan hebben we een probleem. Maar we hebben nooit problemen gehad, het gaat gewoon".* Leiding is bij gedragsverandering dan ook belangrijk om de oude werkwijze en gewoontes te durven loslaten. Een ander element wat borging bevordert is het elkaar durven aanspreken op gedrag: *"Enfin in allerlei meetbare, in allerlei situaties waarin je met mensen geconfronteerd wordt moet je het erover hebben. Moet je elkaar gaan aanspreken op waar het goed gaat en waar het niet goed gaat"* (Goodstein & Burke, 1991).

Draagvlak/commitment

Alle De respondenten geven aan dat dergelijke ingrijpende veranderingen zoals WZW alleen kunnen slagen als de artsen zich committeren en dat deze groep de bottleneck is voor het wel of niet slagen ervan. De respondenten melden dat op dit moment de toegangstijden aan het oplopen zijn en de druk op de balie en op de artsen oploopt. De leiding is zich hiervan bewust en de chef de polikliniek zegt hierover: *"En we proberen nu de rest inderdaad ook wat meer te activeren en wat meer te doordringen, het belang hiervan. Er speelt dus ook het feit dat we te weinig ondersteuning hebben en het op laten lopen van de toegangstijden kan ook een pressiemiddel zijn om ondersteuning te krijgen".* Ook motivatie is van betekenis voor borging. Alle respondenten zijn van mening dat door de snelle en zichtbare successen die behaald zijn met WZW de motivatie om door te gaan verhoogd is *"We zijn er allemaal wel van doordrongen geweest de afgelopen jaren het belang ervan en hoe plezierig het werken is met een korte toegangstijd".* Volgens Kotter (1998) is het voor borging belangrijk dat de leiding laat zien aan de organisatieleden hoe een bepaald soort gedrag heeft bijgedragen aan het verbeteren van prestaties. Alleen bij ondercapaciteit zo geven de respondenten aan zijn artsen en ondersteuning geneigd om toch weer ad hoc beslissingen te nemen *"Op het moment dat je iedere keer met heel weinig mensen dat moet doen, dan gaat die motivatie weer weg".* Om de artsen gemotiveerd te krijgen om de toegangstijd terug te brengen tot de target van één week zegt een respondent: *"dat hebben we dus nu laatst afgesproken en het team zou bespreken in de kernstaf met al die andere stafleden en ik hoop dat ze dat gaan doen".* Goodstein & Burke (1991) stellen dat in de fase van inbedding het blijven behouden van draagvlak belangrijk is. De leiding moet hierin een rolmodel zijn.

Communicatie

De literatuur noemt heldere communicatie naar alle organisatieleden belangrijk voor het handhaven van veranderingen (Cao, Clarke &

Lehaney, 2003). Tijdens de projectfase zijn de doelen door de projectleden steeds helder gecommuniceerd naar de achterban. Het doel achter WZW is duidelijk uitgedragen, zowel door de RvB naar het stafconvent als door de WZW projectleden naar hun eigen mensen. Bij veranderingen is het nodig dat de leiding communiceert met de medewerkers over wat er gaat veranderen en wat er blijft omdat mensen stabiliteit nodig hebben (Miller, 2004). Uit de interviews blijkt dat er op dit moment op de polikliniek echter geen patroon bestaat om de informatie betreffende de werkwijze over te dragen. De respondenten geven aan dat het door het niet helder communiceren naar elkaar en naar de teamleden is misgelopen met het toepassen van de principes van WZW. Dit is een van de factoren waardoor de toegangstijden zijn toegenomen. Uit de interviews blijkt dat de leiding van elkaar veronderstelde dat relevante informatie wel verteld zou worden aan de nieuwkomers *"Ja precies dat is het net. Er is een culturele stam, dat zijn de artsen en daar wisselt het constant. En een vast iemand op de poli, dat is de ondersteuning die krijgen steeds met nieuwe mensen te maken. En als die elkaar niet vertellen waar het over gaat ja dan kan het mislopen"*.

Balans tussen kosten en opbrengsten

Tenslotte spelen de financiën een rol bij het borgen van veranderingen. De financiering van de DBC's die volgend jaar gaat veranderen en de wijze van budgetteren doen zoals bijvoorbeeld enkele respondenten aangeven over de financiering van ondersteunend verpleegkundig personeel is een belemmering voor WZW.

5.2 Tergooiziekenhuis, polikliniek cardiologie

In de navolgende paragrafen is dezelfde opbouw gehanteerd als in paragraaf 5.1.

5.2.1 Context

Het Tergooi ziekenhuis heeft na een fusie van het afgelopen jaar twee locaties: één in Blaricum en één in Hilversum. Op de polikliniek cardiologie, locatie Hilversum is het project WZW uitgevoerd in 2004-2005 dus voor de fusie. Cardiologie valt onder het snijdende specialisme. De cardiologen van locatie Hilversum zijn georganiseerd in een maatschap van vijf cardiologen. er zijn geen arts-assistenten die hun perifere polikliniekstage hier lopen (dit komt in de nabije toekomst). Op de polikliniek werken twee gespecialiseerde verpleegkundige hartfalen. Patiënten worden naar de polikliniek doorverwezen via de huisarts, specialisten van ziekenhuizen en specialisten binnen het Tergooiziekenhuis kunnen een consult aanvragen voor opnamepatiënten. Het ziekenhuis heeft een typische streekfunctie en moet concurreren met ziekenhuizen uit de omgeving. Het adherentiegebied van het ziekenhuis is de wijde regio in en om Gooi en Vechtstreek (www.Tergooiziekenhuizen.nl). De cardiologie Hilversum heeft twee a drie jaar geleden last gehad van een aanzuigende werking doordat de dichtstbijzijnde polikliniek in Blaricum tijdelijk sloot in verband met teveel productie en bovendien de polikliniek cardiologie in Almere dicht ging. Toentertijd liep de toegangstijd weer op. wat zeer demotiverend werkte voor iedereen. Op dat moment heeft men

als interventie een postcodeslot ingesteld, dus patiënten met een postcode buiten het adherentiegebied kregen een afspraak op de lange termijn. Bovengenoemde interventie heeft men inmiddels weer losgelaten.

In het projectteam WZW zaten 2 functielaboranten echografie, een arts, een manager, de teammanager en de kwaliteitscoördinator. De RvB van het Tergooi ziekenhuis hanteert voor toegangstijden de Treeknorm. Dit is de vijfde beschikbare plek ongeacht de arts. De operationeel manager verkrijgt maandelijks de toegangstijden en ziet welke polikliniek boven de norm zit. Het management stuurt op de Treeknorm. De toegangstijden worden gepubliceerd op de website van het ziekenhuis en ze worden ook intern gepubliceerd. Zodra deze norm wordt overschreden worden er maatregelen getroffen, welke maatregelen dat zijn hangt af van het management van het desbetreffende specialisme. De aanleiding tot deelname aan het WZW project was de bijzonder lange toegangstijden volgens de respondenten en voordat een patiënt wist waar hij aan toe was en een behandeling in gang gezet kon worden was onverantwoord lang vond de medisch manager. De doelstelling van cardiologie bij deelname aan het project WZW was het verkorten van de toegangstijden. Cardiologie had zich tijdens de projectfase een maximale toegangstijd van 3 dagen tot doel gesteld voor zowel nieuwe als controle patiënten. Dit is uiteindelijk onhaalbaar gebleken de uiteindelijke target is het hebben van een toegangstijd van maximaal 1 week voor nieuwe patiënten. Voor controle patiënten kan het iets langer zijn aangezien deze flexibeler gepland kunnen worden. De toegangstijden worden besproken tijdens het overleg met het cluster management en eenmaal per kwartaal in het overleg met de RvB. Het is een van de speerpunten waar het clustermanagement verantwoording over moet afleggen bij de RvB. Er is vanuit het algemeen management geprobeerd WZW ziekenhuisbreed in te voeren, maar enkele respondenten geven aan dat de reacties van artsen uit andere specialismen vaak wat weinig enthousiast is. De vraag van hen is steeds wat het ze oplevert terwijl bij een dergelijk project eerst kosten worden gemaakt en dan pas resultaat. Eén van de respondenten die in een projectgroep heeft gezeten om te bepalen of WZW ziekenhuisbreed ingevoerd kon worden zegt hierover: *"Dat is niet the way to go zeg maar, dan lukt het dus gewoon niet. Want dat is wel de sleutel tot succes dat iedereen er een beetje enthousiast over is. Het succes zal zichzelf moeten verspreiden zodat mensen er enthousiast over worden. Daarom zijn tijdens de projectfase ook kleine succesjes gevierd. Dat heeft het team scherp en enthousiast gehouden"*.

Toegangstijden tot de polikliniek

Polikliniek cardiologie	voor projectfase	na projectfase	Huidige situatie
Toegangstijd nw patiënten	58 dagen	20 dagen	10 dagen
Toegangstijd ctr patiënten	64 dagen	20 dagen	17 dagen
Doorlooptijden verrichtingen spreekuren	105 dagen	One-stop-shop	One-stop-shop

5.2.2 WZW interventies

Om een stabiele wachttijd te bewerkstelligen, *principe één*, bekijkt de polikliniek cardiologie in het kader van WZW wekelijks wat de toegangstijd is voor een nieuwe patiënt en voor een controle patiënt en houdt dit bij voor elke individuele arts. Het voordeel hiervan is dat de trends eerder te zien zijn waardoor je eerder bij kunt sturen zegt de beleidsmedewerker zorglogistiek. De beleidsmedewerker zorglogistiek geeft aan dat al in het begin van het project begonnen is met het continu meten van vraag en aanbod. Om de toegangstijden per specialist te kunnen meten is door haar een eigen Excelprogramma ontwikkeld. De ziekenhuisbrede metingen geven alleen maandelijks inzicht in het algemene beeld per afdeling of polikliniek. De respondente geeft aan dat wekelijks meten een snelle bijsturing mogelijk maakt. Volgens alle respondenten zijn de grafieken ook een makkelijk communicatiemiddel naar medewerkers toe, ze roepen discussie op en laten zien hoe het gaat. De teammanager geeft dit als volgt weer: *"Wat we bijvoorbeeld doen is de wekelijkse grafiek ophangen zodat je meteen ziet van oh het gaat een beetje omhoog en daar wordt iedereen een beetje onrustig van: wat gaan we er aan doen"*. Hieraan gekoppeld zijn de tijden van functieonderzoek nauwkeurig bekeken. De echovraagstelling bijvoorbeeld is duidelijker gemaakt waardoor er een onderzoekstijd reductie is bewerkstelligd geven de verschillende respondenten aan. Daarmee is er een vermindering van de wachttijd voor functieonderzoek en kan er meer productie worden gedaan (zelfde respondenten). Ook is het spreekuur van de specialist geanalyseerd. Op basis van die analyse is een poliprogramma uitgestippeld. De medisch manager/cardioloog geeft aan dat over *principe twee* het hele team van cardiologie met elkaar heeft afgesproken om aan het eind van elke dag een leeg bureau te hebben. Voor de respondent is het duidelijk dat per dag afhandelen wat kan het geheel overzichtelijk maakt en veel overbodige handelingen hiermee worden vermeden. De functielaborant drukt het als volgt uit: *"Nou en voor de artsen is dan als voordeel dat ze ook die dingen meteen kunnen afronden, brieven kunnen de deur uit en ja het is we. Het stapelt ook niet op"*.

Ook het aantal wachtrijen is teruggebracht, *principe drie*. Per dagdeel worden er drie nieuwe patiënten gezien en de rest zijn controle of controle na opname of een pacemaker controle. Dus er zijn twee typen afspraken waaruit gekozen kan worden. Het uiteindelijke doel waar men naartoe wil is te komen tot het loslaten van een voorgeboekte agenda. Een van de respondenten geeft aan dat dit is geprobeerd, maar dat tijdens het uitproberen bleek dat het loslaten van afsprakentijden niet goed werkt. Bij teveel nieuwe patiënten op een spreekuur gaat het mis met het functieonderzoek. Nu mag bij het plannen van patiënten er geen nieuwe patiënt geboekt worden op een controleplaats ook al staan deze plekken leeg. *Principe vier* is gerealiseerd door aan alle patiënten te melden dat er geen controleafspraken voor over een langere termijn wordt gemaakt en dat dit onderdeel is om de toegangstijd te minimaliseren. Eén van de respondenten zegt dat dit wennen was voor patiënten, maar nu is het vanzelfsprekend voor ze. De respondenten geven aan dat patiënt initiated care alleen kan werken als de patiënt bij klachten ook meteen terecht kan, en dat kan zegt de medisch manager/cardioloog. Tevens is de one-stop-shop ingevoerd. Patiënten hoeven voor functieonderzoek geen afspraak te

maken, maar kunnen meteen terecht. Voor de artsen levert dit een efficiencywinst op volgens de beleidsadviseur logistiek die zegt: *"artsen die vinden dat perfect om alles in één keer te doen, te regelen. Ze hoeven niet dat dossier er weer bij te pakken en dat weer te lezen, ze kunnen gewoon in één bezoek alles afronden"*. De medisch manager/cardioloog geeft aan dat de arts dan meteen een diagnose heeft en de behandeling kan gaan inzetten en dat specialisten dit een heel groot voordeel vinden. Het heeft een grote winst opgeleverd in de herhaalfactor: deze is gedaald van 2,0% naar 1,7%. Ook het aantal no-shows is aanzienlijk verminderd van 5,5% naar 2,5 %. Dit alles levert een winst in capaciteit op volgens de respondenten.

Door het toepassen van *principe 5*, bijvoorbeeld taakdelegatie van niet medische taken naar assistenten hoeft de arts alleen maar in en uit te lopen en lichamelijk onderzoek te doen bij een nieuwe patiënt wat het werken zeer efficiënt maakt en prettig zegt de teammanager. De respondenten geven aan dat het loslaten van afspraken voor functieonderzoek goed werkt. De polikliniek heeft tevens de beschikking over een gespecialiseerde verpleegkundige hartfalen. Ook wordt wekelijks gekeken welke lege plakken er in een spreekuur zijn gevallen en deze worden dan standaard gevuld. *Principe zes* is gerealiseerd doordat een specialist niet meer een gepland spreekuur binnen zes weken laat annuleren. Dit werkt patiëntvriendelijk en het vermindert in stress enorm voor de assistentes geeft de medisch manager/cardioloog aan. Het is voor professionals wennen, maar het is nu onderdeel van de cultuur geworden volgens de respondenten, slechts in uitzonderingen wordt hiervan afgeweken. De functielaborant: *"En dan zeiden we meestal van kijk als het allemaal weer want dat scheelde ook weer als dan de arts dan maakte je de afspraken en dan ging ineens een arts op vakantie. Nou stapels brieven moesten eruit om al die spreekuren weer te verplaatsen. Heb je niet meer. Want dat was dus ook een code naar de artsen toe van, patiënt over 6 weken maar jullie moeten voor die 6 weken ook aangeven van congressen of vakanties noem maar op"*. Ook heeft de polikliniek nu de planhorizon beperkt tot zes weken, daarna is er een lege agenda. Dit werkt uitstekend tot tevredenheid van zowel de specialist als het ondersteunende personeel: *"Ja, wennen, de één is er nu wat enthousiaster over dan de ander maar uiteindelijk zien ze nu ook kijk als je maar resultaten ziet dan gaat dat"*. Het anticiperen op fluctuaties in vraag, *principe zeven*, daarvan geeft de teammanager aan dat dit niet altijd lukt, maar er wordt wel rekening mee gehouden: *"Er kan nog iets meer verbetering worden bewerkstelligd door het nog beter plannen van aan-en afwezigheid van specialisten en de beschikbare capaciteit"*. Eén respondent geeft aan dat dit principe de toegangstijd wat stabielier houdt.: *"Dat je seizoensinvloed toch nog wat beter kunt inschatten maar daar heb je nog een paar jaar meer voor nodig om dat te optimaliseren denk ik. En cardiologie is onvoorspelbaar dus dat is ook niet altijd te sturen"*.

Andere interventies

De polikliniek cardiologie ligt dicht bij de kliniek en bij de functieafdeling. Dit is een groot voordeel, de specialisten hoeven alleen de gang over te steken naar bijvoorbeeld de echokamer. Respondenten geven aan dat dit de doorstroming van patiënten enorm bevordert, bouwtechnisch zit het

goed in elkaar. Bij het begin van het project is ook met elkaar afgesproken dat specialisten hun pieper tijdens het spreekuur afgeven aan de assistente. *"En ze vinden het ook prettig hè want het is natuurlijk vervelend als een arts kijk ze geven ook hun eigen sein aan de assistente die dus de poli draait van nou dan ben ik met een patiënt bezig en dan vangt zij de meeste dingen op van voor de piepers"*. Deze maatregel heeft ervoor gezorgd dat specialisten ongestoord door kunnen werken wat weer meer capaciteit oplevert. Het niet meer printen van de laboratoriumuitslagen is weliswaar een kleine interventie, maar deze levert wel tijd op en het werkt prettig volgens de functielaborant. Alle uitslagen staan op de computer.

Externe factoren

Volgens de respondenten heeft de aanzuigende werking na sluiting van een naburige polikliniek ervoor gezorgd dat de korte toegangstijd weer ging oplopen. Dit werkte voor de medewerkers zeer demotiverend om toch door te gaan zeggen de respondenten. De financieringssystematiek is eveneens een externe factor die invloed heeft op WZW. Mede door de korte toegangstijden kwamen er steeds meer patiënten, dus meer productie, maar deze meerproductie krijgt de polikliniek niet vergoed van je zorgverzekeraars. De medewerkers kregen toen het gevoel van: *"Dus dan is er op een gegeven moment toch zoiets van we zijn hartstikke goed bezig, maar je wordt afgestraft"*. Een bijkomend probleem is de DBC systematiek. Een van de respondenten vertelt dat als alles in een bezoek is geregeld artsen dit perfect vinden, voor de patiënt is het prettig en voor de medewerkers, alleen financieel is het zeer onaantrekkelijk want er staat maar 30 Euro voor: *"dan heb je wel een heleboel activiteiten die je dan doet, een heleboel moeite en energie en tijd en ja dat frustriert enorm"*.

Uit de interviews en de ingevoerde interventies blijkt dat de medewerkers van de polikliniek zich bewust zijn van het principe van vraag en aanbod. Alle respondenten geven aan dat het boeken van resultaat een belangrijke stimulans is (geweest) om interventies in te zetten of. Op het moment dat er resultaten werden geboekt veranderde de scepsis uit het begin in enthousiasme en het hele team is daardoor gemotiveerd geraakt om verder te gaan volgens de medisch manager/cardioloog. Van belang hierbij is dat de respondenten aangeven met plezier op het project terug te kijken omdat het buiten korte toegangstijden de polikliniek tot één team heeft gevormd. Het grote voordeel van korte toegangstijden is voor het hele team voelbaar: *"En eh je hebt gewoon niet meer de telefoontjes van de huisartsen die zeggen die bellen om patiënten eerder te kunnen plaatsen"*. Zodra de toegangstijd gaat oplopen wordt dit gesignaleerd door het secretariaat die het doorgeeft aan de teammanager. Het team bespreekt dan welke interventie(s) ingezet gaat(n) worden. Het blijkt voor de polikliniek moeilijk te zijn om te anticiperen op de vraag (principe 7). Volgens een van de respondenten vraagt een adequaat inspelen op vraag en aanbod nog wel een jaar of meer. Cardiologie wil de toegangstijd consequent kort houden. Daarnaast is het volgens de medisch manager/cardioloog dank zij het WZW project gelukt om van de redelijk als eenmansbedrijfjes fungerende cardiologen één team te vormen.

5.2.3 Borging van verandering

Voor het beschrijven van de mate van borging bij cardiologie is dezelfde opbouw gehanteerd als in paragraaf 5.1.3.

Structuur

Cardiologie heeft een medisch manager die verantwoordelijk is voor het primaire proces met een stukje organisatie van hoe de afdeling is en op welke manier de polikliniek is geregeld. Daarnaast is er een clustermanager die diverse teammanagers aanstuurt en de teammanager stuurt direct het ondersteunende personeel aan. In het Tergooi ziekenhuis wordt gewerkt met een leiding die tweeledig is. In deze besturingsconstructie die eigen is aan dit ziekenhuis zit een kern van een mogelijk conflict. De medisch manager die dagelijks met het personeel werkt heeft formeel geen zeggenschap over dit personeel. Daarnaast behoren specialisten tot de groep mensen voor wie leiding aanvaarden moeilijk is, de autonomie van professionals is altijd al een discussiepunt. Volgens een van de respondenten stuurt de teammanager het ondersteunende personeel aan op het screenen van programma's, goed volboeken, alle plekken benutten, de poli-planning en of de afwezigheid van specialisten goed verdeeld is. Bovendien is de teammanager degene die als hij/zij de wachttijden ziet oplopen samen met de anderen van het managementteam bedenkt welke interventies nodig zijn: *"wat gaan we er aan doen met z'n allen"*. De teammanager is eindverantwoordelijke voor de toegangstijden en het hele WZW werken. In de literatuur wordt leiding als een van de belangrijkste factoren voor borging gezien (Goodstein & Burke, 1991). Bij cardiologie is terug te zien dat de leiding WZW actief houdt en dat er een positieve sfeer rondom WZW is: *"en eh een teammanager die er heel erg alert op is die dat continu eh aan de orde stelt en we hebben natuurlijk ook een cardioloog die daar heel erg eh eh propagandist voor is en die dingen ook bespreekbaar maakt in de maatschap. Nou dat zijn de succesfactoren"*.

procedures

Een van de respondenten vertelt dat de aanleiding om mee te doen aan WZW de enorme wachtlijst was en dat het hele team het met elkaar eens was dat dit niet kon. Maar pas bij het laten zien van de toegangstijden in grafieken is het probleem tastbaar geworden voor medewerkers zegt een respondent: *"van je het vertelt dan eh ja. Maar op een gegeven moment had ik het allemaal in grafieken toentertijd staan, ik denk ja dat is toch te gek en wat.."*. en *"Ja, je kan het wel zeggen van eh, maar dan staat het zwart op wit, dan geloof je dat ook"*. Alle geïnterviewden zijn van mening dat het wekelijks meten en het laten zien van het resultaat aan de medewerkers een heel grote rol speelt om de veranderingen vast te houden. Het ophangen van de resultaten in de koffiekamer blijkt stimulerend te werken zo zeggen zij. Doordat het dashboard informatie per arts geeft is dit zeer inzichtelijk en hier kan op gestuurd worden. Er is inmiddels een mechanisme gegroeid waarover gezegd wordt: *"dat artsen zoiets hebben van als een van de cardiologen een hoge wachttijd heeft dan heeft hij zoiets van hoe kan dat. Dus er is wel een bepaalde, rivaliteit is negatief maar het wordt wel met elkaar in de gaten gehouden"*. Dit laat zien dat het effect van het tonen van resultaten een eye-opener is geweest voor het hele team, het is een van de leerpunten geweest van

WZW. De teammanager monitoort de toegangstijden en heeft hierin een belangrijke rol evenals de medisch manager/cardioloog. De medisch manager/cardioloog brengt regelmatig de resultaten ter discussie bij zijn maten.

Commitment top

De resultaten worden meegenomen in het overleg met het cluster management en het komt ook eens in het kwartaal terug in overleg met de raad van bestuur. Maar dan is het wel noodzakelijk dat het hoogste management, de RvB, dergelijke initiatieven daadwerkelijk steunt zegt één van de respondenten. De RvB zou moeten zeggen dat WZW ziekenhuisbeleid is en dat het ingevoerd moet worden met de nodige consequenties. Volgens de medisch manager/cardioloog gebeurt dit echter nog niet. Op deze manier is er voor de specialisten niet echt een incentive om zo te blijven werken of om het aan te pakken zegt hij: *"en dan krijg je een schouderklopje van de directie maar dat is het dan ook wel". "Nee maar ik bedoel we hebben natuurlijk wel wat over gehouden, het is net wat je zegt eigenlijk hebben we er niks, als ik nu zeg ik wil graag, bijvoorbeeld ik ben van huis uit doe ik MRI van het hart, vrij high tech onderzoek zeg maar, waarbij ik eigenlijk al een paar jaar bezig ben om dat nou te organiseren. Maar om nou te zeggen dat ik van de organisatie merk dat ik daar nou eens een keer gewoon een vrije hand in krijg omdat eens even te regelen, no way".* De leiding van cardiologie is nog steeds enthousiast over WZW en het hele team is trots op de behaalde resultaten volgens de respondenten. Als de toegangstijden gaan oplopen wordt dit gesignaleerd door de assistentes en hiermee gaan zij naar de medisch manager/cardioloog/teammanager/functielaborante om de te bepalen interventies te bespreken. Dit werkt erg goed volgens de respondenten.

Cultuur

Flexibiliteit en attitude zijn belangrijke aspecten als voorwaarde voor borging. Om WZW optimaal in te kunnen zetten wordt er een bepaalde flexibiliteit verwacht van alle medewerkers, zonder dat kun je niet werken zegt één van de respondenten. Medewerkers moeten heel flexibel omgaan met het aanbod van het werk dat er ligt. De leiding heeft zijn verantwoordelijkheid hierin genomen en medewerkers gefaciliteerd door scholing aan te bieden. De doktersassistentes op de cardiologie hebben bijvoorbeeld allemaal een ECG scholing gehad zodat zij een holter analyse kunnen uitvoeren. Sommigen zijn opgeleid om fietstesten uit te voeren en daardoor zijn ze flexibeler inzetbaar. Er is op cardiologie geen strikt onderscheid meer in doktersassistente en functie assistente. Als iemand uitvalt dan zou er een probleem met de bezetting op de functieafdeling kunnen zijn, maar nu kan dit wat makkelijker worden ondervangen. Dit houdt wel in dat het personeel deskundig gehouden moet worden, dus de teammanager is hier alert op. Om deze flexibele manier van werken te laten inburgeren heeft zo'n drie vier jaar geduurd, maar nu is het WZW onderdeel van de cultuur geworden zeggen de respondenten. Flexibiliteit van inzetbaarheid, elkaar aanspreken op het werk, het is gewoon geworden zeggen alle geïnterviewden één van hen verwoordt het als volgt: *"Omdat het zijn voordelen bewezen heeft gaat". "Ja passief actief, ik noem dat zo want het is inmiddels zo'n onderdeel van de werkwijze, ik*

zou het dan niet echt actief willen noemen, het werkt gewoon zo punt". De leiding op cardiologie hanteert ene participerende stijl van leidinggeven, het team bespreekt met elkaar wat nodig is. In de selectie van personeel wordt nog geen speciale aandacht aan de noodzakelijke gedragsaspecten van nieuw personeel volgens een respondent. Op cardiologie is dit aspect nog niet aan de orde geweest omdat het verloop minimaal is geweest sinds de toepassing van WZW volgens de respondenten. Wel is men er van overtuigd dat het ondersteunende personeel door middel van bijscholing steeds alert gehouden moet worden: *"Je moet er voor waken dat ze goed ingewerkt worden".* Nieuwe medewerkers horen *"Als je hier werkt dan verwachten we dit en dat van je"*

Draagvlak/commitment

In de interviews komt naar voren dat het noodzakelijk is om eerst draagvlak te creëren en dit draagvlak te blijven monitoren. Een respondent geeft aan dat draagvlak verkregen is door alle teamleden er actief bij te blijven betrekken en voortdurende communicatie over de stand van zaken. Dit geeft mensen het gevoel dat ze er zelf verantwoordelijk voor zijn en er zelf ook controle over hebben. Alle respondenten vinden het jammer dat er op dit moment geen beloning vastzit aan goed presteren. Alle geïnterviewden geven aan dat zij willen dat er een bonus aan zit in de vorm van capaciteit, geld, bijzondere werkzaamheden of iets dergelijks. Daar is wel over gesproken een tijdje geleden. Het plan was dat met de cluster manager op contractbasis aan de hand van items in de zorgcockpit afspraken gemaakt zouden worden op die items over productie en toegangstijden. In een dergelijk contract zouden deze items worden vastgelegd, maar dat is tot op heden nog niet gebeurd. De medisch manager/cardioloog geeft aan: *"Ja wat dat betreft zou ik er wel voor pleiten dat je vakgroepen die iets bereiken of die wat resultaten laten zien dat je die ook iets biedt van nou oke, dat je ze een beetje een worst voorhoudt".*

Een op maat gesneden ICT ondersteuning zou het draagvlak aanzienlijk kunnen bevorderen. Een goed systeem kan relevante informatie geven over toegangstijden en meer. Hieruit kunnen medewerkers met één druk op de knop ook de lege plaatsen zien. Dit is een wens, maar ziekenhuisbreed wordt hier geen prioriteit aan gegeven zegt een respondent. Op dit moment is er is geen adequate ICT ondersteuning in het ziekenhuis en wat er is is zeer mager volgens de respondenten. Intern is een eigen Excelbestand gemaakt, het dashboard, waar poliklinieken die met WZW werken gebruik van maken, maar dit wordt niet ziekenhuisbreed ondersteund. De respondenten zijn van mening dat de RvB dit als speerpunt zou moeten stellen wil het ontwikkeld of gekocht gaan worden. Uit de interviews komt naar voren dat voor het lange termijn succes een dagelijkse aansturing belangrijk is. Als er in de praktijk onregelmatigheden in dreigen te sluipen en iedereen wat nonchalanter wordt waardoor het niet meer zo strak loopt als in het begin dan is het hebben van één iemand met draagvlak op de afdeling van belang. Iemand die ook er bovenop zit. Volgens de teammanager is dit een voorwaarde voor borging, dat er steeds een pijler is waar men op kan terugvallen. Hiernaast komt uit de interviews naar voren dat committent van de specialisten een absolute voorwaarde is voor het lange termijn succes.

Communicatie

Vanaf de start van het project is er voortdurend gecommuniceerd met de achterban door de projectleden. Deze communicatie naar elkaar is nu ook aanwezig zeggende de respondenten. Een heldere communicatie heeft bijgedragen aan borging van de veranderingen: *"We spreken elkaar erop aan, er is er dus 1 die bekijkt de agenda's die dat ook 1 maal per week helemaal gaat controleren en als je dat op een gegeven moment ziet of patiënten zeggen het zelf of noem maar op als je al iemand die daarachter zit en eh die kijkt van he kan dat daar staat al een patiënt, en dat is toch te lang en dan heb je soms wel eens een keer dat je zegt van, je doet het toch, he, laatst was er ook een oude dame en die ging op vakantie en ze kon niet bellen, nou dan zet je erbij een opmerking van het waarom, en dat is toch een teken dat iedereen er nog wel steeds mee bezig is van waarom je dan zo iets doet"*. Het laat zien dat cardiologie het belangrijk vindt dat alle teamleden begrijpen waarom er op een bepaalde manier gewerkt wordt. De teammanager geeft aan dat communicatie iets blijvends moet zijn, elke week krijgen de cardiologen bijvoorbeeld de toegangstijden onder ogen of ze hangen op het prikbord. De medisch manager/cardioloog geeft aan dat ook de communicatie naar buiten toe een grote rol kan spelen bij borging. Hieraan kan de directie van het ziekenhuis bijdragen middels een goede public relation (pr) over WZW, hij geeft aan dat deze pr veel beter zou kunnen. Anderzijds blijkt communicatie niet altijd te werken.

Uit de interviews blijkt dat het team met trots naar de resultaten kijkt en dat de teamleden aan de leiding vraagt of er op de locatie in Blaricum: *"toch ook wel zo gewerkt wordt"*. Naar aanleiding van de membercheck meldt de betreffende respondente dat locatie Blaricum de WZW werkwijze heeft overgenomen en dat de toegangstijden daar nu ook dalen.

5.3 Koningin Beatrix ziekenhuis Winterswijk, cardiologie

In de volgende paragrafen wordt dezelfde opbouw gebruikt als in paragraaf 5.1 en 5.2.

5.3.1 Context

In het kader van kwaliteitsverbetering is het Koningin Beatrix ziekenhuis (SKB) begonnen met verbeterprojecten waaronder WZW. Een polikliniek die mee wilde doen kon zich aanmelden. De cardiologie wilde graag de toegangstijden verkorten en de organisatie stroomlijnen om rust te brengen binnen het secretariaat en de maatschap en heeft zich toen aangemeld. Het project is uitgevoerd in 2004-2005. In het begin van het project is de bedrijfsvoering van het secretariaat en de medisch specialisten in kaart gebracht evenals de functieafdeling zodat alles beter op elkaar afgestemd kon worden (interview operationeelmanager). De cardiologen zijn georganiseerd in een maatschap van 4 cardiologen. Er is één nurse practitioner werkzaam voor hartfalen, zij is aangetrokken tijdens de projectfase. Patiënten worden naar de polikliniek doorverwezen via de huisarts, specialisten van ziekenhuizen en specialisten binnen het SKB kunnen een consult aanvragen voor opnamepatiënten. Het is een streekziekenhuis met een breed spectrum van medisch specialistische

zorg en het moet concurreren met andere perifere ziekenhuizen als het Slingeland ziekenhuis, het Gelre ziekenhuis (locatie Zutphen), Medisch Spectrum Twente en de toekomstige orthopedische kliniek van de St. Maartenskliniek en het Deventer Ziekenhuis. Er is concurrentie van private klinieken als zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken in de stedendriehoek Zutphen-Deventer-Apeldoorn en rond de stedenlijn Almelo-Hengelo-Enschede. Het SKB wil een groot aandeel in die markt door vraaggericht te werken en aan te sluiten bij de behoeften en wensen van patiënten. Het adherentiegebied van het ziekenhuis is de wijde omgeving van Winterswijk, de Achterhoek en Doetinchem met een totaal verzorgingsgebied van ongeveer 130.000 mensen. (www.skbwinterswijk.nl, jaardocument SKB 2006). Het is niet duidelijk of cardiologie door de korte toegangstijden die het heeft gekregen na invoering van WZW een aanzuigende werking heeft gehad. Dit is niet gemeten, er is nog nagedacht om een postcodeonderzoek te doen, maar doordat het ziekenhuis in een uithoek van Nederland ligt is een dergelijk onderzoek moeilijker dan in bijvoorbeeld een grote stad. Het zou hier dan gaan om erg veel postcodes (stafmedewerker).

In het projectteam WZW zaten vertegenwoordigers uit het hele team met name om draagvlak te creëren bij de achterban van de verschillende groepen volgens de respondenten. De leden waren: 2 secretaresses, een arts, een manager, de operationeel manager en de kwaliteitscoördinator als projectleider (huidige functie: stafadviseur). De RvB van het SKB hanteert voor toegangstijden de Treeknorm. Hier wordt maandelijks naar gekeken, het management stuurt ook op de Treeknorm. De operationeel manager geeft aan dat hij maandelijks gegevens aanlevert bij de zorgadministratie ten aanzien van de toegangstijden en hij informeert dus maandelijks op de poliklinieken wat de toegangstijden zijn. De zorgadministratie maakt maandelijks een samenvatting van alle toegangstijden op de poliklinieken, ook voor specifieke verrichtingen en geeft deze door aan het management team (MT). De operationeel manager legt over de resultaten van de metingen verantwoording af aan de clustermanager. De RvB van het SKB bestaat uit één lid en samen met de clustermanagers en het hoofd Sociale Zaken vormt de directeur het managementteam (MT). Op het moment dat een polikliniek de Treeknormen overschrijdt spreekt het MT de operationeel managers erop aan en hen wordt om een verklaring gevraagd en om de mogelijk in te zetten interventies. De interventies zijn afhankelijk van de vooraf te maken analyse.

De toegangstijden staan zowel op de website van het ziekenhuis als op de interne site. De doelstelling van het ziekenhuis is om WZW ziekenhuisbreed in te voeren met cardiologie als voorbeeldfunctie. Het ziekenhuis wil hiermee een vliegwieleffect bereiken (jaardocument, 2006). De doelstelling van cardiologie bij deelname aan het project WZW was het verkorten van de toegangstijden voor zowel nieuwe als voor controle patiënten tot één week (afspraak was tussen twee en veertien dagen) en het doorlichten van het proces op cardiologie. De secretaresse geeft aan dat toentertijd is gesteld dat de maximale toegangstijd voor nieuwe patiënten twee weken was en voor een controlepatiënt drie weken. Mondeling is echter met elkaar afgesproken dat er geen langere

toegangstijd dan twee weken mag zijn voor controle patiënten zegt zij. Aan de door cardiologie gestelde target voor nieuwe patiënten wordt voldaan, maar voor de controle patiënten duurt het langer dan drie weken voor ze terecht kunnen volgens de secretaresse.

Toegangstijden tot de polikliniek

Polikliniek cardiologie, W	voor projectfase	na projectfase	Huidige situatie
Toegangstijd nw patiënten	48 dagen	30 dagen	7 dagen
Toegangstijd ctr patiënten	69 dagen	31 dagen	28 dagen
Doorlooptijden verrichtingen spreekuren	Enkele weken	One-stop-shop	One-stop-shop

5.3.2 WZW interventie

Om *principe één* in de praktijk te brengen is op de polikliniek allereerst begonnen met het wegwerken van het bestaande stuwmeer aan patiënten. Het is niet precies na te gaan om hoeveel patiënten het destijds ging. Voor WZW werden alle patiënten op een wachtlijst geplaatst en werden zij al een jaar vooruit gepland. Mede door het feit dat specialisten spreekuren om verschillende redenen lieten annuleren leverde dit een stuwmeer op zegt de secretaresse. De secretaresse geeft aan dat er om dit stuwmeer weg te werken extra spreekuren zijn ingelast en extra poliplekken, de specialisten hebben hiervoor veelal hun vrije dagdelen opgegeven of zij hebben prioriteit gegeven aan de spreekuren ten opzichte van ander werk. Op het moment dat er geen stuwmeer meer was is men begonnen met een andere wijze van afspraken maken voor de patiënt. Controle patiënten worden nu standaard in een wachtlijst geplaatst en één van de secretaresses kijkt per week op de wachtlijst wat de vraag is. Als patiënten niet meer geplaatst kunnen worden en de toegangstijden oplopen geven de secretaresses dit aan de specialist door waarna de specialist bekijkt of er extra patiënten c.q. extra spreekuren gepland mogen worden. Hierover kan de secretaresse niet zelf beslissen, maar zij moet dit altijd vragen aan de specialist, ze hebben een signalerende functie. Omdat extra inplannen bij cardiologie altijd aan de specialist wordt overgelaten loopt dit niet altijd even soepel: *"Er wordt soms wel eens aan de bel getrokken als een dokter heel erg achterloopt, en wij heel veel telefoontjes krijgen van goh waar blijft mijn afspraak, dus ja er is wel es aan de bel getrokken, maar het is niet zo dat we er heel erg bovenop zitten, maar we laten dat een beetje aan de dokter over"*. De respondenten geven aan dat het als een probleem wordt ervaren dat niet de planners mogen beslissen over het extra inplannen van spreekuren. Zij zien en merken als eerste als de toegangstijden oplopen en weten ook wat ze eraan kunnen doen zegt een van de respondenten. De stafadviseur verwoordt dit als volgt: *"Door te zeggen van dat je als secretaresse de vrijheid hebt om op het moment dat je ziet dat de toegangstijd van een dokter oploopt om extra spreekuren in te plannen. En dan kan de dokter aangeven, dat is maandags, woensdags, vrijdag en als het niet nodig is, niet doen, maar dat de secretaresse de vrijheid heeft om het in te vullen. En die vrijheid hebben ze nooit gekregen, altijd moeten ze vragen vindt u het goed dat.. "* *"Omdat de dokter anders vindt dat zijn dat, dat een ander beslist over zijn tijd"*. Omdat er momenteel door verloop bij de

specialisten capaciteitsproblemen zijn is het probleem nijpender dan voorheen. Aangezien de secretaresses een signalerende functie hebben melden zij oplopende toegangstijden aan de specialisten. Dit zou moeten verlopen via een werkoverleg maar de secretaresse zegt hierover: *"Nou het wordt eigenlijk gewoon mondeling besproken en we willen wel es graag een werkoverleg met de dokters maar ja dat komt er gewoon 3 van de 4 keer niet van. Ja dat is echt heel erg, ja de laatste is echt van januari vorig jaar ofzo. Ja das echt, en dan hebben we iets gepland en dan zegt de dokter, ja ik kan niet, want ik heb die hier staan. En dan houdt het op. Ja het is echt, ja nou de communicatie is momenteel wel wat beter"*. Er is ook nauwkeurig gemeten gedurende de projectfase hoeveel tijd er nodig is voor een patiënt. De hoeveelheid tijd per patiënt was op het moment van de projectfase al overeenkomstig met de tijd die er voor stond. Alle geïnterviewden zijn van mening dat hier op dit moment geen winst meer in te behalen valt. Verder kijken de secretaresses elke dag of er gaten in het spreekuur zitten en vullen deze dan op. Dit maakt dat artsen door kunnen werken zonder gaten in hun spreekuur en zo ontstaat meer capaciteit. Volgens de secretaresse is het is eenvoudig om uit te voeren en is het voor het secretariaat een routinekwestie geworden. Zij hebben er groot voordeel van, het is onder andere zeer prettig tegen patiënten te kunnen zeggen dat ze op korte termijn terecht kunnen volgens de respondenten.

Principe twee heeft volgens de secretaresse rust gebracht bij de medewerkers en een beter bewust zijn van de werkzaamheden die gedaan moeten worden: *"zoals de dokter die houden nu beter iedere dag de dicteerwerk bij en houden hun werk bij, behalve een, maar een uitzondering mogen er zijn, maar ze houden allemaal netjes de dingen bij. De slogan van werken zonder wachtlijsten is mij gewoon bijgebleven, 'het werk van vandaag vandaag' en voorheen hadden we wel eens dat we een half uur overwerkten en als het niet kan dan is er morgen weer een dag en daar houden we ons nu wel een beetje aan"*. *Principe drie* heeft geleid tot het moeiteloos terugbrengen van de 5 voor WZW gehanteerde verschillende afsprakentypes geven de respondenten aan: er zijn nu plaatsen voor controle patiënten en nieuwe patiënten, dus 2 wachtrijen. Er wordt wel gewerkt met vaste plekken voor nieuwe patiënten, de eerste 5 en de rest van de lijst is voor controle patiënten. Hierdoor zijn het aantal lege plekken verminderd. *Principe vier* is in de praktijk gebracht door patiënt initiated care. De stafadviseur geeft aan dat in de projectfase de afspraak is gemaakt, dat als een patiënt vindt dat hij moet komen, dat hij dan ook binnen 10 dagen terecht moet kunnen. Zij geeft aan dat in de praktijk bleek dat planners bang waren dat die garantie niet waargemaakt zou kunnen worden, mede omdat een specialist wegging. De secretaresse zegt dat zij patiënten sinds het vertrek van één van de specialisten de standaard in een wachtlijst plaatst. Het wordt te riskant gevonden zegt zij om het initiatief bij de patiënt neer te leggen. Tevens bestaat de angst dat er een grote toename komt van controles omdat patiënten misschien te snel ongerust zijn aangezien het om het hart gaat: *"Nou teveel mensen die denken dat ze iets aan het hart hebben, terwijl het gewoon heel wat anders is. En ik denk gewoon niet dat, dat dat niet te doen is"*.

De herhaalfactor is bijzonder gedaald door de one-stop-shop, geven alle geïnterviewden aan en zij zijn hier erg enthousiast over. Voor de patiënt betekent dit dat hij bij zijn eerste bezoek weet wat er aan de hand is en de behandeling kan meteen ingezet worden. De functieafdeling is hierop ingesteld. Het is inmiddels de normale manier van omgaan met nieuwe patiënten zeggen enkele respondenten. Het aantal no-shows is ook gedaald door een betere telefonische bereikbaarheid te realiseren zegt de stafadviseur wat maakt dat de lege plek bij annulering weer ingevuld kan worden. De secretaresse geeft aan dat *principe vijf* is gerealiseerd door de afspraak over een nieuwe taakverdeling: artsen maken zelf geen afspraken meer, dat is volledig door het secretariaat overgenomen. Iedereen houdt zich hieraan en omdat cardiologie een zeer platte structuur kent met korte lijnen werkt het uitstekend zegt ze. Wat betreft andere eventueel over te nemen taken zoals het bloeddruk meten, wegen en meer dat wordt door de arts verricht en er is geen sprake van dat dit in de nabije toekomst gaat veranderen volgens enkele respondenten. In het begin van WZW is er een nurse practitioner aangetrokken die de hartfalen poli begeleidt. Binnenkort gaat men naar een boezemfibrilleren poli kijken, zodat onregelmatige hartritmen ook naar die poli gaan en niet naar de dokter hoeven geeft één van de respondenten aan. De polikliniek werkt dus met cyclische verbeteracties.

Om de fluctuatie in aanbod te reduceren, *principe zes*, is de werkwijze op de polikliniek ingrijpend veranderd voor de specialisten en voor het ondersteunend personeel geeft de secretaresse aan. Voor WZW werden patiënten via een wachtlijst al een jaar van te voren ingepland en vervolgens kwam een arts dan melden bij het secretariaat: *"goh ik wil dan nog een dag vrij en dan kon je gewoon alles weer gaan verplaatsen en ja dat is dus nu minder. Ja ik bedoel ja het wil nog heel af en toe voorkomen dat een dokter binnen de 6 weken, want wij hebben de afspraak dat dan binnen de 6 weken gewoon niet gebeurt, ja ik wil die middag vrij en dat je alsnog een afspraak moet verzetten, maar dat is wel heel veel verminderd"*. Die planhorizon en hoelang is een agenda heilig heeft in het begin van de invoering veel commotie onder de specialisten gegeven en zijn er veel emoties naar boven gekomen geeft de operationele manager aan. De secretaresse geeft aan dat het enorm veel extra werk voor het secretariaat scheelt waardoor ze beter aan hun eigen werk toekomen: *"Ja absoluut, want het was heel veel werk om de spreekuren te verplaatsen"*. Er wordt nu gewerkt met een 6 weken rooster waarbij er strikt 3 weken vooruit wordt gepland met passieve controle patiënten, de andere 3 weken zijn gereserveerd voor de actieve controle patiënten, waarbij actieve natuurlijk altijd voorrang hebben. Op dit moment lopen de toegangstijden op voor de passieve patiënten onder andere door de vakanties, feestdagen. Buiten die 6 weken wordt er helemaal niets gepland aan spreekuren. Dit heeft de no-shows gereduceerd tot minimaal want zoals een geïnterviewde zegt: *"maar ik moet zeggen dat we sinds we, maar 3 weken van tevoren sturen we de patiënt een bericht, een bevestiging op van de afspraak, dus die krijgen dat net onder ogen te zien en 3 weken later is de afspraak dus meestal vergeten ze dat niet"*.

Wat betreft anticiperen op de vraag (*principe zeven*) dit zou bij cardiologie beter kunnen geven enkele respondenten aan. Er wordt toch nog niet

voldoende gekeken naar vraag en aanbod. In de praktijk blijkt dat er de afgelopen tijd te weinig spreekuren zijn gepland om de feestdagen en vakanties van mei, die te voorzien waren, te compenseren. De secretaresses signaleren wel maar zoals gezegd wordt: *"vervolgens doen ze dus niet voldoende spreekuren om, ja het aanbod, de vraag inderdaad in te vullen"*. *"Dit betekent dat de toegangstijden voor controle patiënten oplopen omdat we in mei weten we altijd dat het een drukke maand is omdat veel mensen op controle komen"*. Anticiperen zou beter kunnen, men is er zich van bewust maar zoals een van de respondenten zegt: *"Ja we proberen daar dus gewoon zo veel mogelijk spreekuren in te plannen, bij de dokter die het meest achterloopt, maar ja dat haal je gewoon niet meer bij. Ja das waarschijnlijk gewoon een te grote capaciteit praktijk om alles kwijt te kunnen. Maar ja aan de andere kant in juli als het vakantieperiode is, komen er gewoon weinig patiënten op de poli, dus dan kunnen ze weer even inlopen"*. Uit de interviews blijkt dat de operationeel manager die de specialisten aan moet sturen in deze geen zeggenschap heeft, het blijven de specialisten die de beslissingen nemen.

Andere interventies

Op de polikliniek is allereerst begonnen met het wegwerken van het bestaande stuwmeer aan brieven. De brieven zijn altijd een bottleneck geweest van het secretariaat geeft de stafadviseur aan. Er zijn toentertijd heel wat extra mensen ingezet om het stuwmeer weg te werken. De brieven zijn nu goed bij te houden, maar hiervoor heeft men binnen het secretariaat het logistieke traject heringericht. Er zijn telefonische spreekuren ingelast zodat de medewerkers s ochtends van half 9 tot half 10 tijd hebben om ongestoord administratieve zaken te verrichten. Het voordeel is dat de secretaresses nu vanaf 9.30uur de gelegenheid hebben om de patiënten te woord te staan. Deze maatregel wordt als zeer positief ervaren door medewerkers en door de cliënten geeft de secretaresse aan. Wat betreft de brieven betekent dit dat de medewerkers een stuk minder stress ervaren doordat het werk op tijd gebeurt zoals de informatie van patiënten naar huisartsen aldus één van de respondenten, medewerkers zijn door deze rust veel flexibeler geworden. Volgens de secretaresse is het nadeel van het instellen van telefonische spreekuren dat patiënten soms erg lang in de wacht staan. Hierover ontvangt men weinig tot geen klachten. Bij de herindeling van het secretariaat zijn er tevens maatregelen genomen om de privacy van patiënten beter te beschermen. Er zijn schermen geplaatst zodat de patiënten rustig met een medewerker kan praten. Daarnaast is het secretariaat heringericht zoals de verplaatsing van het archief en de keuken en er is een eerste aanspreekbare benoemd zodat niet elke secretaresse aangesproken wordt. Het is voor iedereen nu duidelijk wie zich met welke taak op welk moment bezighoudt. Volgens de respondenten is de manier van werken nu efficiënter dan voor WZW en het veroorzaakt minder storing en stress zeggen zij. Volgens een aantal respondenten blijkt dit effect te hebben op het kort houden van de toegangstijden omdat het secretariaat zijn werk kan afmaken en de specialisten ongestoord hun spreekuur kunnen doen.

Voor ICT-ondersteuning aan WZW is er destijds voor gekozen om dit per polikliniek in te laten vullen. Sinds kort is er in het hele ziekenhuis een nieuw ziekenhuis informatiesysteem geïntroduceerd (operationeel

manager). Bovendien is men onder andere begonnen met de invoering van het elektronische patiëntendossier, het digitaliseren van aanvragen voor onderzoeken, digitale contacten met huisartsen. Eén van de geïnterviewden verwoordt de invloed van deze veranderingen op de toegangstijden als volgt: *"want naarmate je meer efficiënt werkt op de polikliniek en dan heb je minder stagnatie en dan zie je ook dat de toegangstijden gewoon korter worden". "En je kan je als klein ziekenhuis ook geen enorme toegangstijden veroorloven, omdat dan de huisarts zegt van ga maar naar de burens en als het daar veel korter is". "En ja je moet als ziekenhuis blijven concurreren op die markt"*.

Externe factoren

Het aantal verwijzingen lijkt te groeien zegt de secretaresse. Sinds 1,5 jaar geleden een nieuw verwijssysteem voor huisartsen is ingevoerd lijkt de drempel om een patiënt aan te melden lager dan voorheen te liggen. De huisartsen melden nieuwe patiënten nu aan via de fax. Er wordt niet meer gebeld door huisartsen noch door patiënten zelf voor een afspraak. Een respondent meldt: *"Dus dat wij daardoor meer nieuwe patiënten aanmeldingen hebben". "Ja en dat wij dan soms, dat ze een indicatie hebben, waarvan wij denken wat moeten wij daar nou weer mee"*. Daarnaast lijkt het aantal aanmeldingen te stijgen door de vergrijzing in het adherentiegebied. Hier zijn geen getallen van, de polikliniek doet hier geen meting naar, maar door het hanteren van een wachtlijst die in de computer staat kunnen de secretaresses zien hoeveel mensen er per dokter op de wachtlijst staan en zo monitoren ze wat de toegangstijd is en hoeveel patiënten er in een periode bijkomen. Door het feit dat het ziekenhuis op de vooravond van een fusie staat en er in september 2 nieuwe cardiologen komen zodat de maatschap weer volledig is, is het vrij moeilijk de groei voor de toekomst in te schatten volgens één van de respondenten.

5.3.3 Borging van verandering

Voor het beschrijven van de mate van borging bij cardiologie is dezelfde opbouw gehanteerd als in paragraaf 5.1.3.

structuur

De organisatiestructuur is ingedeeld in vier clusters: 2 zorgclusters snijdend en beschouwend en de andere 2 facilitair en Medisch facilitair, waarbij cardiologie tot het beschouwend specialisme behoort. De zorg is procesmatig georganiseerd waarbij een medisch geïntegreerd ziekenhuis past met een strategische, tactische en operationele laag. Daarnaast zijn de medisch specialisten georganiseerd in de Medische Staf. Iedere polikliniek of vakgroep heeft een medisch coördinator en operationeel manager die beide verantwoordelijk zijn voor een aantal poliklinieken. De medisch coördinator is verantwoordelijk voor het beleid binnen die polikliniek. Dus met name de toegangstijden worden besproken door de operationeel manager samen met de medisch coördinator en gezamenlijk bekijken ze welke acties ondernomen kunnen worden (jaardocument 2005 SKB). Wat betreft leiderschap is er hier sprake van leiderschap op verschillend niveau. Allereerst is in de projectfase door de projectleider enthousiasme overgebracht op het team volgens één van de

respondenten. De projectleider heeft het voortouw, het informele leiderschap, op zich genomen en ervoor gezorgd dat de projectleden de verschillende beroepsgroepen vertegenwoordigden. Op deze manier werd de achterban steeds goed geïnformeerd en enthousiast gehouden door de positieve ervaringen die men had zeggen de respondenten: *“En je merkt gewoon op het moment dat je zelf enthousiast bent dan is dat ook prikkelend voor het team”*. Volgens de stafadviseur missen de medewerkers op het secretariaat weleens een verantwoordelijke leiding. Zij zegt het als volgt: *“Ja kijk op het moment dat je dus een aantal gedreven mensen hebt zitten, die zich daar heel intensief voor inzetten, dat zie in het land in het politiek gebeuren, plus dat je een hele nadrukkelijk, laat ik het maar leiding noemen, aanspreekbare binnen het secretariaat hebt, dan denk ik dat je daar veel meer rendement uit zult halen, maar omdat het secretariaat hier over het algemeen hele platte structuren hebben, zie je dus dat je, dat daar het gemis is”*. Uit de interviews blijkt dat het secretariaat de principes van WZW kent en op het moment dat de toegangstijden weet oplopen welke maarregelen genomen zouden kunnen worden maar dan wordt een leider gemist die dit ook daadwerkelijk kan doorzetten. Kijkend naar het hoger management dan speelt het volgende probleem: de operationeel verantwoordelijk manager van het ondersteunend personeel is niet dezelfde als die van de specialisten. De operationeel manager is samen met de specialisten verantwoordelijk voor de toegangstijden, maar de operationeel manager kan de specialisten niet voorschrijven wat en wanneer de specialisten interventies moeten gaan toepassen.

procedures

Tijdens de projectfase er onder andere metingen zijn verricht naar vraag en het aanbod, toegangstijden, doorlooptijden. Destijds is er een grote poster als thermometer opgehangen op de polikliniek waarbij wekelijks de resultaten werden weergegeven. De stafadviseur geeft aan dat dit visueel maken van de resultaten motiverend heeft gewerkt voor het personeel. Nu worden de resultaten niet meer opgehangen, maar worden de principes van WZW door één van de maten regelmatig naar voren gehaald voor specialisten en ondersteunend personeel. Volgens de respondenten is dit erg belangrijk gebleken om de veranderende werkwijze te borgen. Door ziekte en afwezigheid van de desbetreffende specialist en het verloop onder de specialisten is hierin de laatste tijd de klad gekomen. De specialisten worden wel door de operationeel manager elke maand geconfronteerd met grafieken van de toegangstijden en met de specialisten bespreekt hij welke maatregel(en) er genomen kunnen worden. Dit betekent toch dat er veelal ad hoc beslissingen worden genomen en geen structurele volgens één van de respondenten wat weer hidden factory oplevert. Zoals één van de geïnterviewde zegt: *“Ja op zich gaat het wel heel goed, alleen ja de wachttijd loopt daardoor dus wel op, ja op, dus ja, niet op, maar je loopt achter de feiten aan”*. Met achter de feiten aanlopen bedoelt zij dat patiënten langer op de wachtlijst staan dan met hen is afgesproken onder andere door artsen die op vakantie gaan waardoor spreekuren uitvallen zoals ze zegt. De operationeel manager geeft aan dat het monitoren van de toegangstijden en het laten zien van het resultaat aan ondersteuning en specialist een heel grote rol speelt om de veranderingen vast te houden. In de projectfase, toen de grafieken van

de resultaten werden opgehangen was dat een stimulans om medewerkers enthousiast te houden: *"Ja toen we daar dus mee begonnen waren hebben we echt zo'n thermometer, die hing ook op de polikliniek, een grote poster als het ware waarbij echt wekelijks de resultaten werden weergegeven maar ook de toegangstijden. En op zich dat spreekt natuurlijk heel erg aan. Maar als je ziet op het moment dat de curve naar beneden gaat en de toegangstijd korter wordt en op het moment dat je iets visueel maakt, dat is zeker motiverend voor het personeel"*. De secretaresse geeft aan dat er nu niet meer zo gemeten wordt als voorheen: *"Ja we doen niet meer, want voorheen deden we dus, toegangstijd echt meten"*. *"Nou door die wachtlijst die in de computer zit kunnen we zien hoeveel mensen er per dokter op de wachtlijst staan, ja je kunt het in de gaten houden door middel, ja je kunt kijken hoeveel mensen erop staan en hoeveel erbij komen in een periode"*.

Commitment top

De RvB heeft gezegd dat de organisatie zich committeert aan WZW volgens de stafadviseur. Dat is een belangrijk gegeven: *"dus dat je te weinig personeel hebt of dat er andere dingen moeten worden gedaan. Dat is een uitspraak die zij hebben gedaan"*. Dus bij ondercapaciteit kan een beroep gedaan worden op het MT voor de nodige ondersteuning. Daarom is monitoring erg belangrijk volgens de operationeel manager en met name omdat er dan managementinformatie voorhanden is over de stand van zaken: *"zodat je ook tijdig kan bijschakelen"*. Dat vindt deze respondent één van de belangrijkste voorwaarden voor borging. In het MT is de RvB vertegenwoordigd zodat die informatie op het hoogste niveau in de organisatie bekend is. Daarnaast is het volgens de stafadviseur een randvoorwaarde voor borging dat de specialisten er voor 100% achter moeten staan. Specialisten zijn binnen ziekenhuizen een enorm belangrijke groep met wiens mening het hoogste management rekening houdt.

Cultuur

Bij de specialistengroep geldt dat het moeilijk is om leiding te accepteren, iemand uit de eigen groep moet de leidersrol op zich nemen om bij de professionals draagvlak te creëren volgens de stafadviseur. In de projectfase is men zich daarvan bewust geweest en naast de projectleider heeft de specialist een grote rol kunnen spelen. De stafadviseur omschrijft dit als volgt: *"Kijk op het moment dat er heel groot draagvlak is, kan je ongelofelijk veel bewerkstelligen en dat is dus binnen het hele werken zonder wachtlijsten van enorm groot belang"* "Dus het samen doen is van ongelofelijk veel belang, dat draagvlak". Specialisten moet je kunnen overhalen om zich te committeren aan veranderingen zegt zij, want je gaat je als management bemoeien met de organisatie van de zorg van de specialist. Dat is voor heel veel specialisten moeilijk, want er wordt gemeten wie er over een patiënt gaat, hoeveel tijd er nodig is voor een patiënt en hoeveel tijd hij mag besteden aan de niet patiënt gebonden activiteiten. Dit wil zeggen dat het management zich bezig houdt met hun manier van bedrijfsvoering, dus met hun autonomie volgens de stafadviseur: *"en dat merk je in de uitvoering en de weerstanden die je moet overbruggen om de specialist toch duidelijk te maken dat het niet gaat om een oordeel over de wijze waarop zij een bedrijfsvoering vorm"*

geven. Maar om te kijken hoe die bedrijfsvoering zo efficiënt mogelijk vorm gegeven kan worden opdat zij het beter krijgen, als ondersteuning. En dat is niet altijd heel helder bij de dokters". Flexibiliteit is erg belangrijk bij WZW, artsen moeten onder andere bereid zijn extra spreekuren te draaien en het ondersteunend personeel is met een dergelijke manier van werken inzetbaar voor verschillende werkzaamheden. Als voorbeeld is dit te zien aan het typewerk, iedere secretaresse zet zich hiervoor in zeggen enkele respondenten. Ook de attitude tegenover het feit dat niet meer elke dag hetzelfde inhoudt is nu normaal bij cardiologie volgens de stafadviseur en de secretaresse. De polikliniek is dus bezig met het dynamisch borgen van interventies zoals bijvoorbeeld bij taakdelegatie van niet medische taken, patient initiated care en meer blijkt. Het is wel de cultuur dat 1x per maand de toegangstijden worden doorgenomen met de specialisten en de operationeel manager, maar er zijn geen consequenties aan verbonden zeggen de respondenten. Het wordt gesignaleerd en interventies besproken, maar uiteindelijk beslissen de specialisten of en welke interventies er worden genomen.

Draagvlak/commitment

De specialisten zijn nog steeds projecteigenaar, dat wil zeggen verantwoordelijk voor het korthouden van de toegangstijden. Een van de specialisten zit er bovenop en zorgt ervoor dat de medespecialisten geëncouraged blijven. Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat commitment onder de specialisten een randvoorwaarde is voor het borgen van verandering. Zoals gezegd wordt door één van hen: *"dat doet Miep de cardioloog, die is daar toch, die zit daar een beetje bovenop, regelmatig de principes weer naar voren gehaald worden, dat ze weer toegetreden worden, daar is zij zeer alert op". "op het moment dat je niet gemotiveerd wordt door de specialist dan zie je dat de motivatie ook wat zakt en dan zie je toch dat Kleine (Miep) weer komt en de ander toch weer uit het slop haalt".* Hier is sprake van een participerende stijl van leiderschap. Volgens de stafadviseur missen de medewerkers op het secretariaat weleens een verantwoordelijke leiding omdat daar niemand eerst verantwoordelijke is. Zij zegt het als volgt: *"Ja kijk op het moment dat je dus een aantal gedreven mensen hebt zitten, die zich daar heel intensief voor inzetten, dat zie je in het land in het politiek gebeuren, plus dat je een hele nadrukkelijk, laat ik het maar leiding noemen, aanspreekbare binnen het secretariaat hebt, dan denk ik dat je daar veel meer rendement uit zult halen, maar omdat het secretariaat hier over het algemeen hele platte structuren hebben, zie je dus dat je, dat daar het gemis is".*

Communicatie

Het blijkt uit de praktijk dat zowel schriftelijke als mondelinge informatieoverdracht borgen bevordert. Het gaat bij informatieoverdracht niet alleen om het overdragen van feiten, zoals een respondent zegt: *"ja in principe krijgt hij gewoon uitleg over hoe alles, we hebben een werkprotocol, en dat werkprotocol neemt hij door en in principe staat daar alles in over de wachttijden".* maar het gaat vooral om begrip hoe je invloed kunt hebben op je eigen werksituatie. Dit wordt ook meermalen aangegeven door de geïnterviewden zoals het volgende citaat weergeeft: *"Iedereen is zich beter bewust van de werkzaamheden die gedaan moeten worden".* Volgens de stafadviseur is de communicatie naar de specialisten

toe helder. Er is aan hen duidelijk gemaakt waarom WZW ingezet is, wat de consequenties zijn. Het is frappant dat zij aangeeft nooit problemen te hebben ondervonden bij besprekingen over WZW, maar zij geeft aan: *"maar op het moment dat we tot metingen zijn overgegaan zijn er toch een aantal problemen ontstaan. Maar de meeste dokters voelen zich toch bedreigd daardoor"*.

Wat verder van invloed is op borgen is de wijze van omgaan met de interventies. In Winterswijk worden interventies aangescherpt, veranderd en nagedacht over verdere verbeteringen in het werkproces zegt één van de respondenten. Volgens de secretaresse is een interventie die nog niet is geëffectueerd dat de artsen er met elkaar over spreken een volle week dienst te doen zodat de andere artsen de handen vrij hebben om de hele week, indien nodig, spreekuur te doen. Zodra het team weer op volle sterkte is gaat men met deze interventie aan de slag geeft zij aan. Over de inbedding zijn de meningen verdeeld. De operationeel manager vindt inbedding nog onvoldoende bij cardiologie. Volgens een andere respondent die werkzaam is bij cardiologie zijn de medewerkers van mening dat de huidige manier van werken gewoon is en zij geeft aan dat men niet meer precies weet hoe het voor WZW ging. Het denken in vraag en aanbod, het analyseren, meten, monitoren en interveniëren wordt gewoon gedaan zegt de respondent.

5.4 De drie poliklinieken: evaluatie

In de volgende paragraaf worden de drie poliklinieken in samenhang met elkaar geëvalueerd. In paragraaf 5.4.1 vindt een bespreking van de interventies plaats, daarna komt de wijze van borging en de verschillende factoren die een rol spelen aan bod. In onderstaande tabel zijn de ingevoerde interventies weergegeven van de drie poliklinieken met de mate van borging in de huidige werkwijze.

5.4.1 Interventies van de drie poliklinieken

Interventies	H	M	W
Inplannen extra spreekuren en extra poliplekken	+	+/-	+/-
Wekelijks meten van de toegangstijd	+	+	-
Afspraak plannen obv realistische tijdsplanning	+	+	+
Wekelijks checken voor lege plaatsen en die vullen (gatenkaasmethode)	+	+/-	+
Taakdelegatie van niet medische taken tijdens een consult naar een assistent	+	-	+
Taakdelegatie van medische taken naar bv een gespecialiseerde verpleegkundige	+	+/-	+
Het reduceren van no-shows	+	+	+
Betere telefonische bereikbaarheid		-	
Patient initiated care	+	+/-	--
Het minimaliseren van het aantal wachtrijen	+	--	+
Geen spreekuren annuleren binnen zes weken	+/-	+/-	+
Afspraken niet lang vooruit plannen	+	+	+
Anticiperen op fluctuaties in de vraag naar afspraken	+/-	+/-	+/-
Inrichten secretariaat obv procesanalyse	+	+	+
Andere manier van spreekuur voorbereiding obv procesanalyse	+	+	+
Het jarenlang meten van vraag en aanbod	+	+	+

Afgeven van pieper tijdens spreekuur	+/-	-	+/-
+ van toepassing			
+/- min of meer van toepassing			
- niet van toepassing			

Alle bovenstaande interventies dragen er toe bij om de toegangstijd kort te kunnen houden. De interventies van plannen op basis van een realistische tijdsplanning, de gatenkaasmethode, het reduceren van no-shows door bijvoorbeeld afspraken niet lang vooruit te plannen, patient initiated care, de one-stop-shop en het niet meer annuleren van spreekuren binnen zes weken leveren daadwerkelijk meer capaciteit op zonder dat artsen harder hoeven te gaan werken. Op alle drie de poliklinieken is dit gerealiseerd door een team dat samenwerkt: specialisten die zich committeren aan de afspraken, secretaresses die nauwlettend de toegangstijd in de gaten houden en deze ook wekelijks meten en de flexibele inzet van functiepersoneel en secretaresses. Daarnaast ziet de leiding erop toe dat het punt van toegangstijden consequent op de agenda van stafvergaderingen en teamvergaderingen staat en deze worden ook besproken met het hele team. De interventies van het inrichten van het secretariaat op basis van procesanalyse en een andere manier van spreekuur voorbereiding is door alle drie de poliklinieken als ingevoerd. Deze interventies hebben het werkplezier van de medewerkers van de secretariaten aanmerkelijk verhoogd zodat het draagvlak en motivatie is blijven bestaan.

De belangrijkste interventie die nog niet geborgd is is het anticiperen op de fluctuaties in de vraag naar afspraken. Op één polikliniek zou dit deels te maken kunnen hebben met een tekort aan specialisten, op de andere twee poliklinieken wordt nog gezocht naar de juiste analyse hiervan.

5.4.2 Borging

Borging over de drie poliklinieken heen bezien levert het onderstaande beeld op.

Structuur

Bij de analyse van de afzonderlijke poliklinieken is uit de interviews naar voren gekomen dat alle drie aan WZW zijn begonnen door het gevoel van een sense of urgency (Kotter, 2002). Veelal is dan het moment dat medewerkers zelf aangeven dat er iets moet veranderen. De toegangstijden waren ontoelaatbaar hoog. Het veroorzaakte op de secretariaten grote onrust, boze telefoontjes van patiënten/huisartsen en specialisten die voortdurend uitliepen met hun spreekuren waardoor de grip op het werk niet meer helder was (zie vorige paragrafen). Daar kwam nog bij dat van overheidswege allerlei maatregelen zijn ingevoerd zoals gereguleerde concurrentie, DBC's, andere financieringsmethode plus mondiger patiënten die niet meer lang willen wachten op een afspraak. De cliënt heeft zijn eigen agenda en wenst zich niet meer te schikken naar de beschikbaarheid van de arts zoals in de gezondheidszorg gebruikelijk was. Deze sense of urgency wordt in de literatuur beschreven als aanzet tot verandering in zowel overheidheids-als particuliere ondernemingen. Yukl (2001), Weinbach (2001) beschrijven hierbij dat een gestructureerde aanpak in het proces van veranderen leidt tot vasthouden van die

verandering. Leiderschap speelt een cruciale rol volgens diverse auteurs. Om veranderingen te leiden is er volgens de literatuur transformationeel leiderschap nodig. Dit soort leiderschap past in een onzekere omgeving (Northouse, 2007) zoals ziekenhuizen en dit soort leiders bezitten charismatische aspecten. Hierbij is het kunnen omgaan complexe organisatieveranderingen een competentie die leiders bezitten. Volgens Kotter (2003) hoort de eigenschap van een leven lang leren bij het huidige leiderschap, want leiderschap is volgens de auteur geen aangeboren kunde, maar het moet ontwikkeld worden. Leiders hebben een visie waar het met de organisatie naar toe moet gaan en communiceren daarover (Kotter, 2003).

Op twee van de drie poliklinieken heeft het afdelingshoofd/medisch manager WZW bewust aangegrepen om de bedrijfsvoering van de polikliniek effectiever en efficiënter te maken. Er is een participerende stijl van leidinggeven gehanteerd. Voor een professionele onderneming zoals ziekenhuizen vormt een participerende stijl de meeste kans van slagen. Zoals een van de respondenten ook aangeeft: *"Leiding geven aan specialisten is een hachelijke onderneming. Want die zijn gewoon hartstikke eigenwijs"*. Waarom het dan toch lukt om veranderingen blijvend te maken zegt hij: *"En op het moment dat het personeel op de afdeling daar enthousiast over is gaat de rest kennelijk gewoon mee en dat is dan goed uitgepakt"*. Ondermeer Miller (2004) en Kotter (2002) stellen dat het management de kritische brug is om nieuwe waarden en normen in te bedden in een organisatie.

In Maastricht zijn de meningen verdeeld over het hanteren van een planhorizon van 6 weken. Het afdelingshoofd en de hoofdverpleegkundige zouden graag zien dat de planning voor het hele jaar openstaat. Dit zou echter betekenen dat patiënten geboekt worden ongeacht de arts. De zorg van de afdeling is dat patiënten dit niet prettig zullen vinden, maar het hoofd zegt: *"Maar ik denk als je dat goed communiceert naar patiënten dat dat kan gebeuren dat de frustratie bij de patiënt nog wel zal meevallen"*. *"Het punt is namelijk, het is gewoon een keuze: wil je denk je dat een patiënt liever heeft dat hij binnen een week terecht kan en dan heel misschien een andere dokter ziet dan dat hij altijd bij dezelfde dokter terecht kan maar dan soms 6 weken moet wachten op diezelfde. En ik denk dat hij liever iemand heeft die binnen 3 dagen ernaar kan kijken"*. Om zoiets goed te laten functioneren zou dan geen enkel spreekuur meer afgezegd mogen worden, maar altijd moeten worden vervangen. Hier wil het afdelingshoofd graag naartoe. De leiding heeft een duidelijke visie hierop en zal dit in de toekomst communiceren met de medewerkers.

Bij twee van de drie poliklinieken levert de twee of drie ledige aansturing van het personeel problemen op bij het toepassen van interventies. Bij dermatologie in Maastricht is de zeggenschap verdeeld over drie personen. Het hoofd van de afdeling stuurt de specialisten aan en de hoofdverpleegkundige het ondersteunend personeel. Dit kan wat gecompliceerd zijn bij bijvoorbeeld de interventie van het inplannen van extra spreekuren. Voor die extra spreekuren is ondersteunend personeel nodig. Deze medewerkers worden dus aangestuurd door de hoofdverpleegkundige, het afdelingshoofd kan hen niet indelen. Voor het

wel of niet mogen inplannen van extra spreekuren is het afdelingshoofd verantwoordelijk. Beiden hebben het doel om de toegangstijden kort te houden. Op dit moment lopen de toegangstijden echter weer op en dit kan verschillende oorzaken hebben. Het zou een capaciteitsprobleem aan de kant van de ondersteuning kunnen zijn waardoor er geen extra spreekuren ingepland kunnen worden. Om dit uit te zoeken trekken beiden aan de bel. Het afdelingshoofd heeft nu geen problemen om artsen extra spreekuren te laten doen maar zegt: *"en naar die verhouding artsen verpleging te kijken. Want die is eigenlijk nu op het moment een beetje scheef"*. *"Dus, heel kort door de bocht te zeggen, nu de doktoren willen nu wel maar de verpleging kan niet volgen"*. De hoofdverpleegkundige zou graag in stille tijden als er bijvoorbeeld een speciaal spreekuur dicht gezet is de desbetreffende specialist inzetten voor bijvoorbeeld een algemeen spreekuur maar dit kan niet: *"Ik kan geen dokter de opdracht geven en nu kom jij hier spreekuur doen. Ik zou dat heel graag willen hoor ik zou graag willen dat professor Steijnen tegen mij zei van nou regel jij dat maar"*. In Winterswijk speelt een ander probleem: de operationeel manager van de medische specialisten is iemand anders dan de operationeel manager van het ondersteunend personeel. Ook deze constructie maakt dat de verantwoordelijkheid voor het wel of niet toepassen van interventies niet altijd even duidelijk is. In Hilversum is een van de specialisten ook medisch manager. De communicatie met de verantwoordelijke teammanager verloopt erg goed. De lijnen zijn erg kort waardoor de communicatie ook weer snel is.

Procedures

Het meten van toegangstijden is nu een standaard procedure bij de poliklinieken. Dit meten houdt men vol omdat metingen pas echte informatie geeft. Zonder cijfers wordt er vaak gedacht dat spreekuren overvol zitten en pas bij het laten zien van cijfers en grafieken komen er discussies los hierover zeggen de respondenten. Deze ervaringen en het constant laten zien van resultaten hebben er toe bijgedragen dat meten helmaal in het systeem geborgd zit. De komende ICT-systemen van de verschillende ziekenhuizen worden hierop ook in gericht om nog meer informatie te verkrijgen zo geven de respondenten aan. Ook al vonden vooral veel specialisten dit in het begin eng, volgens enkele respondenten, nu ervaren ze het positieve resultaat ervan. Op de polikliniek cardiologie Winterswijk wordt door de medewerkers niet meer per week gemeten, maar de secretaresses monitoren de toegangstijden door middel van een eigen opgezet systeem. Mede door het feit dat zij daar een zeer strakke planning hanteren van 6 weken vooruit is de toegangstijd exact bekend. Inzicht in toegangstijden is van belang voor borging en het voortdurend laten zien van de resultaten.

Het is frappant dat alle geïnterviewden over de drie poliklinieken heen erg enthousiast zijn over WZW. Dit enthousiasme hebben ze weten over te brengen op de achterban en door het enthousiasme en door het steeds laten zien van het resultaat zijn veel interventies verder ontwikkeld of aangepast: *"Ja het is voor mij een geweldige inspiratiebron geweest om ook anders te leren kijken naar gezondheidszorg. Productmatiger te gaan kijken naar de gezondheidszorg. Het heeft mijn vakgebied voor mij zelf verder ontplooid"*. Dezelfde respondent: *"het heeft mij zeer geïnspireerd"*

om echt anders te gaan kijken, te meten, met de metingen dingen te gaan doen". De opmerking 'anders naar de zorg te gaan kijken' wordt zowel door managers als door zorgverleners en secretariaten aangegeven als de grootste verandering die WZW heeft gebracht. Soms worden interventies niet meer helemaal correct toegepast zoals bijvoorbeeld de gatenkaas methode, maar als de toegangstijden gaan oplopen is iedereen zich ervan bewust dat dit niet "nu eenmaal zo is" en grijpt elke polikliniek terug naar het hoofdprincipe van WZW: analyseren van de situatie en op grond van de analyse een interventie bepalen. Op een van de poliklinieken zegt een respondent: *"Iedereen is zich beter bewust van de werkzaamheden die gedaan moeten worden"* en op alle poliklinieken wordt gezegd dat er controle is over het eigen werk, het is geen black box meer. Dit bewustzijn geeft rust en zekerheid volgens de respondenten (Goodstein en Burke, 1991). Alvorens te gaan meten zijn er duidelijke doelen gesteld zowel door de polikliniek zelf als door de directie. In de praktijk blijkt dat de leiding dit instrument hanteert om bepaalde ondersteuning te verkrijgen van de RvB. De leiding kan op die manier aan het personeel laten zien dat WZW prioriteit heeft bij hem/haar. Dit geeft medewerkers het gevoel dat zij serieus genomen worden. In de literatuur wordt deze factor genoemd door De Caluwe (2005) als voorwaarde voor borging van veranderingen. Er moet vooraf stilgestaan worden bij het benoemen van duidelijke doelen die zowel vooraf als tijdens en achteraf gemeten kunnen worden.

Draagvlak/commitment

Uit de interviews blijkt draagvlak/commitment van de medewerkers een grote rol spelen bij het borgen van veranderingen. Het beïnvloeden van de attitude van medewerkers ten opzichte van het vast blijven houden aan de veranderde inzichten is van groot belang. Specialisten zijn bijvoorbeeld niet te dwingen om een door managers opgelegde werkwijze te gaan hanteren tenzij zij het voordeel en het nut voor de cliënt en zichzelf ervan inzien volgens verschillende respondenten van de poliklinieken. Om specialisten toch bereid te maken tot een veranderde werkwijze moet je ze zoals een van de respondenten aangeeft "overhalen" en je doelen en visie goed communiceren. Een van de respondenten zegt hierover: *"Toen ik daar (als leidinggevende) het eerste verhaaltje over vertelde toen gingen de luiken dicht. Er zaten ook wat oudere collega's bij die hadden zoiets van nou ik geloof het wel. Pas na een tijdje is iedereen daar toch een beetje vrolijker naar gaan kijken goh dat lijkt toch wel iets..."*. Het intrinsiek motiveren door de leiding van medewerkers is belangrijk om hen bereid te maken mee te doen en goede prestaties te leveren: *"Nou ik heb natuurlijk heel veel aan de kar getrokken van de wachtlijst en de poli en op een gegeven moment ga je de vraag stellen wanneer is beter de vijand van goed"*. *"Ja heldere afspraken die door veel mensen, aan iedereen bekend zijn, en dus ook draagvlak hebben, communicatie"*. Voor het vergroten van draagvlak hebben alle drie de poliklinieken bewust tijdens het transitieproces een team samengesteld met een brede vertegenwoordiging vanuit de polikliniek. De Caluwé (2002) stelt dat dit erg belangrijk is als voorwaarde om veranderingen in te bedden in de organisatie. Uit de interviews komt naar voren dat met behulp van zo'n breed samengesteld team de steun en het draagvlak is verworven van de andere medewerkers.

Communicatie

Volgens de respondenten hebben de projectleden hun achterban steeds op de hoogte gehouden van alles wat binnen de projectgroep gebeurde. Dit heeft bijgedragen aan het vasthouden van WZW. Enkele citaten geven dit mooi weer: *"Ja. En er hoeft maar, ik bedoel toen we het project startten was er maar 1 enthousiaste cardioloog die de kar heeft getrokken maar door je succesjes te vieren heeft hij z'n collega's wel meegekregen"*. En een respondent uit een ander ziekenhuis zegt hierover: *"nou wat heel erg belangrijk is is dat het hele team daarmee bezig is, dus niet alleen de artsen maar ook de doktersassistente die daar heel alert op is dat ook een ja bij ons bij cardiologie zitten dan ook functieassistenten die moeten ook heel flexibel omgaan met de hoeveelheid werk de aanbod van het werk die er ligt en een teammanager die er heel erg alert op is die dat continu aan de orde stelt en we hebben natuurlijk ook een cardioloog die daar heel erg propagandist voor is en die dingen ook bespreekbaar maakt in de maatschap"*. De respondenten geven allemaal aan dat veranderingen gehandhaafd blijven door er met elkaar over te spreken. Aan het alert blijven op vieren van succesjes zou wat meer aandacht besteed kunnen worden volgens de meeste respondenten. Wat betreft andere incentives bijvoorbeeld financiële, het verkrijgen van aantrekkelijke projecten of het intrekken/ extra toekennen van vakantiedagen is het opvallend dat op geen van de drie poliklinieken consequenties zijn verbonden aan het wel of niet kort houden van de toegangstijden. Het verbinden van consequenties wordt gemist, één van de respondenten geeft aan: *"ik zou er wel een voorstander van zijn als mensen daar ook op aangesproken zouden kunnen worden"*. *"Ja het is natuurlijk jammer want ja achteraf, achteraf zijn wij er als maatschap of als afdeling wel beter van geworden doordat we het anders zijn gaan doen denk ik en dat je leuk wat resultaten hebt geboekt en we hebben ook twee van die stukjes geschreven in Medisch Contact en zo, en dan krijg je een schouderklopje van de directie maar dat is het dan ook wel"*. Goodstein en Burke (1991) geven aan dat beloning een van de randvoorwaarden voor succesvolle handhaving van verandering is. Gezien de reacties van de respondenten van alle drie de poliklinieken speelt het wel of niet verbinden van consequenties aan behaald succes zeker een rol, hoe groot die rol is is niet geheel duidelijk uit de interviews.

Systemen

Het verbod op annuleren van spreekuren binnen zes weken wordt op alle drie de poliklinieken strikt gehandhaafd. Bij uitzondering wordt er binnen die zes weken een spreekuur geannuleerd. Alle respondenten geven aan dat dit moet blijven kunnen, deze flexibiliteit. Het is een duidelijke regel en de specialisten houden zich er zonder meer aan zeggen zij. De one-stop-shop is door alle drie geheel ingebed. Zowel ondersteuning als specialisten zijn er erg enthousiast over. Het lijkt erop dat er alleen maar voordelen aanzitten voor alle actoren, ook voor patiënten. Het maakt dat de specialisten minder tijd kwijt zijn op hun spreekuur, minder controles hebben (dus vergroting van de capaciteit zonder harder te gaan werken), patiënten weten bij het eerste bezoek al waar ze aan toe zijn en ook huisartsen zijn uitermate tevreden hierover. De interventie van het opvullen van de leeggevallen plekken op de spreekuurlijst ligt voor artsen nog weleens moeilijk zoals ene respondent aangeeft, maar de assistentes

zijn zich bewust van de meercapaciteit die het oplevert. De zichtbare, gunstige resultaten voor iedereen is een goede borgingsfactor (Goodstein & Burke, 1991). De leiding heeft een belangrijke rol hierin gehad door zich daarover uit te spreken. Zo weinig mogelijk een spreekuur laten annuleren behoort nu tot de normen en waarden binnen de poliklinieken. Op de poliklinieken communiceert de leiding met elkaar, de medewerkers en externen over het zo goed mogelijk inbouwen in systemen zodat de interventies zonder al teveel problemen kunnen worden toegepast. De achterliggende principes van WZW zijn op dit moment nog helder voor de medewerkers, echter het is zaak voor de leiding om daar constant over te blijven communiceren zoals leidinggevenden zelf aangeven. Echter anticiperen op fluctuaties van de vraag is voor alle drie de poliklinieken een moeilijke kwestie waarvan alle geïnterviewden aangeven dat dit veel beter zou kunnen. Het is een moeilijk uitvoerbare interventie. Ten eerste moet hierbij heel precies naar vraag en aanbod gekeken worden op lange termijn. Dit vraagt van het managementteam een blijvende actieve participatie met de planning. Tevens vraagt een dergelijke anticiperende houding enig inzicht bij de planners in logistieke processen. Medewerkers worden weliswaar regelmatig bijgeschoold maar niet specifiek in logistieke processen zo geven de respondenten aan.

Wat betreft dynamische borging zijn de drie poliklinieken na de projectfase in meerdere of mindere mate doorgegaan met het ontwikkelen van ideeën, geen van de drie beschouwt de bereikte veranderingen als een eindstation, eerder wordt het gezien als uitdaging tot nieuw aanpassingen. Een respondent van cardiologie vertelt: *"Omdat het gewoon goed werkt, iedereen is er tevreden mee hoe het gaat nu. Het kan natuurlijk altijd beter gaan en beter aangepast worden. Ja dat merk je.."* *"Als iemand dan opmerkt van goh kunnen we dat niet zo en zo doen, dan denken we van owja dat kunnen we wel eens proberen. Dus het is wel zo dat we met z'n allen daarover beslissen"*. Een andere respondent merkt op: *"Ik vond het wel aardig, dermatologie die heeft dat ooit gekoppeld werken zonder wachtlijsten en toen kwam die klantgerichtheid, die hebben dat een beetje gekoppeld"* en op de derde polikliniek wordt gezegd: *"Dus eh ja iedereen wordt er ook een beetje enthousiast je krijgt een beetje winnaars eh gevoel hè van kijk ons is eventjes en dat motiveert mensen ook weer om opnieuw stappen te zetten"*. Ovretveit (2008) zegt dat er sprake is van borging als er vertrouwen bestaat dat de situatie zoals voorheen niet meer terug kan komen. Op de poliklinieken heerst dit vertrouwen en dit wordt ook uitgesproken blijkens de interviews. Dit vertrouwen is een belangrijke factor voor borging, respondenten geven aan erop te vertrouwen dat, ondanks dat de toegangstijden wat oplopen zoals bij cardiologie in Winterswijk en dermatologie in Maastricht, zij dit weer onder controle kunnen krijgen door analyse en de door WZW aangereikte interventies. Een goede teamgeest is hierbij belangrijk en een leider/manager die luistert naar medewerkers en hen faciliteert. Een leider/manager vertelt dat het draagvlak onder het ondersteunende personeel ietwat aan het afnemen is omdat de indruk is gewekt dat de leiding hen niet voldoende ondersteunt met extra personeel. Deze leidinggevende gaat hiermee aan de slag en hij heeft hiervoor de hulp ingeroepen van de kwaliteitsadviseur om zo voldoende ammunitie te hebben voor de RvB. Op deze manier

wordt zichtbaar dat leiderschap om handelen vraagt en niet om afwachten.

Leiderschap

Concluderend zijn de leiders mensen met een duidelijke visie waar ze met de polikliniek naartoe willen en die visie kunnen ze overbrengen naar de medewerkers toe. Zoals een hoofd van een afdeling zegt: *"Dus ik denk niet dat het zit in autoritair leiderschap maar meer mensen laten voelen dat ze wel degelijk zelf ook baat hebben bij zo'n manier van werken".* *"Toen wij hier begonnen met het werken zonder wachtlijst, nou mijn collega's zagen er helemaal niks in".*

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de theorie en de analyses uit de praktijk samengevoegd om te komen tot een antwoord op de probleemstelling.

6.1 Conclusie

De probleemstelling in de scriptie waarop een antwoord gezocht is:

"Wat zijn de kritische succesfactoren voor duurzame veranderingen bij WZW en wat is de invloed van leiderschap daarop". Deelvragen die uit de probleemstelling voortkomen zijn:

1. Wat is er bekend over factoren om borging te bewerkstelligen bij veranderingen?
2. Wat is er bekend over de invloed van leiderschap bij het borgen van veranderingen?
3. Wat houdt het project "Werken Zonder Wachtlijst" in?
4. Welke factoren spelen een rol bij borging van veranderingen in de casus "Werken Zonder Wachtlijst"?
5. Hoe speelt leiderschap een rol bij het borgen van veranderingen?

Om antwoord te geven op de centrale probleemstelling komen eerst de afzonderlijke eerste drie deelvragen aan bod.

Deelvraag 1

In de literatuur worden een aantal zeer diverse factoren genoemd die een rol spelen bij het borgen van veranderingen. Het gaat bij borging niet om één afzonderlijke factor maar om een samenspel van factoren (zie model op pagina 10). In de praktijk blijken de verschillende factoren een meer of mindere belangrijke voorwaarde voor borging te zijn. Bij borging is een onderscheid te maken tussen statische borging en dynamische borging. Statische borging geeft aan dat de ingevoerde verandering als eindpunt beschouwt wordt. Dynamische borging geeft aan dat de ingevoerde veranderingen steeds worden aangepast aan de omstandigheden en zo mogelijk verbeterd. De poliklinieken zijn met WZW gaan werken en vanuit de veranderingen komen medewerkers op ideeën wat er nog meer gedaan kan worden om efficiënt te werken.

Deelvraag 2

leiderschap is belangrijk bij de verschillende fasen in een veranderingsproces om de verandering te kunnen begeleiden naar een succesvolle implementatie en handhaving van de veranderingen. De leidinggevende heeft de mogelijkheid om aan het gedrag van de medewerker positieve of negatieve consequenties te verbinden (Moen & Ansems, 2004). Bij leiderschap ligt de nadruk op de persoonlijke eigenschappen van de leider. Leiderschap uit zich onder andere in het helder communiceren van de visie waar de organisatie naartoe gaat en in het stellen van doelen. Het is met name belangrijk dat leiders oog hebben voor de mate van weerstand van personeel tegen veranderen. Aspecten aan leiderschap die onontbeerlijk zijn zijn dus visie, helder communiceren, durf, vermogen om te motiveren en te inspireren (Kotter, 2003, De Caluwé et al, 2005). Bij leiderschap is de stijl van leidinggeven van belang. In professionele organisaties blijkt een participerende

leiderschapsstijl het meest succesvol te zijn voor implementatie en borging van veranderingen. Er is een verschil in leiderschap en management: leiders sturen van mensen op hun gedrag terwijl managers meer op het beïnvloeden van de werkomgeving beïnvloeden.

Deelvraag 3

In het kader van kwaliteitsverbetering is in 2001 door het CBO het vooronderzoek gestart van wat het project "Werken zonder wachtlijst: Toegang tot de polikliniek" (WZW) is geworden. Het is een doorbraakproject waarmee wordt beoogd de toegangstijd tot de polikliniek te reduceren/geen toegangstijd zonder capaciteitsuitbreiding. Het project is uitgebreid naar inmiddels 199 poliklinieken. Het project sluit aan bij cliëntgerichte zorg. De hoofddoelstelling van WZW is: "minimaliseren van de toegangstijd tot de polikliniek, in principe korter dan een week voor elke patiënt, bij elk specialisme, ongeacht het type consult en de urgentie" (Sneller Beter, 2007:7). Elke polikliniek formuleert zelf de subdoelstellingen en de specifieke invulling van die subdoelstellingen varieert per locatie en wordt door de instelling zelf bepaald (CBO, 2004). *WZW hanteert de doorbraakmethode. Bij de doorbraakmethode gebruikt men de kwaliteits-verbetercyclus van Plan-do-study-act: plannen, uitvoeren, evalueren of de beoogde resultaten zijn bereikt en weer verbeteren met nieuwe acties (De Nolan verbetermethode).*

Deelvraag 4 en 5 zijn in de navolgende alinea's in samenhang met de centrale probleemstelling beantwoord. Uit het onderzoek blijkt dat er op de drie poliklinieken in eerste instantie een noodzaak tot veranderen ervaren is. Alle respondenten gaven aan dat de toegangstijden tot de polikliniek onbeheersbaar waren geworden. Er was een dringende vraag naar een manier om de toegangstijden te verkorten en er controle over te blijven houden. Deze "sense of urgency" is een randvoorwaarde om veranderingen te kunnen borgen. Zowel het management, de specialisten als het ondersteunend personeel willen door deze achterliggende oorzaak niet meer terug naar het oude systeem. Daarnaast is voor borging een goed implementatietraject in duidelijk te onderscheiden fasen belangrijk (Kotter, 2003). Het stellen van SMART opgestelde doelen vooraf en het voortdurend meten of deze doelen bereikt zijn en het evalueren van de resultaten helpt mee om de veranderingen vast te houden.

Draagvlak onder een grote vertegenwoordiging van het personeel is een factor die mensen kan bewegen om actief bezig te blijven met de veranderde manier van werken. Alle respondenten noemen draagvlak/motivatie als kritische factor voor het behoud van verandering. Als er genoeg draagvlak is dan worden interventies als ze in een bepaalde context niet goed werken aangepast aan de bestaande situatie, of interventies worden verder uitgebreid en steeds verbeterd (dynamisch borgen). Draagvlak of commitment onder de specialisten is voor het handhaven van veranderingen en het verder uitbreiden daarvan een cruciale factor zo blijkt in de praktijk. In ziekenhuizen zijn specialisten nog steeds de groep die een grote stempel drukken op de bedrijfsvoering. Het wordt algemeen erkend dat het meekrijgen van de specialisten noodzakelijk is voor het borgen van verandering. Aangezien de leiding (nog) geen instrument heeft om specialisten te belonen c.q. te straffen

kan hij/zij alleen in 'control' zijn door tijdens stafvergaderingen de resultaten bekend te maken en op die manier ook commitment te verkrijgen.

Een factor die nauw samenhangt met draagvlak is motivatie. Respondenten geven aan dat motivatie de motor is tot het uitvoeren van de interventies. Het kan gaan om intrinsieke motivatie waarbij mensen gedreven worden door een beloning van een schouderklopje. Het kan ook gaan om extrinsiek motivatie waarbij mensen gedreven worden door een financiële prikkel of een interessante klus. In de praktijk blijkt dat gemotiveerd personeel veranderingen overbrengen aan nieuwkomers waardoor deze veranderingen op den duur de normale werkwijze worden. In de praktijk geeft een medisch manager aan dat de RvB hier meer op in zou kunnen spelen naar de specialisten toe.

Culturele inbedding is een volgende factor die bijdraagt aan zowel statische als dynamische borging. Onder het begrip cultuur zijn een aantal factoren zoals flexibiliteit en innovatief vermogen te onderscheiden. Op de poliklinieken is het bijvoorbeeld nu gebruikelijk dat ondersteunend personeel flexibel inzetbaar is. De cultuur op de poliklinieken is nu zodanig dat het vanzelf spreekt als mensen voor elkaar invallen, zeer diverse werkzaamheden op een dag verrichten en zich willen laten bijscholen voor de verschillende taken. Dit maakt dat er een team ontstaat die samen zich verantwoordelijk voelt voor een efficiënte bedrijfsvoering van het secretariaat, functieafdelingen, verpleging en klantbehandeling. Op deze manier blijken veranderingen ingebed te raken in de cultuur, van zo doen we het hier. Ook het standaard als agendapunt opvoeren van WZW is een aspect waardoor borging ontstaat. Hierin heeft leiderschap een rol. Een daadkrachtige leiding die medewerkers zelf verantwoordelijkheid laat dragen voor het eigen werk en ook verantwoordelijkheid neemt voor de leiderstaak zal personeel inspireren. Wat daarbij hoort is het aanspreken van elkaar op resultaten.

Voor borging is het eveneens belangrijk om de techniek mee te laten groeien met veranderingen. Op alle 3 de poliklinieken is gebleken dat de ICT-systemen nog niet berekend zijn op de interventies. Techniek is geen cruciale borgingsfactor. Het gaat om de mensen die het uit moeten voeren en ook al is er een uitgelezen op maat gesneden techniek dan nog zou het niet gaan zonder de medewerking van het personeel. Echter techniek maakt het wel makkelijker en sneller, bijvoorbeeld om adequate informatie te verzamelen zodat sneller ingegrepen kan worden. Het is een goed instrument voor de leiding om informatie te gebruiken voor sturing en haalbaarheidscriteria.

Een laatste belangrijke factor voor borging is een heldere en constante communicatie van de leiding naar elkaar en naar het personeel. Communicatie kan via officiële kanalen zoals stafvergaderingen, teamvergaderingen, jaargesprekken e.d. maar communicatie vindt ook plaats in de wandelgangen. Deze vorm van aandacht geven en luisteren is belangrijk gebleken in de PDSA cyclus. De leiding moet constant voeling houden met de hele achterban.

Concluderend kan gesteld worden dat leiderschap een cruciale bijdrage levert aan borging. Dit kan op elk niveau in de organisatie zijn. Het hoogste management zoals de RvB heeft een bijzondere taak om veranderingen te steunen door middel van financiën of bijzondere middelen. Als het hoogste management veranderingen niet ondersteunt zullen deze verzanden. Goed leiderschap betekent mensen kunnen motiveren en inspireren door voorbeeldgedrag. Personeel kijkt naar wat de leidinggevende doet en trekt daar consequenties uit. Als een leidinggevende laat zien dat hij prioriteit geeft aan veranderingen en deze belangrijk vindt zal zich dat vertalen in aandacht bij problemen, ondersteuning en feedback. Medewerkers verwachten door leidinggevend te worden beoordeeld op het behalen van resultaten zowel positieve als negatieve en dat daar dan ook consequenties aan vast zitten. Een leider heeft durf en is niet bang fouten te maken.

6.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf zijn aanbevelingen beschreven die voortvloeien uit het onderzoek.

1. Het zou interessant kunnen zijn om een vergelijkend kwalitatief onderzoek uit te voeren betreffende WZW en borging in academische ziekenhuizen ten opzichte van perifere ziekenhuizen. Uit het verrichtte onderzoek zijn geen aanwijzingen voor verschillen, maar een respondent geeft zeer stellig aan: *"Het betekent toch dat je op een heel andere manier naar je werk moet kijken en dat is toch in een academisch ziekenhuis behoorlijk anders dan in een perifeer ziekenhuis of een eigen tent"*. Hierbij meenemend de invloed van de huidige financieringsmethodiek en de gereguleerde concurrentie op borging.
2. Gezien de resultaten zou de leiding op korte termijn positieve en negatieve consequenties aan behaalde resultaten moeten gaan verbinden.
3. Bij projecten zoals WZW is het noodzakelijk al in de projectfase tools zoals ondersteunende techniek in de vorm van een passend ICT systeem moeten betrekken.
4. Meer nadruk leggen op borging van veranderingen en de PDSA in het plan van aanpak. Eén van de poliklinieken is bijvoorbeeld in de projectfase niet toegekomen aan besprekingen over hoe te borging.
5. Patiënten zijn niet betrokken geweest bij WZW, het zou nuttig zijn informatie van patiënten zelf te verkrijgen. Op deze manier kan nog meer ingespeeld worden op de klantgroep die de zorg bedient.
6. Observatie op poliklinieken op welke manier zij veranderingen borgen.

7. Reflectie

In het laatste hoofdstuk vindt een reflectie plaats op de gebruikte methode van onderzoek.

7.1 De methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een exploratieve onderzoeksmethode. Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen hetgeen respondenten in de gelegenheid stelt meer te vertellen dan de onderzoeker vraagt. Een nadeel van een dergelijke interviewtechniek is dat de onderzoeker mogelijk suggestieve vragen heeft gesteld waardoor de kans op interviewer bias verhoogd is. De verscheidenheid van functies van de respondenten binnen een polikliniek heeft geresulteerd in triangulatie. Om eigen invulling van de verkregen informatie zoveel mogelijk te voorkomen zijn de interviews opgenomen en direct na het interview woordelijk uitgewerkt. Er is één telefonisch interview afgenomen welke eveneens digitaal is opgenomen en woordelijk is uitgewerkt. Dit verhoogt de betrouwbaarheid. De analyse is uitgevoerd per poliklinieken en pas daarna zijn de poliklinieken met elkaar vergeleken. Hierdoor zit de onderzoeker goed in de materie wat de juistheid van de interpretatie kan verhogen. Om bepalen of de interviews juist zijn geïnterpreteerd is een schriftelijke membercheck uitgevoerd. Geconcludeerd mag worden dat de interne validiteit binnen dit onderzoek is gewaarborgd.

Om een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen van het veranderingstraject en de borging is bij de selectie van de respondenten uitgegaan van een vertegenwoordiging van de belangrijkste stakeholders. Een groot voordeel is geweest dat de respondenten vooraf benaderd zijn door de projectleiders, waardoor zij voor de onderzoeker erg toegankelijk waren. Alle respondenten waren goed op de hoogte van het project WZW en waren zeer bereid over hun ervaringen te vertellen hetgeen voor de onderzoeker een rijke bron opleverde om de analyses op te baseren.

De steekproef is klein met drie poliklinieken, maar opgemerkt mag worden is dat klaarblijkelijk de omvang van het ziekenhuis geen invloed heeft op het wel of niet aanslaan van de methodiek van WZW, de regio waarin ze gehuisvest zijn geen invloed heeft en het al of niet academische karakter van een ziekenhuis en schijnbaar leidt het specialisme van de polikliniek eveneens niet tot onderscheid in resultaten. Op grond hiervan mag een voorzichtige aanname gedaan worden dat de resultaten te generaliseren zijn en overdraagbaar naar andere groepen.

8. Literatuurlijst

- Baarda, D.B., de Goede, & M.P.M., Teunissen, J. 2005. *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Stenfert Kroese.
- Bergenhengouwen, G.J., Mooijman, E.A.M., en Tillema, H.H. 2002. *Strategisch opleiden en leren in organisaties*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Buchanan, David A., Fitzgerald L. & D. Ketley. 2006. *The sustainability and spread of organizational change: Modernizing healthcare*. Rotledge, London.
- Cao, G. Clarke, S. Lehaney, B. 'Diversity Management in Organizational Change: Towards a systematic framework'. *Systems Research and Behavior Science*. Syst.Res. 20. 231-242 (2003).
- Covey, Stephen, R. *De zeven eigenschappen van effectief leiderschap*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1998.
- De Caluwé, L. Kor, R. Weggeman, M. & G. Wijnen. 2005. *Essenties van organiseren, managen en veranderen*. Schiedam: Scriptum.
- Van Engeldorp Gastelaar, Ph. & De Leede, E. *Over het doen van bedrijfskundig onderzoek. Een inleiding in de methodologie, methoden en technieken van bedrijfskundig onderzoek*. Nieuwerkerk aan de IJssel: ServicePost B.V.
- Firth-Cozens, J. & D. Mowbray. 2001. 'Leadership and the quality of care'. *Quality in Health Care* 2001: 10 (Suppl II):ii3-ii7.
- Goodstein, L.D. & Burke, W. 1991. 'Creating Successful Organization Change'. Reprinted by permission of publisher from Organizational Dynamics, Spring 1991. *American Management Association, New York*.
- Kotter, J.P. 1996. *A Force for a change. How leadership differs from Management*. New York: Free Press.
- Kotter J.P. & D.S. Cohen., 2002. *The heart of Change. Real-life stories of how people change their organization*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kotter, J.P., 2003. *Leiderschap bij verandering*, Schoonhoven: Academic Service
- Levey, S. Hill, J. & B. Greene. 2002. 'Leadership in Health Care and the leadership literature'. *Journal of ambulatory care management* maart 2002: 68-74.
- Miller, D.2004. 'Building sustainable change capability'. *Industrial and commercial training* 36 (1):9-12.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport., 2002.[internet].
[aangehaald 20-03-08]. bereikbaar op <http://www.minvws.nl>

Moen, J. & P. Ansems. 2004. *Brevet van leiderschap. Reflectie op eigen managementstijl*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Northhouse, P. G. 2007. *Leadership. Theory and Practice*. Thousand Oaks, California 91320; Sage Publications, Inc.

Ovretveit, J. (2008a). 'Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement:: *Discussion Document*' Karolinska Institute MMC, Stockholm/ZonMw. The Hague.

Pfeifer, T, Schmitt, R & Voigt, Th. 2003. *Research and Concepts Managing change: quality-oriented design of strategic change processes*. Fraunhofer Institute for Production Technology (IPT), Aachen, Germany

P. Pluye, L. Potvin, J.L. Dennis & J. Pelletier. 'Program sustainability: focus on organizational routines'. *Oxford University Press* 2004;

Schaveling, J. 1997. *Succesvol organisaties ontwikkelen*. Assen:Van Gorcum.

Schouten, L.M.T. c.s. 'De achilleshiel van de doorbraakprojecten: verspreiding van resultaten en opgedane kennis stagneert'.. *Medisch contact* 59 Publicatie Nr. 42-15 oktober 2004. 1642-1644.

Schwartz, Richard W. Tumblin, Thomas F. 2002. *Arch Surg*. 2002;137:1419-1427

Weinbach, R. 'Implementing change: Insights and Strategies for the Supervisor'. *National Association of Social Workers' Inc.*2001 pp 282-286.

Yukl, G. 2001. *Leadership in Organizations*. State University of New York at Albany. New Jersey: Prentice Hall.

Zaleznik, A., 1989. *The Managerial Mystique:Restoring leadership in business*. New York:Harper & Row.

9. Bijlagen

- | | |
|--|------|
| 1. Introductiebrief | p.61 |
| 2. Interviewvragen medewerkers polikliniek | p.63 |
| 3. Interviewvragen kwaliteitsadviseur | p.68 |

Duurzaamheidsonderzoek Werken Zonder Wachtlijst

Inleiding

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

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

Methode

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

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

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

Planning

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

Senior onderzoekers

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

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

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

Junior onderzoekers

Drs. Claire Hostmann: clairehostmann@hotmail.com
Anita de Nooijer: anita_de_nooijer@hotmail.com
Paulien Schoneveld: p.schoneveld@hro.nl
Daphne Metaal: daphnemetaal@live.nl
Linda de Jong: linda_dejong81@hotmail.com

17

Algemene vragenlijst

Introductie

Zoals u inmiddels heeft begrepen doen we dit interview om te kijken hoe jullie op de poli met wachttijden omgaan. En waarom jullie wel of niet in staat zijn om wachttijden laag te houden. Het is dus geen quiz om te kijken wat u weet over WZW, we willen gewoon weten hoe jullie het echt doen, want daar leren we het meest van.

Heeft u zelf nog vragen vooraf?

Zou ik het interview mogen opnemen; dat krijgt verder niemand in dit ziekenhuis te horen, alleen de onderzoekers gaan daarmee aan slag en anders zit ik tijdens het interview me rot te schrijven.

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**?
 - niet **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?

Meten/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 patiënten)? 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, leidinggevend, 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?**

Restanten WZW-project (2 verschillende lijsten maken)
In ... is op jullie poli het project WZW afgerond.

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

Sinds die tijd is de wachttijd op jullie poli

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?

WZW-maatregelen

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.
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 patienten 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.

Interview kwaliteitsmedewerker

1. Hoe lang bent u al werkzaam als kwaliteitsmedewerker in dit ziekenhuis?
2. Wat is uw **betrokkenheid** bij wachttijden op poliklinieken in dit ziekenhuis?
3. Zijn er ziekenhuisbreed **doelstellingen en/of normen** benoemt rond wachttijden op poliklinieken?
Zo ja: hoe luiden die doelstellingen en/of normen?
Hoe worden die doelstellingen **uitgedragen**?
4. Is er ziekenhuisbreed een **overzicht van de wachttijden** op poliklinieken?
 - Zo ja: **Hoe** wordt dat gemeten (treeknorm of WZW-meting)?
 - **Wie** verzamelt en verwerkt de gegevens? Hebben jullie daar ook specifieke **faciliteiten** voor (ict toepassingen)?
 - Wie krijgt dat overzicht te zien?
 - Wat wordt er mee gedaan?
5. In hoeverre worden **met poliklinieken afspraken** gemaakt over wachttijden?
 - Wie maakt die afspraken?
 - Met wie?
6. In hoeverre worden **poliklinieken aangesproken** op hun wachttijden?
 - Wie spreekt hen aan?
 - Wie wordt er aan gesproken?
 - Zijn daar ook consequenties aan verbonden?
7. In hoeverre worden poliklinieken **gefaciliteert in het meten** van wachttijden?
 - In hoeverre worden poliklinieken **gefaciliteert bij het voorkomen** van wachttijden?
 - In hoeverre worden poliklinieken **gefaciliteert bij het wegwerken** van wachttijden?
8. In hoeverre zijn de ideeën uit het Werken Zonder Wachttijst project ook op **andere poli's** ingevoerd dan op...?
9. Zijn er ook andere maatregelen voor de **gehele organisatie** getroffen rond wachttijden op de poliklinieken (bv. in jullie logistieke planning)? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?
10. In hoeverre wordt bij jullie personeels en opleidingsbeleid aandacht besteed aan logistieke **kennis en vaardigheden**?
11. Zijn er naar uw mening in dit ziekenhuis de **juiste maatregelen** genomen om wachttijden op poliklinieken kort te houden? Waarom?
12. (Dadelijk stel ik deze vraag specifiek voor de poli.. maar nu even algemeen)
Wat zijn volgens u de **belangrijkste belemmerende factoren** in dit ziekenhuis om wachttijden op poliklinieken kort te houden?
 - draagvlak/cultuur
 - aansturing
 - structurele inbedding

-andere factoren

13. Wat zijn volgens u de **belangrijkste bevorderende factoren**?
- draagvlak/cultuur
 - aansturing
 - structurele inbedding
 - andere factoren

Nu wil ik mijn vragen richten op de poli

14. Zijn er **externe factoren** op deze poli die veel invloed hebben op hun wachttijd?

15. **Welke maatregelen** zijn daar getroffen om wachttijden laag te houden?

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

- Zo ja, waarom lukt hen dat? (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?

17. Zijn dat volgens u ook de **juiste maatregelen**?

18. Zijn er ook maatregelen die zij wel zouden willen nemen, maar die ze **niet voor elkaar krijgen**? Zo ja, hoe komt dat?

17. 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?)?

18. 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?

19. Worden medewerkers op de poli ook **gestimuleerd** om aandacht te besteden aan wachttijden? Waarom niet? Hoe dan?

Restanten WZW-project
In ... is op de poli ... het project WZW afgerond.

20. 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?

21. 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?
22. Tijdens het project zijn een aantal maatregelen (veranderingen) doorgevoerd? Welke van deze maatregelen **worden nog steeds toegepast**?
- Welke wel en waarom?
 - Welke niet en waarom?
- (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.

23. Kent u deze maatregelen? Zijn er maatregelen bij die u nog niet heeft genoemd, maar die wel toegepast worden op deze poli? (pas aan het eind van het interview als de respondent dat wil de maatregelen uitleggen)
- Sinds die tijd is de wachttijd op deze poli**
24. Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die **belemmeren** dat deze poli de wachttijd laag kan houden?
25. Wat zijn volgens u de belangrijkste factoren die **ertoe bijdragen** dat deze poli de wachttijd laag kan houden?
26. Is de nieuwe manier van werken die zij hebben doorgevoerd rond de wachttijden voor iedereen **vanzelfsprekend**, is het routine geworden?
27. Wat zijn volgens u de noodzakelijke randvoorwaarden om dergelijke veranderingen te **borgen**? Zijn deze factoren bij deze poli aanwezig?

Daarmee zijn we bijna aan het eind gekomen van het interview

28. 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?