



Leiderschap

Leiderschap bij de borging van verandering gestuurd door verschillende verbeterstrategieën



Naam: Marte van Rijnsoever MSc.
Studentnummer: 331491
Datum: 12 juni 2010
Begeleider: Dhr E. (Bert) Huisman MBA
Meelezer: Prof. Dr. J.J. (Joris) van de Klundert

Erasmus Universiteit te Rotterdam
Instituut Beleid en Management in de
gezondheidszorg

Voorwoord

Het voor u liggend onderzoek betreft het afstudeeronderzoek waarmee ik de master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit afrond. De afgelopen maanden heb ik met ups en downs aan het onderzoek gewerkt, maar kan uiteindelijk toch tevreden terugkijken op deze afstudeerperiode. Tijdens het schrijven van de scriptie heb ik geleerd om door te zetten, ook al kostte dit soms de nodige moeite.

Ik wil mijn afstudeerbegeleider, Bert, bedanken voor zijn ideeën, reacties en adviezen tijdens de scriptieperiode. Ook wil ik mijn meezeer, Joris, bedanken voor het mede beoordelen van mijn scriptie.

Bovendien wil ik de afdeling Rivas Advies van Rivas Zorggroep hartelijk bedanken voor hun steun, ideeën, adviezen en contacten bij het schrijven van deze scriptie. Als vierde wil ik mij wenden tot Carolien Hoogstede als contactpersoon bij het Albert Schweitzerziekenhuis en de andere respondenten die de scriptie mogelijk hebben gemaakt, bedankt hiervoor! Zonder jullie was het niet gelukt..

Als laatste wil ik mijn lieve familie, vrienden en Remco in het bijzonder bedanken voor hun steun en opbeurende woorden als ik deze nodig had.

Samenvatting

Achtergrond: In de Nederlandse gezondheidszorg is een toenemende aandacht voor zorglogistiek. Ziekenhuizen nemen principes uit het bedrijfsleven over om (patiënten) processen te verbeteren. Twee benaderingen van verandertrajecten zijn de ontwerpaanpak en de ontwikkelaanpak. Zorgpaden en ToC zijn hier representanten van.

Theoretisch kader: Beide benaderingen maken een proces van veranderen noodzakelijk, maar de aard van dat proces verschilt aanzienlijk. Bij de ontwerpaanpak gaat het om een breed georiënteerde (en soms radicale) verandering die top down wordt gestuurd richting een vooraf bepaalde doelstelling. Hierbij worden vaak expert- en machtsstrategieën gebruikt. Bij een ontwikkelaanpak is er sprake van een stapsgewijze bottom-up verandering waarvan de uitkomst nog niet bekend is en waarbij het management de verandering faciliteert, begeleidt en stuurt.

Borging, het verankeren in de dagelijkse praktijk, is een belangrijke stap in het verandertraject. Veel verandertrajecten mislukken door problemen bij de borging. Onvoldoende leiderschap wordt hierbij vaak als oorzaak geïdentificeerd. Omdat effectiever leiderschap cruciaal is voor een betere doorvoering en borging van zorglogistieke veranderprocessen is meer inzicht nodig in de relatie tussen de verander-benadering, borging en het daardoor vereiste leiderschap in de praktijk. In de literatuur is hier nog weinig over bekend.

Doel: Het verkrijgen van inzicht in de toepassing van elementen (taak en stijl) van leiderschap bij de borging van veranderingen door respectievelijk Zorgpaden en ToC.

Methoden: Dit is een kwalitatief en beschrijvend onderzoek om de onderzoeksvraag te exploreren. Er is gebruik gemaakt van twee case-studies. Het Beatrixziekenhuis werkt met Zorgpaden en heeft onlangs de Eerste Hart Hulp opgestart en het Albert Schweitzerziekenhuis heeft in november 2009 ToC geïmplementeerd op acht verpleegafdelingen. De gebruikte onderzoeksmethode is semi-structureerde interviews. Per case (Interne/oncologie bij ToC en Eerste Hart Hulp bij Zorgpaden) is er een analyse gemaakt van het veranderingstraject, borging en leiderschap. Hierna zijn deze vergeleken met elkaar en met de bestaande theorie.

Resultaten: De EHH is een radicaal, top down, geïmplementeerd herontwerp. De sturing vindt voornamelijk plaats door de teamleider. De verpleegkundigen worden bij het traject betrokken en de belangrijkste taak van de leider is motiveren en informeren door middel van een steunende stijl. De borging vindt dynamisch plaats en er is aandacht voor individueel gedrag. De ToC methode is top down geïmplementeerd, maar de veranderingen vinden vanuit bestaande processen stapsgewijs en bottom up plaats. De verpleegkundigen zijn niet betrokken bij de implementatie maar wel bij de veranderingen. Omdat het hen veel extra tijd kost, zijn zij niet heel erg gemotiveerd. Er wordt een coachende stijl gebruikt om hen te motiveren. Ook bij ToC wordt er dynamisch geborgd.

Conclusie: In de praktijk is er bij borging en leiderschap weinig onderscheid tussen de cases. Bij beide casussen wordt er gebruik gemaakt van een coachende leiderschapsstijl bij het dynamisch borgen van de verandering. Dit kan impliceren dat het niet uitmaakt welke benadering er door een organisatie wordt gekozen vanuit het borgingsperspectief, maar dat een coachende stijl bij leidinggevende wel erg belangrijk is en leiders hierdoor zorgvuldig moeten worden gekozen.

Discussie: Er is onderzoek bij andere afdelingen, methoden en ziekenhuizen nodig om een generaliserend antwoord te kunnen geven op de vraag hoe elementen van leiderschap worden toegepast bij de borging van een door Zorgpaden of ToC gerealiseerde verandering.

Summary

Background: Dutch healthcare organizations have increased attention for healthcare logistics. Hospitals improve their (patient)-process by using techniques from the industry. Two approaches for change are process redesign and the develop approach.

Theoretical frame: Both approaches require a process of change, but the disposition of the process differs. The redesign approach is widely orientated, top down controlled and radical change towards a predefined goal. Expert- and authority strategies are used. The develop approach starts bottom-up, with an unpredicted outcome, by which the management facilitates and supports the change. Sustainability of the change in the daily practice is an important step in the change process. Many processes fail because of problems with the sustainability. Lack of leadership can cause this failure. Effective leadership is essential for implementation and the sustainability. More insight is needed in the relation between the approaches and the obliged leadership in practice.

Purpose: To obtain insight in the elements of leadership to sustain the change, set in by the Theory of Constraints or Clinical pathways.

Methods: The research project applied a descriptive and qualitative approach. Two case studies are used. The Theory of Constraints and Clinical pathways are representatives for these approaches. The Beatrixziekenhuis (BZ) works with clinical pathways and recently has implemented the First Hart Aid. The Albert Schweitzerziekenhuis (ASz) implemented ToC in november 2009 within eight divisions. The main research method is interviews. Every case (Internal medicine & oncology / First Hart Aid) is analyzed on the topics change process, securing the change and leadership. The cases are compared with each other and with the theory.

Results: The First Hart Aid is a radical top down implemented redesign. The supervisors control the operational level. Nurses participate in the project and the most important task of the supervisors is to motivate and inform the nurses. He uses a supporting style. Sustaining the change is done dynamically and there is attention for individuals. The ToC changes are made bottom-up and stepwise. The existing process is the starting point for the change. There is little involvement by the nurses and a coaching style is used to motivate them. The sustaining of the change is also done dynamically.

Conclusion: The study shows that in practice there are few differences between both cases. Both cases dynamically sustain the change and the used leadership style is coaching. This can imply that it does not matter which approach is chosen, but that the style and task of the leaders on the operational level matters when trying to sustain the change.

Discussion: Research on other departments, methods and hospitals is necessary to give a generalizing answer on the research question how element of leadership are applied on sustaining a change realized by ToC of clinical pathways.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	6
1.1.	Onderzoek en onderzoekssetting.....	7
1.2.	Aanleiding en relevantie	8
1.3.	Leeswijzer	8
2.	Theoretisch Kader	9
2.1.	Veranderen in de zorg.....	9
2.2.	Management vs Leiderschap	13
2.3.	Twee benaderingen van veranderen.....	19
2.4.	Hypothetisch en conceptueel model.....	24
3.	Methoden	27
3.1.	Literatuuronderzoek	27
3.2.	Kwalitatief onderzoek	27
3.3.	Dataverzameling	28
3.4.	Onderzoekssetting	28
3.5.	Respondenten.....	29
3.6.	Data-analyse.....	29
3.7.	Betrouwbaarheid en validiteit	29
4.	Resultaten	31
4.1.	Zorgpaden	31
4.2.	ToC.....	38
4.3.	Analyse case ToC en case Zorgpaden	46
4.4.	Vergelijking theorie en praktijk	47
5.	Conclusie en Discussie.....	49
5.1.	Conclusie	49
5.2.	Discussie	52
5.3.	Aanbevelingen	53
6.	Referentielijst.....	55
6.1.	Literatuur.....	55
6.2.	Internet	57
6.3.	Documenten	57
7.	Bijlage.....	58
7.1.	Bijlage 1. 30-stappenplan volgens Verhaecht en Sermeus (2002)	58
7.2.	Bijlage 2. De topic-lijst.....	61
7.3.	Bijlage 3. Het Zorgpad	62
7.4.	Bijlage 4. Overzicht van figuren en tabellen	63

1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is sterk in beweging. Eerder werd de marktwerking en een nieuw verzekeringsstelsel geïntroduceerd. De verwachting is verder dat er een toename van het personeelstekort komt, de bevolking zal vergrijzen en de patiënt (nog) mondiger wordt. Door deze veranderingen staat de ziekenhuissector onder druk en moet flexibel zijn om in te kunnen spelen op al deze ontwikkelingen. Hierbij zetten de ziekenhuizen de patiënt centraal door meer te sturen op kwaliteit en doelmatigheid.

Vrijwel alle zorginstellingen hebben als beleidsopgave in hun strategieplannen staan dat ze zich willen ontwikkelen van een aanbod- naar een vraaggestuurde organisatie (De Vries, 2007). Om kwaliteit te kunnen leveren gaat het onder meer om wachttijden, toegangstijden en de afstemming tussen de verschillende processtappen (De Vries & Hiddema, 2001). Optimalisatie van logistieke processen draagt bij aan serviceverlening aan de (mondigere) patiënten, levert snellere doorlooptijden, kortere wachttijden en efficiëntere bedrijfsvoering (De Vries, 2007; Vissers & Beech, 2005).

Sinds de jaren '80 wordt het proces dat een patiënt doorloopt als een organisatorisch vraagstuk bekeken (De Vries & Hiddema, 2001). Om verbeteringen aan te brengen in de patiëntenlogistiek en hierdoor doelmatigheid te bereiken worden onder andere verschillende concepten uit het bedrijfsleven overgenomen (Vissers & Beech, 2005). Hierin is onderscheid te maken tussen twee benaderingen: de ontwerp- en de ontwikkelaanpak (Boonstra, 2000). Voorbeelden van een ontwerpaanpak zijn Lean management, Zorgpaden en Business Proces Redesign en een voorbeeld van een ontwikkelaanpak is de Theory of Constraints (ToC). Beide benaderingen maken een proces van veranderen noodzakelijk, maar de aard van dat proces verschilt aanzienlijk. Bij de ontwerpaanpak gaat het om een breed georiënteerde (en soms radicale) verandering die top down wordt gestuurd richting een vooraf bepaalde doelstelling. Hierbij worden vaak expert- en machtsstrategieën gebruikt. Bij een ontwikkelaanpak is er sprake van een stapsgewijze bottom-up verandering waarvan de uitkomst nog niet bekend is en waarbij het management de verandering faciliteert, begeleidt en stuurt (Boonstra, 2000).

Om de continuïteit van de verandering te behouden is het nodig de verandering in de dagelijkse gang van zaken in te bedden en te verankeren (oftewel borgen). Borging is het sluitstuk van het veranderproces. Bij het borgen ontstaan echter wel vaak problemen. 70% van de verandertrajecten loopt vroegtijdig vast of realiseert niet het beoogde resultaat (Boonstra, 2000). Ontbrekend of onvoldoende leiderschap wordt vaak als oorzaak geïdentificeerd (Boonstra, 2000). Welke eisen de verschillende verander-benaderingen aan leiderschap en de bijbehorende leiderschapsstijlen en -taken in ziekenhuizen stellen is echter beperkt onderzocht, terwijl verwacht zou kunnen worden dat elke verander-benadering zijn eigen leiderschapsstijl zou vereisen (Bijvoorbeeld een ondersteunende en begeleidende stijl bij de ontwikkelaanpak versus een macht- en expertstijl bij de ontwerpaanpak). Omdat effectiever leiderschap cruciaal is voor een betere doorvoering en borging van zorglogistieke veranderprocessen is meer inzicht nodig in de relatie tussen de verander-benadering en het daardoor vereiste leiderschap in de praktijk. Stelt de borging bij deze benaderingen daadwerkelijk verschillende eisen aan de taken en de stijl van het leiderschap en hoe worden deze eisen ervaren en ingevuld? Ervaart het management vanuit het perspectief van leiderschap de gekozen methode als makkelijk of moeilijk toepasbaar?

Om de twee benaderingen in de praktijk met elkaar te kunnen vergelijken is gekozen voor het concept van Zorgpaden als representant van de ontwerpaanpak, omdat dit een zeer veel gebruikte en effectieve methode is in Nederlandse ziekenhuizen (Netwerk Klinische Paden, 2010). Als representant voor de ontwikkelaanpak is ToC gekozen, omdat dit één van de weinige praktisch toegepaste representanten van deze aanpak is en er significante resultaten mee gehaald lijken te worden (o.a. Borghuis, 2007; Remijn, 2010).

Doelstelling en probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de toepassing van elementen (taak en stijl) van leiderschap bij de borging van veranderingen door respectievelijk Zorgpaden en ToC. Door dit inzicht kan de toepassing van deze elementen van leiderschap beter gekozen worden of, als dit niet mogelijk is, gekozen worden voor een verander-benadering die beter aansluit bij de in de praktijk beschikbare elementen van leiderschap. Om de doelstelling te kunnen behalen zal door middel van dit onderzoek een antwoord gegeven worden op de volgende probleemstelling:

Hoe worden elementen van leiderschap toegepast bij de borging van een door Zorgpaden of ToC gerealiseerde verandering in een tweetal ziekenhuizen?

Deelvragen

1. Hoe passen Zorgpaden en ToC binnen de bestaande wetenschappelijke kennis over veranderen en borgen?
2. Hoe passen de elementen van leiderschap bij beide benaderingen van veranderen en borgen?
3. Hoe vindt verandering en borging, ingezet door ToC/Zorgpaden plaats in de praktijk en waar wordt op gestuurd?
4. Hoe zijn de elementen van leiderschap te herkennen bij de praktische uitvoering van borging bij ToC/Zorgpaden?
5. Hoe zijn verschillen met de theorie en tussen de methoden te verklaren en hoe kunnen ziekenhuizen hier mee omgaan?

Deelvraag één gaat over de theorie van veranderingstrajecten en over de inhoud van ToC en Zorgpaden. Vraag twee behelst het theoretisch vraagstuk over taken en stijl bij het (succesvol) borgen van een verandering. De derde deelvraag beschrijft de praktijk met oog op veranderen en borgen bij ToC en Zorgpaden. Bij vraag vier zal er worden gekeken naar taken en stijl bij borgen in de praktijk. Met vraag vijf zal er worden gekeken naar hoe de theorie zich verhoudt met de praktijk. Met deze deelvragen uiteindelijk de hoofdvraag worden beantwoord.

1.1. Onderzoek en onderzoekssetting

Er is weinig bekend over de relaties tussen verandermethoden zoals Zorgpaden en TOC en de daarmee verbonden vraagstukken van leiderschapsstijl en taken met borging. Om deze reden is een exploratief kwalitatief onderzoek het best geschikt om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. De van de aspecten leiderschap en borging bij toepassing van beide methoden kan hopelijk meer inzicht geven in de (verschillen tussen de) aansturing van dit type projecten. Tevens wordt er een analyse gemaakt tussen de praktijk en theorie op het niveau van veranderen.

Om de vergelijking te maken tussen ToC en Zorgpaden zijn twee ziekenhuizen benaderd, het Beatrixziekenhuis (onderdeel van Rivas Zorggroep) en het Albert Schweitzerziekenhuis, om onderzoek te doen. Het Beatrixziekenhuis (verder BZ) is regionaal perifeer ziekenhuis gevestigd te Gorinchem, met een poliklinische dependance in Leerdam. Het BZ maakt deel uit van een ketenorganisatie met bijna alle vormen van zorg. Dit maakt Rivas zeer geschikt voor het ontwikkelen van Zorgpaden, waar zij dan ook volop mee aan het werk zijn. Het Albert Schweitzerziekenhuis (verder Asz) is een modern ziekenhuis dat klinische zorg van topniveau én (basis)zorg dicht bij mensen levert. Sinds november 2009 werken zij met de Theory of Constraints.

1.2. Aanleiding en relevantie

De reden om deze probleemstelling te onderzoeken is dat de huidige zorgsituatie en het politiek beleid er voor zorgen dat de zorgsector aan vele veranderingen onderhevig is en dat er steeds meer van ziekenhuizen wordt verwacht op het gebied van doorlooptijd, wachttijd, efficiëntie en kwaliteit. De borging blijkt echter voortdurend een probleem. ToC en Zorgpaden zijn beide concepten vanuit een andere benadering om met de verwachtingen om te gaan. Goed leiderschap is één van de succesfactoren die leidt tot een succesvolle verandering en borging. De taken en stijl van de leider kunnen bepalend zijn voor de effectiviteit van het leiderschap. Het is belangrijk inzicht te krijgen in hoeverre taken en stijl van leiderschap afhangen van de benadering en of de problemen bij borging in de praktijk wel daadwerkelijk worden opgelost met een effectieve leider.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan de literatuur over leiderschap dat leidt tot succesvolle veranderingen in de zorg, gestuurd door ToC of Zorgpaden. Er is al veel onderzoek gedaan naar leiderschap, maar over de taken en stijl die een rol spelen bij succesvol borgen van een verandering in deze sector is nog niet veel bekend. Tevens is het relevant om te kijken of deze ontwikkelde theorieën over leiderschap wel toepasbaar zijn in de praktijk van de zorg.

De maatschappelijke relevantie is ook groot, aangezien er vanuit de maatschappij een grote druk op zorginstellingen is voor betere doorlooptijden, efficiëntie en kwaliteit. ToC en Zorgpaden zijn representanten van twee manieren waarop dit bereikt kan worden.

1.3. Leeswijzer

In de scriptie zal eerst het theoretisch kader worden besproken waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd. Hierbij wordt getracht antwoord te vinden op de eerste twee deelvragen. Hierna zal de methode van het kwalitatieve onderzoek worden besproken. Aansluitend worden in hoofdstuk vier de resultaten besproken en de theorie met de praktijk vergeleken. Daarna is op deze manier het antwoord gegeven op de probleemstelling. In dit hoofdstuk is ook de kritische reflectie op de opzet en uitvoering van dit onderzoek beschreven. Daarna zijn een aantal aanbevelingen gedaan.

2. Theoretisch Kader

In het theoretische kader is een driedeling gemaakt. Eerst wordt er stilgestaan bij wat veranderen in de zorg inhoud en worden de verschillende fasen van een veranderingsproces besproken aan de hand van een model. In het tweede deel wordt er gekeken naar leiderschap bij veranderingstrajecten. In het derde gedeelte worden twee benaderingen van veranderen besproken en hoe de Theory of Constraints en de Zorgpaden daar binnen passen. Met behulp van de drie delen is er antwoord gegeven op de eerste twee deelvragen en is er tot een theoretisch conceptueel model gekomen dat door middel van kwalitatief onderzoek in de praktijk wordt geëxploreerd.

2.1. Veranderen in de zorg

Veranderen betekent overgaan tot een nieuwe manier van werken. Verandering kan ingezet zijn door verschillende processen, zoals privatisering, verzelfstandiging van eenheden, fusies, wijziging van bedrijfsprocessen, cultuurveranderingen of trajecten gericht op verbetering van kwaliteit en klantgerichtheid (Boonstra, 2000).

2.1.1. Verandermodellen

In de loop der jaren zijn er verschillende soorten verandermodellen ontwikkeld. Bij alle modellen kunnen in elke stap of fase van het model andere factoren worden aangewezen die van invloed zijn op het falen of behalen van succes. Bekende theorieën zijn het 'stage of readiness to change model' van Prochaska & DiClemente(1983), wat er om gaat dat mensen zich in verschillende stadia ten aanzien van verandering bevinden, het 'diffusions of innovation model' van Rogers (1995), hij beschrijft verschillende fasen waarin individuen in een netwerk/organisatie verschillende mate van motivatie vertonen om een innovatie aan te nemen, en het model van Kotter (1996), die verschillende stadia van een veranderingsproces omschrijft. Gekozen is voor het model van Kotter omdat zijn benadering zich niet beperkt tot een korte termijn aanpak om een organisatie in beweging te krijgen, maar zich richt op de langere termijn, de verankering van verandering, hetgeen voor het onderzoek van belang is. Kotter (1998) geeft in zijn boek 'Leiderschap bij verandering' de acht fasen weer die een veranderproces moet doorlopen wil de verandering succesvol zijn:

1. *Het creëren van een gevoel van urgentie*; Het gevoel van urgentie kan bereikt worden door de noodzaak te laten zien of voelen. Dit kan door een veelzeggend voorbeeld, zoals een boze klant.
2. *Een leidende coalitie tot stand brengen*; Het gevoel van urgentie bevordert het vormen van een leidende coalitie. Deze moet bestaan uit personen met de juiste competenties, geloofwaardigheid en leiderschapsvermogen. Enthousiasme en betrokkenheid zijn belangrijk in de coalitie. De taak van de coalitie is om het vertrouwen te vergroten en weerstand te minimaliseren.
3. *Ontwikkel een visie en een strategie*; Een leidende coalitie kan een duidelijke visie op en richting geven aan de kant die de organisatie op gaat. Hierbij moet zorgvuldig worden nagedacht over de strategieën. Het is belangrijk een toekomstbeeld te schetsen, zodat mensen een doel voor ogen krijgen.
4. *Communicatie van de nieuwe visie en strategie*; Wanneer de visie en strategieën eenmaal zijn bepaald is het noodzakelijk deze te communiceren. Hiermee wordt er draagvlak gecreëerd. Duidelijk is zeer belangrijk. Er moet begrip getoond worden voor de gevoelens van de medewerkers.
5. *Veranderingen tot stand brengen*; De barrières die mensen tegenkomen moet uit de weg worden genomen, zodat de verandering kan plaatsvinden. Managers die de verandering

tegenwerken moeten niet genegeerd worden, maar zij moeten taken toebedeeld krijgen zodat zij de noodzaak tot veranderen gaan voelen en zien.

6. *Korte termijn winsten opwekken*; Korte termijnsucces zijn belangrijk om het vertrouwen in het verandertraject te vergroten. Weerstand zal hierdoor verminderen, en er ontstaan nieuwe impulsen om het verandertraject succesvol door te zetten. Belangrijk is dus om prioriteiten te stellen en als eerst projecten te starten die snel zichtbare, betekenisvolle en ondubbelzinnige successen boeken, successen die voor zoveel mogelijk mensen zichtbaar zijn
7. *Consolideren van verbeteringen en het produceren van meer verbeteringen*; Ook na het behalen van de eerste korte termijnsuccessen is het noodzakelijk het urgentiebesef hoog te houden, er moet dus voortdurend gezocht worden naar manieren om dit te doen. Er moet niet te vroeg worden gedacht het verandertraject succesvol te hebben afgesloten. Taken die niet meer relevant en uitputtend zijn moeten worden vergeten en taken die gedelegeerd kunnen worden, moeten dit ook worden
8. *Het verankeren van de veranderingen in de organisatiecultuur*; Om een verandering in stand te houden moet deze ondersteund worden door de organisatiecultuur. Tijdens het verandertraject moet deze ondersteunende, krachtige nieuwe organisatiecultuur dus ook gecreëerd worden. De veranderingen moeten in de cultuur ingebed raken. Er moet steeds enthousiast over de veranderingen gesproken worden en waarom de nieuwe organisatie nu zo succesvol is. Het gedrag van de mensen en de successen die behaald worden moeten de nieuwe cultuur helpen groeien (Kotter, 1996).

Kotter geeft aan dat het belangrijk is dat alle stappen van het proces worden doorlopen. De eerste vier fasen gaan erom de oude cultuur te ontkoppelen. In fase 5 tot en met 7 worden er nieuwe toepassingen geïntroduceerd, en de laatste fase is er voor om de verandering in te bedden. Hij benadrukt dat leiders van de verandering er uiteindelijk voor moet en kunnen zorgen dat het hele systeem, inclusief de medewerkers, ingesteld raken op de verandering (Kotter, 1996).

Boonstra stelt dat ruim 70% van de veranderingsprocessen in Nederlandse organisaties vroegtijdig vast loopt of niet het beoogde resultaat realiseert (Boonstra, 2000). Ook in ziekenhuizen is er nog nauwelijks bewijs voor (kosten)effectieve verbetertrajecten (Øvretveit & Gustafson, 2003) Bij het zoeken naar oorzaken voor problemen in veranderprocessen wordt er vooral gedacht aan het ontbreken van doelstellingen en strategie, of cultuur en leiderschap, of technologie, of politiek gedrag, of verandermanagement, of weerstand tegen veranderen (Boonstra, 2000).

Implementatie en borging zijn belangrijke stappen in het veranderproces en hebben uiteindelijk als doel (permanente) gedragsverandering te bewerkstelligen (Cozijnsen & Vrakking, 2003), waarbij borging van veranderingen steeds meer wordt gezien als het criterium van effectieve implementatie (Grol & Wensing 2006).

2.1.2. Implementatie van verandering

Implementatie kan worden omschreven als 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg'(Grol & Wensing, 2006).

Effectieve implementatie van veranderingen vereist een systematische benadering en een goede planning van de diverse activiteiten. Een zorgvuldige knelpuntenanalyse kan er voor zorgen dat een implementatiestrategie succesvoller is, wanneer deze aansluit bij de beïnvloedende factoren (Peters et al., 2003).

Kotter (1996) maakt duidelijk dat de overgang van verandering naar borging niet eenvoudig is; in het veranderingsproces moet namelijk een aantal stappen uitgevoerd worden die leiden tot borging. Het overslaan van of fouten in de uitvoering van stappen kunnen leiden tot negatieve beïnvloeding van de resultaten of vertraging van het proces.

2.1.3. *Borgen van verandering*

Volgens het woordenboek van Van Dale is borgen:

1. Beveiligen tegen losraken (een sluiting);
2. Waarborgen, garanderen

Vanuit deze definitie gaat het bij procesverbeteringen om het waarborgen en garanderen van een bepaalde uitkomst. Er wordt in de literatuur over twee soorten borging gesproken:

1. Statisch borgen; dit wordt vaak omschreven als verankering in de organisatie, waarbij de verandering niet meer wordt of kan worden aangepast in de dagelijkse praktijk. Een voorbeeld hiervan kan zijn het werken met een nieuw ICT-systeem. Deze verandering wordt vaak radicaal geïmplementeerd en niet aangepast aan de dagelijkse praktijk.

Wat Grol & Grimshaw (2003) aangeven is dat er voortdurend gestuurd en ondersteund moet worden om de verankering van de verandering in de dagelijkse praktijk te laten blijven bestaan. Het borgen zal dus geen eindpunt zijn, maar een continue proces van sturing en ondersteuning. Als dit niet gebeurt is de kans groot dat men weer vervalt in hun oude gedrag.

2. Dynamisch borgen; hierbij wordt borgen omschreven als structurele basis voor toekomstige veranderingen. Hoewel de eenmaal geborgde werkwijzen als normale gedragingen en vaardigheden worden beschouwd, betekent dit niet dat er geen verdere aandacht aan hoeft te worden besteed. Voortdurend vasthouden, ontwikkelen en verbeteren van uitkomsten is van belang om het veranderingsproces tot borging niet keer op keer te hoeven doorlopen (Schouten, 2004). Een voorbeeld van dynamisch borgen is bijvoorbeeld een Veiligheid Management Systeem, dat elke keer aangepast wordt aan de nieuwe richtlijnen en de dagelijkse praktijk.

2.1.3.1. *Succes- en faalfactoren van borgen*

Nieuwe initiatieven in de gezondheidszorg beloven effectiviteit, doelmatigheid en veiligheid. Bij het verankeren in de dagelijkse routine (oftewel borgen) ontstaan echter wel moeilijkheden (Grol & Grimshaw, 2003). Het blijft moeilijk de vaste patronen van de zorg te doorbreken. Dit maakt het belangrijk de meest effectieve en efficiënte benaderingen van veranderingen in de zorg te identificeren. Veel genoemde knelpunten bij borgen zijn:

- Gebrek aan duidelijkheid omtrent een gedragen visie en doelstellingen (Miller 2004);
- Het is moeilijk om commitment van werknemers te behouden. Ook verslapt de aandacht na verloop van tijd (Miller 2004);
- Het ontbreken van goede organisatie en communicatie (Kotter 1996);
- Het ontbreken van een kartrekker. Dit zorgt voor het wegvallen van verantwoordelijkheid en aansturing (Miller 2004);
- Wanneer een kartrekker onvoldoende bekwaam is, zal de geloofwaardigheid van (project)leiders worden ondermijnd (Miller, 2004);
- Het ontbreken van goede randvoorwaarden, zoals gebrek aan ondersteuning op facilitair gebied, maar ook gebrek aan draagvlak bij het management of de beroepsgroep (Kotter 1996);

- Een onstabiele (werk)omgeving. Dit kan ontstaan door bijvoorbeeld veranderende wetten (Miller 2004).

Gezien het grote aantal knelpunten dat op de loer ligt tijdens het borgingsproces, is het belangrijk om al bij de start van een verandertraject na te denken over acties die plaats gaan vinden nadat een project of proces is afgerond (Kotter, 1996). Wanneer borging succesvol verloopt, wordt er een structurele basis voor veranderingen gelegd (Kotter, 1996). Hieronder volgen de succesfactoren.

Volgens Grol & Grimshaw gaat het erom dat de nieuwe werkwijze volledig ingebouwd en ondersteund wordt door de zorgorganisatie, zodat blijvende toepassing mogelijk is. Aandacht voor de organisatiecultuur (Grol & Wensing, 2006; Schouten, 2004) en betrokkenheid van leidinggevenden is hierbij van belang. Een verandering valt of staat met weerstand. Het is belangrijk voldoende aandacht te besteden aan het creëren van motivatie en begrip voor de verandering (Grol & Wensing, 2006). Ook is communicatie essentieel voor borging (Schouten, 2004).

Borgen als continu en dynamisch proces vraagt om aanvullende succesfactoren, aangezien het een voortdurend verbeter- en leerproces is. Wijngaarden, Bont en Huijsman (2006) geven een aantal aanvullende factoren aan. Ten eerste is het belangrijk dat er een gedeelde visie is. Een tweede succesfactor is de aanwezigheid van procedures voor informatie over behaalde prestaties. Communicatiekanalen voor de verspreiding en interpretatie van de informatie wordt benoemd als derde factor. Als vierde factor wordt genoemd het decentraliseren van verantwoordelijkheden. Het vermogen om te leren en prestaties te verbeteren beschrijven Wijngaarden e.a. als vijfde factor. De zesde succesfactor is belonen van innovatieve acties, in plaats van bestraffen. Een lerende cultuur is als zevende succesfactor erg belangrijk. Hierdoor blijven de medewerkers leren van ervaringen en willen graag experimenteren. Vertrouwen, samenwerking, transparantie, gelijkheid en verantwoordelijkheid zijn binnen deze cultuur de kernwaarden (Wijngaarden, Bont & Huijsman, 2006).

Bij alle succesfactoren is een bekwame leider essentieel. De leider moet goed communiceren, weerstand verminderen, motiveren, een visie uitdragen en moet zorgdragen voor een lerende cultuur. Ook binnen het model van Kotter (1996) speelt leiderschap een belangrijke rol. Om verankering in de dagelijkse praktijk te bewerkstelligen is sturing nodig, ook dit is een van de taken van een leider binnen het veranderingstraject. Kortom: zonder leider geen verandering.

2.1.4. Samenvatting

Door de huidige ontwikkelingen binnen de zorg worden er in veel ziekenhuizen verandertrajecten gestart. In de loop der jaren zijn er verschillende verandermodellen en theorieën binnen verschillende veranderstromingen ontworpen. Kotter heeft een acht-stappenplan ontwikkeld, welke moeten worden doorlopen voor een succesvolle verandering. Het succesvol borgen van de verandering is het criterium van effectieve implementatie. Borging is het resultaat van het sturen op verankering in de dagelijkse praktijk. Leiderschap hierbij is essentieel en kan tevens een faal- of succesfactor zijn voor een verandertraject. Ook bij het acht-stappenplan van Kotter speelt leiderschap een belangrijke rol. Toch mislukken veel verandertrajecten. Dit kan komen doordat niet bekend is hoe leiding moet worden gegeven aan borging of doordat de kennis niet in de praktijk wordt gebracht. De theorie over leiderschap zal daarom in de volgende paragraaf verder worden uitgewerkt.

2.2. Management vs Leiderschap

Management en leiderschap hebben veel met elkaar te maken. Management wordt uitgevoerd door bekende processen zoals planning&control, organiseren en budgetteren. Dit is belangrijk, maar is niet hetzelfde als leiderschap.

Kotter (1996) benadrukt vooral het belang van leiderschap bij verandering. Later heeft hij dit (Kotter & Cohen, 2002) verder uitgewerkt in de stelling dat het bij leidinggeven aan verandering vooral gaat om het veranderen van gedrag van mensen. Leiderschap definieert hij daarbij in termen van motiveren en inspireren, richting geven en mensen op één lijn brengen. Hij plaatst dit tegenover management, de meer beheersmatige en faciliterende kant.

De meeste bedrijven zijn echter goed in management en niet goed in leiderschap, waardoor verandertrajecten mislukken (Kotter, 1996). Zaleznik (1991) heeft de verschillen tussen leiders en managers op een rij gezet, waarbij leiders superieur zijn aan managers. Managers houden zich voornamelijk bezig met regels, procedures, controles, zoeken orde en stabiliteit, gaan vaak conflicten uit de weg en streven vaak eigen doelen na. Leiders zijn meer gericht zijn op waarden, doelen, zingeving en consensus, het zoeken naar de juiste weg in turbulente en complexe situaties en het realiseren van organisatiedoelen. Bass (1989) schreef ooit 'Leaders manage and managers lead, but the two activities are not synonymous'. Kotter (1996) geeft aan dat 70-90% van de succesvolle veranderingen is toe te schrijven aan leiderschap, slechts 10-30% aan management.

2.2.1. Sturing binnen ziekenhuizen

Binnen ziekenhuizen zijn een drietal niveaus waar leiding kan worden gegeven namelijk het strategisch, tactisch en operationeel niveau. Het strategische niveau stuurt het tactische niveau aan, dat op zijn beurt weer het operationele niveau aanstuurt. Op strategisch niveau zitten de managers die richting geven aan de organisatie (strategie), op tactisch niveau zitten de managers die de organisatie inrichten (tactiek) en op het operationele niveau zitten de medewerkers die het werk verrichten (uitvoering). Het tactisch management (oftewel middenmanagement) heeft een verticale spilfunctie te vormen in de verbinding tussen de strategische top en het operationele niveau, en de laag speelt ook een rol in de horizontale sturing en afstemming (Wijngaarden et al., 2006).

2.2.2. Leiderschapsbenaderingen

"There are almost as many definitions of leadership as there are leadership theories—and there are almost as many theories of leadership as there are psychologists working in the field" (Fiedler, 1964).

In de loop der jaren is er heel wat onderzoek gedaan naar leiderschap. Er zijn vele verschillende definities en een aantal benaderingen ontstaan. Sommige definities definiëren leiderschap in termen van individuele eigenschappen, anderen in termen van gedrag, rollen of perceptie van ondergeschikten. Echter, er ontbreekt bewijs voor een constante factor die betrouwbaar onderscheid kan maken tussen goede en slechte leiders en er is gebrek aan voorspellende waarde van de benadering (Ranzijn, 2008). Deze problemen komen voort uit het feit dat iedere benadering overcompenseert voor de tekortkomingen van de andere benadering, een voorbeeld hiervan is dat een theorie alleen naar eigenschappen kijkt van een leider en niet naar de situatie waarin leiding wordt gegeven. De hier op ontwikkelde theorie gaat alleen maar over de situatie waarin leiding moet worden gegeven.

Uit de literatuur komen verschillende leiderschapstyperingen en theorieën naar voren, zoals de Theory X & Theory Y, die gaat over twee verschillende houdingen ten aanzien van werkmotivatie (McGregor, 1960), de Managerial Grid-theory, waarbij het gaat om attitude ten aanzien van de taak en ten aanzien van mensen (Blake en Mouton, 1964) en Situationeel Leiderschap, waarbij het gaat een fit van het leiderschap met de "situatie" (Hersey & Blanchard, 1993).

Er is veel kritiek geweest op de theorieën van McGregor en Blake en Mouton. Ze werden vaak 'te plat' gevonden: de stijl van leidinggeven was terug te brengen tot twee dimensies en er werd geen rekening gehouden met de situatie waarin de leider zich bevindt (Ranzijn, 2008). Recente theorieën van leiderschap veronderstellen dat leiderschap een product is van de interactie tussen de persoonlijke kenmerken van een leider, het gedrag van die leider en de omgevingskenmerken (Ranzijn, 2008). De empirische basis werd echter niet zo sterk geacht (De Jong et al, 1996). Het zijn de zogenoemde contingentietheorieën. In iedere situatie kan de beste manier van leidinggeven dus anders zijn, er bestaat geen ideaal recept voor alle situaties. De meest prominente theorie binnen deze benadering is het contingentie model van Fiedler (1971). Volgens Fiedler is de algemene contingentietheorie een verzameling gedragstheorieën die betogen dat er niet een beste manier is om iets te doen en dat een bepaalde wijze van handelen in een bepaalde situatie succesvol is, niet betekent dat die in een andere situatie ook succesvol is. Hij bedoelt hiermee dat de optimale manier van handelen is contingent (afhankelijk) van verschillende beperkingen (Fiedler, 1971).

Bij de contingentietheorie die door Fiedler gespecialiseerd is naar leiderschap is het succes van de leider afhankelijk van de fit van de toegepaste leiderschapsstijl en contingentiefactoren zoals: ondergeschikten, taken, en groepsvariabelen. De effectiviteit van een gegeven leiderschapsgedrag model is afhankelijk van de eisen die de situatie stelt (Fiedler, 1963) Hierop voortbordurend hebben Hersey & Blanchard de situationele leiderschapstheorie ontworpen, waarbij zij de aandacht vestigen op de relatie tussen de stijl van leidinggeven en de taakvolwassenheid van de medewerker.

2.2.2.1. *Situationeel leiderschap*

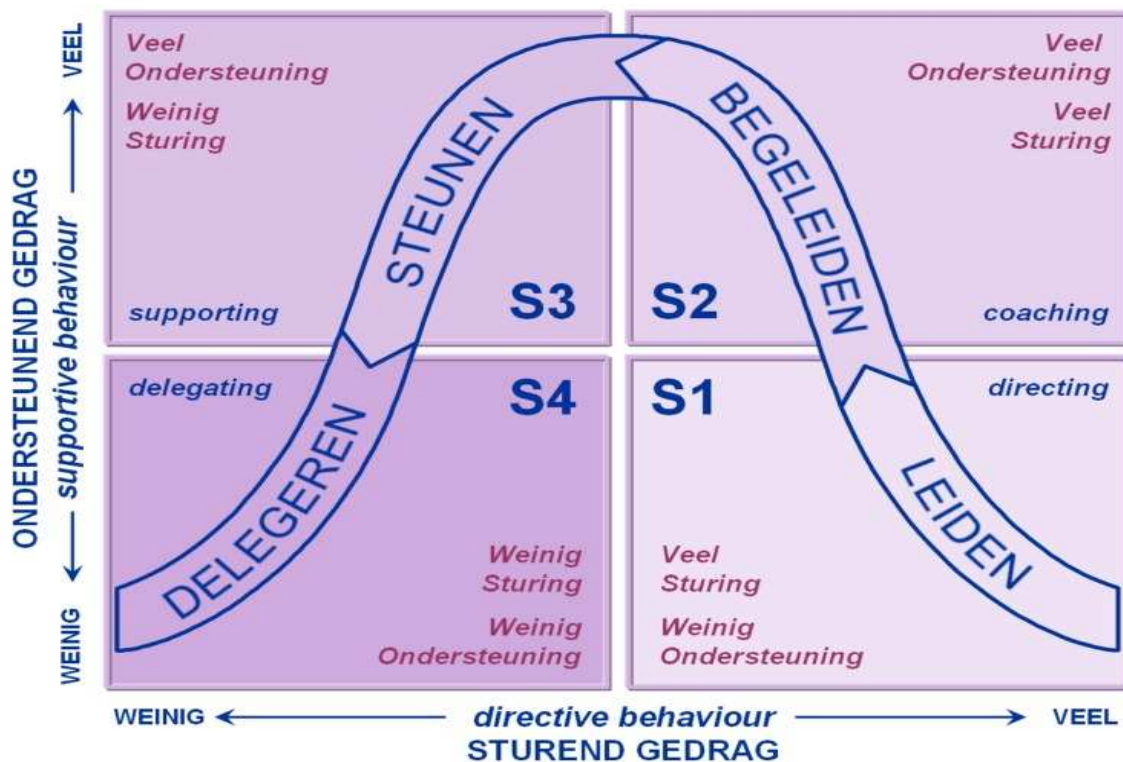
Hersey en Blanchard (1993) onderscheiden bij een leidinggevende gerichtheid op de taak van de medewerker en gerichtheid op ondersteuning.

Kenmerkend voor taakgericht of sturend leiderschap is het accent op het einddoel en de uitvoering van de taak. De leidinggevende stelt de doelen en doelstellingen vast, plant en organiseert het werk, geeft prioriteiten aan, bepaalt welke werkmethoden er gevolgd worden, hoe controle en evaluaties plaatsvinden en houdt nauwgezet toezicht op de voortgang.

Bij relatiegericht, ondersteunend of mensgericht leiderschap ligt het accent op de onderlinge verhouding. De leidinggevende moedigt aan, bevestigt, prijst, luistert actief, vraagt om suggesties en ideeën, stimuleert zelfstandige probleemoplossing, maakt informatie toegankelijk, moedigt teamwork aan en durft zich kwetsbaar op te stellen (Nieuwenhuis, 2008)

Sturend en ondersteunend gedrag sluiten elkaar niet uit. Elk gedrag van een leidinggevende is binnen beide dimensies te plaatsen. Beide dimensies zijn de basis voor vier verschillende leiderschapsstijlen, zoals te zien is in Figuur 1.

Figuur 1. Vier stijlen van leidinggeven volgens Hersey & Blanchard (bron: Nieuwenhuis, 2008)



Om flexibel leiding te kunnen geven moet een leidinggevende deze stijlen in verschillende situaties kunnen toepassen. De vraag die hierbij ontstaat is 'wanneer is welke stijl effectief?'. Hersey en Blanchard (1992) beschrijven leiderschap als effectief als leidinggevendenden hun activiteiten afstemmen op de situatie en het ontwikkelingsniveau van medewerkers. Het ontwikkelingsniveau is de mate waarin medewerkers in staat zijn verantwoordelijkheid te dragen voor de zelfstandige uitvoering van een taak. Het bestaat uit de competentie, bijvoorbeeld kennis en kunde en de betrokkenheid, bijvoorbeeld motivatie van medewerkers. Gebaseerd op deze twee factoren onderscheiden Hersey & Blanchard vier ontwikkelingsniveaus. Het ontwikkelingsniveau slaat niet op de persoon, maar op een specifieke taak die uitgevoerd moet worden.

O1: lage competentie - hoge betrokkenheid. De medewerker is gemotiveerd om de taak uit te voeren, maar mist de vereiste bekwaamheid, bijvoorbeeld een nieuwe medewerker met nieuwe taken.

O2: matige competentie - zwakke betrokkenheid. De medewerker heeft enige kennis, maar is matig gemotiveerd om de taak uit te voeren, bijvoorbeeld een nieuwe medewerker na enige negatieve ervaringen met nieuwe taken.

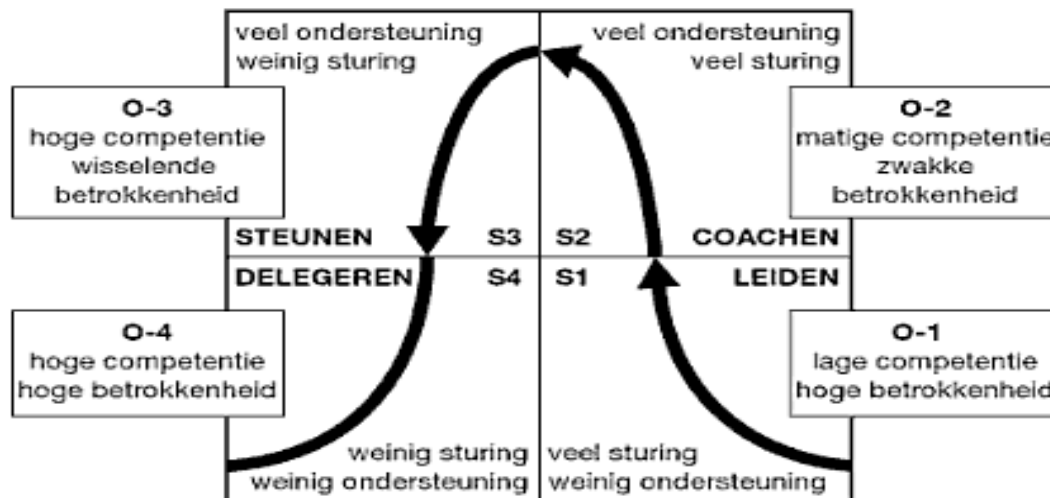
O3: hoge competentie - wisselende betrokkenheid. De medewerker beschikt over voldoende kennis en kunde, maar aarzelt soms bij onverwachte problemen.

O4: Hoge competentie - hoge betrokkenheid. De medewerker is zowel bekwaam als betrokken om de taak uit te voeren.

In Figuur 2 is de relatie tussen het ontwikkelingsniveau en de stijl van leidinggeven weergegeven. De kern van het model van situationeel leiderschap is dat de leidinggevende per taak bekijkt hoe men een medewerker het meest effectief kan aansturen. Bij effectief leiderschap is de leiderschapsstijl dus situationeel bepaald, afhankelijk van het ontwikkelingsniveau en de motivatie die een medewerker voor een taak heeft (Nieuwenhuis, 2008).

In termen van Hersey en Blanchard is dus de stijl Leiden (S1) effectief wanneer de medewerker beschikt over een lage competentie en een hoge betrokkenheid. Begeleiden (S2) werkt het best bij medewerkers met een lage tot enige competentie en een lage betrokkenheid. Steunen (S3) is effectief bij medewerkers met een gemiddeld tot hoge competentie maar met wisselende betrokkenheid, terwijl delegeren (S4) het best werkt bij professionals die zowel competent als betrokken zijn.

Figuur 2. Hersey en Blanchard, Stijlen van leidinggeven bij ontwikkelingsniveau en motivatie



- Leidende stijl: Deze stijl wordt ook aangeduid als management by prescription. Veel sturend en weinig ondersteunend leiderschapsgedrag; de manager controleert de medewerkers aan de hand van regels en procedures en ondersteunt de medewerkers weinig. Een valkuil is dat de leidinggevende autoritair overkomt: als een baas of een leraar. Deze wijze van leidinggeven werkt alleen als de opdrachten goed zijn te structureren.
- Begeleidende stijl: De leidinggevende ondersteunt de medewerker door verantwoordelijkheden te delen en door veel vragen te stellen. Wel worden de taken nauwkeurig vastgesteld en gecontroleerd. Deze stijl wordt ook wel aangeduid als resultaatgericht management.
- Steunende stijl: Leidinggevende en medewerkers beslissen samen hoe het werk wordt uitgevoerd. De leidinggevende treedt stimulerend op, is klankbord en helpt de medewerker op verzoek bij de uitvoering. Hij geeft daarbij primair leiding door aandacht te besteden aan de relatie en door het geven van erkenning. Deze stijl wordt ook wel organisch management genoemd. Een valkuil is dat de manager de medewerker gaat betuttelen.
- Delegerende stijl: Delegeren is effectief toe te passen wanneer de leidinggevende voor de medewerker de voorwaarden kan scheppen die nodig zijn bij het uitvoeren van de opdracht. De leidinggevende laat beslissingen en de wijze waarop de taak moet worden uitgevoerd over aan de medewerkers, deze zijn zelf verantwoordelijk en krijgen dan ook de nodige bevoegdheden. Deze stijl staat ook bekend als management by exception. De leidinggevende loopt hierbij wel de kans te vervallen in een niet-effectieve laissez-faire stijl (Nieuwenhuis, 2008).

Ervaringen uit de praktijk geven aan dat het differentiëren van leiderschapsstijl een motiverend effect heeft op de medewerker doordat de medewerker per 'taak' het gevoel heeft de begeleiding van zijn leidinggevende te krijgen, die op dat moment past en die een appèl doet op zijn ontwikkeling (Blanchard, Zigarmi & Zigarmi, 2003). Situationeel leidinggeven gaat met name in op de beïnvloeding van de motivatie van de medewerker door de leidinggevende.

Uit de rede ter aanvaardig van het ambt van bijzonder hoogleraar van Stoker blijkt dat organisaties voorafgaand aan een verandering een inrichting maken van het gewenste leiderschap. Hierin kiest de organisatie dus voor een profiel van een geschikte leider. Vervolgens leidt de situatie waarbinnen leiding wordt gegeven tot een bepaalde stijl (Stoker, 2005). De benadering van Hersey en Blanchard is beperkt als het gaat om de uitwerking van 'de situatie'. Hiervoor kiezen zij twee aspecten, namelijk de competentie en motivatie van de medewerkers.

Bij een leiderschapsstijl spelen naast motivatie en competentie ook nog andere elementen een rol:

- Cultuur, is de 'collectieve mentale programmering die de leden van de ene organisatie onderscheidt van die van een andere'. De ene organisatie zal bijvoorbeeld meer hiërarchisch zijn dan de andere organisatie. Ook wordt in de ene organisatie veel feedback gegeven, terwijl dit in de andere organisatie niet aan de orde is. (Schein, 1992; Koopman & Boonstra, 2005).
- Structuur, formele structuren, strategie- en beleidsvormingsprocessen en alle bijkomende onderdelen van het functioneren van een organisatie zijn van invloed op de leiderschapsstijl (Schein, 1992). Hieronder vallen ook de arbeidsverhoudingen, deze bepalen mede wat de individuele leidinggevende aan ruimte heeft om zijn stijl te bepalen. Dit kan horizontaal zijn maar ook verticaal (Broere, nb).
- Historische ontwikkeling, dit kan er voor zorgen dat een bepaalde manier van leidinggeven de boventoon voert binnen een organisatie (Broere, nb).
- Taak, er is hierbij bijvoorbeeld een onderscheid te maken tussen hooggewaardeerd werk en laaggewaardeerd werk. Voor laaggewaardeerd werk is het moeilijker mensen te motiveren. Ook kan is de helderheid van invloed op de stijl (Broere, nb; De Vries, Roe & Taillieu, 2004; Koopman & Boonstra, 2005)).
- Tijd, een overleggende stijl vergt bijvoorbeeld meer tijd van een leider dan een delegerende stijl (Broere, nb).
- Kenmerken van de leidinggevende, zijn persoonskenmerken, waarden, kennis, ervaring, competenties zijn van invloed op het interpreteren van de wereld om hem heen, en bepalend voor de stijl. Ook sekse is van invloed op de manier van leidinggeven (Mintzberg, 1996; Koopman & Boonstra, 2005).
- Relatie met de medewerkers, deze kan antipathisch zijn maar ook empathisch. Dit is van invloed op het samenwerkend vermogen. Ook macht kan hier van invloed op zijn (De Vries et al., 2004; Koopman & Boonstra, 2005).
- Maatschappelijke ontwikkelingen, zijn van invloed op wat de medewerker wel en niet mag doen (De Vries et al., 2004).
- Kenmerken van de medewerker, de verwachtingen van de medewerkers ten aanzien van de leider en de kenmerken van de medewerker (De Vries et al., 2004).

Deze factoren zijn onder te verdelen in drie groepen, namelijk persoonskenmerken (zoals kenmerken van de leidinggevende), taakkenmerken (zoals tijd) en organisatiekenmerken (zoals cultuur).

Uit het onderzoek van Stoker bleek ook dat medewerkers vaak minder verschillende stijlen van leidinggeven bij hun leidinggevendenden ondervonden. Het lijkt erop dat managers zelf wel het idee hebben dat ze aan het ideaal-profiel voldoen, terwijl medewerkers daar een ander beeld van hebben (Stoker, 2005). Ook kan een leiderschapsstijl bepalend zijn voor de effectiviteit van het leiderschap

(Goleman, 2003). De vraag is welke elementen de belangrijkste rol spelen een effectieve leiderschapsstijl?

2.2.3. Taken leidinggeven bij een verandering

Naast de leiderschapsstijl is er ook veel onderzoek gedaan naar leiderschaprollen/taken. Hieruit komt ook naar voren dat de taken van een leider ook een 'fit' moeten tonen met de situatie. Kotter (1996) beschrijft in zijn boek dat het motiveren van mensen, het overwinnen van weerstand, een gedeelde organisatiecultuur en een goede communicatie zijn voorwaarden om een verandering te laten slagen en behoren tot het takenpakket van een leidinggevende. Een leider moet flexibel zijn, in elke situatie is een andere manier van leidinggeven gewenst.

Na het analyseren van de literatuur is niet zo zeer de vraag wat de kenmerken van een effectieve leider zijn, maar hoe de kenmerken van een leider te combineren zijn met de rollen/taken waarvoor de leider staat en de fit van deze kenmerken en rollen met de situatie (Seegers, 2008) .

2.2.4. Samenvatting

Goed leiderschap is een essentiële factor bij het succesvol veranderen. Er is enorm veel geschreven als het gaat om leiderschap. Ook komen uit de literatuur verschillende leiderschapstheorieën naar voren, situationeel leiderschap is daar één van. Volgens Hersey en Blanchard is effectief leiderschap situationeel bepaald, afhankelijk van de competentie en de motivatie die een medewerker voor een bepaalde taak heeft. Dit is te beperkt: bij een effectieve leiderschapsstijl spelen ook nog andere factoren een rol. Deze zijn onder te verdelen in persoons-, taak- en organisatiekenmerken. Naast de leiderschapsstijl zijn er voor leiders een aantal taken weggelegd die van belang zijn voor het slagen van een veranderingstraject. Ook de uitvoering van deze taken is situationeel bepaald.

2.3. Twee benaderingen van veranderen

Door de introductie van de marktwerking buigen ziekenhuizen zich net als bedrijven over vraagstukken als positionering en operationele efficiëntie. Overheid en zorgverzekeraars sturen via gereguleerde marktwerking op doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Verwachtingen vanuit de markt maken een kritische blik op de werkprocessen noodzakelijk. Het op een juiste (strategische) manier inspelen op de veranderingen, is van grote invloed op het succes van een instelling.

Bedrijven kunnen meerdere strategieën volgen om tot een verandering te komen. Hierin is onderscheid te maken tussen twee benaderingen: de ontwerpaanpak en de ontwikkelaanpak (Boonstra, 2000). Door het gebruik van de twee verschillende methodes wordt er vanuit een ander perspectief naar werkprocessen gekeken (Hugen, van Zelm & Dahmen, 2009). Dit is één manier van kijken naar veranderen, er zijn ook nog andere manieren, bijvoorbeeld de vijf kleuren aanpak van De Caluwé en Vermaak (2006). Hun stelling is dat geen van die vijf manieren van verandermanagement zaligmakend is. Juist de combinatie ervan verschaft je als veranderaar een goed inzicht in de problematiek. Er is gekozen voor de benadering van Boonstra, omdat deze een helder onderscheid maakt en het hier niet om een combinatie van manieren gaat.

Ontwerpen

Bij de ontwerpaanpak is het veranderingstraject gericht op een begin- en een eindpunt met duidelijke doelstellingen die behaald moeten worden. Aan de hand van deze doelstellingen wordt het proces herontworpen en in één keer geïmplementeerd. Hierbij wordt het borgen als eindpunt gezien, er is weinig aandacht voor het versterken van het leervermogen van de organisatie. Dit is vaak een kortdurende radicale verandering die resulteert in een nieuwe handelingswijze. De verandering wordt vaak geïnitieerd, gestuurd en gecontroleerd door het management en is er op gericht de complexiteit van de organisatie te verminderen. Participatie van medewerkers is vaak problematisch, omdat er bewust afstand wordt genomen van de bestaande werkwijzen. Vaak worden er macht-, dwang- en expertstrategieën gehanteerd. In Nederland wordt 80% van de veranderingsprocessen uitgevoerd door middel van een ontwerpstrategie, terwijl de ervaring leert dat driekwart hiervan vastloopt (Boonstra, 2000). Voorbeelden van de ontwerpaanpak zijn Lean management en Zorgpaden. Bij deze methodieken wordt vooraf de nieuwe werkwijze ontwikkeld en daarna radicaal geïmplementeerd. Het eindproduct is vooraf dus al bekend.

Bij Lean management gaat het om exact leveren van datgene dat klanten wensen terwijl tegelijkertijd alle verspilling wordt geëlimineerd. Een Zorgpad herschrijft het traject dat een patiënt doorloopt met als doel het bereiken van efficiëntere en kwalitatieve zorg. Zorgpaden komen voort uit methoden die in de industrie werden gebruikt om complexe processen beter te plannen en te organiseren. Vanaf de jaren '70 vindt toepassing in de gezondheidszorg plaats. Zorgpaden worden nu wereldwijd in de gezondheidszorg gebruikt (Sermeus & Vanhaecht, 2002; Vanhaecht & Sermeus, 2002; Netwerk Klinische Paden).

Ontwikkelen

De ontwikkelaanpak start met het in kaart brengen van de problematiek en oplossingsrichtingen door alle betrokkenen. Hierbij is het eindpunt nog niet helder. De verandering wordt stap voor stap gerealiseerd en alle organisatieleden zijn betrokken. Werkwijzen en methoden zijn sterk afhankelijk van het verloop van het veranderingstraject en het gaat hier om dynamisch borgen omdat het een proces van continue verbetering is. Er is hierbij aandacht voor structuur, cultuur en individueel gedrag. De manager faciliteert hierbij de verandering en deskundigen ondersteunen door inbreng van hun ervaring en kennis. Er wordt tijdens het veranderingstraject gekeken naar de aspecten die belemmeren en met behulp van interventies worden deze problemen weggenomen (Boonstra, 2000). Een voorbeeld hiervan is de Theory of Constraints. Bij de Theory of Constraint (ToC) gaat het om het

vinden van de zwakste schakel en die optimaliseren, waarbij er gestart wordt zonder dat de uitkomst bekend is. Tijdens het proces van verbeteringen wordt er tegen nieuwe problemen aangelopen en worden deze opgelost. Het eindproduct ontwikkeld zich dus tijdens het proces en niet ervoor.

In figuur 3 is een overzicht te zien van de theorie over de verschillende benaderingen.

Figuur 3. Theorie en werkwijze bij beide benaderingen (Bron: Boonstra,2000)

Ontwerpbenadering	Ontwikkelbenadering
- Organisaties als systemen die inspelen op marktvrage	- De organisatie als doelgericht sociaaltechnisch systeem
- Mensen als sociaal kapitaal ter verwezenlijking van doelen	- Mensen als creatieve en samenwerkende personen
- Werknemers gemotiveerd door persoonlijk voordeel	- Werknemers gemotiveerd door zelfontplooiing
- Managers gebruiken positie bij het aansturen van veranderingen	- Managers gebruiken eigen overredingskracht en samenwerking
- Consultants als kennisgedreven deskundigen	- Consultants als procesgedreven begeleiders
- Organisatiepraktijk als bron van gebreken	- Organisatiepraktijk als bron van ervaring
- Nadruk op economische prestatienormen	- Nadruk op verbetering van effectiviteit en kwaliteit van arbeid
- Nieuw ontwerp van bedrijfsprocessen	- Verbeteringen op basis van de bestaande organisatie
- Aansturing veranderingsprocessen van boven naar beneden	- Benutting van kennis en Inzicht van medewerkers
- Oplossingsgerichte aanpak	- Probleemgerichte aanpak op basis van praktijkervaringen
- Episodische verandering met stabiele eindsituatie	- Verbeteringen via continue verandering
- Enkel lineair veranderingsproces	- Iteratief veranderingsproces
- Technisch-economische procesratio	- Sociaal-economische procesratio
- Strikte normen en planning in het veranderingsproces	- Erkenning veranderingsvermogen via emergente verandering
- Begint met abstracte zakelijke modellen	- Begint met concrete praktijkervaringen
- Nadruk op kennis van deskundigen	- Toepassing van operationele kennis
- Scheiding tussen ontwerp en uitvoering van veranderingen	- Soepele overgang tussen veranderingsfasen
- Leren als zelfreflectie dankzij veranderingsmanagers	- Leren als collectieve en doorlopende activiteit
- Kennisontwikkeling door gebruik van technieken	- Kennisontwikkeling via actieonderzoek

Leiderschap is een essentiële factor bij het borgen van veranderingen. De ontwerpaanpak vraagt een andere vorm van leiderschap dan de ontwikkelaanpak. Bij de ontwerpaanpak is het vaak een top-down benadering waarbij van bovenaf een proces wordt herontworpen om dit later in de praktijk te implementeren en vaak macht en expertstrategieën worden gebruikt. Bij de ontwikkelaanpak werkt de gehele organisatie aan de verandering en faciliteert en ondersteunt de leider de verandering. In dit onderzoek wordt een analyse gemaakt op beide benaderingen met het oog op leiderschap en borging. Als representant voor de ontwerpaanpak is Zorgpaden gekozen, omdat dit al tien jaar een veel gebruikte methode is. Voor de ontwikkelaanpak is de Theory of Constraints als representant gekozen. Beide methoden worden hierna verder uitgewerkt.

2.3.1. Theory of Constraints (ToC)

In 1984 schreef Eliyahu Goldratt het boek *The Goal (Het Doel)*, waarin hij ToC introduceerde. Goldratt ontwikkelde deze methode voor een efficiëntere procesgang in het bedrijfsleven (Borghuis, 2007) De methode is vanuit het logistiek management ontwikkeld waarbij het verbeteren van doorlooptijden centraal staan (Van Ede, 2010). Dit gebeurt door middel van het beheer van constraints (beperkingen).

De twee belangrijkste onderliggende ideeën van de theorie zijn het systeemdenken en de aanname dat elke organisatie een bottleneck heeft. Goldratt gaat er vanuit dat een organisatie als één geheel een complex systeem is, waarin alle onderdelen met elkaar interacteren (Motwani, Klein & Harowitz, 1996a; Motwani, Klein & Harowitz, 1996b). Een systeem is te beschouwen als een keten van processen met daarin ergens één of meerdere bottlenecks die het doel van de onderneming hinderen (Van Havermaet, 2005). Door de bottlenecks op te sporen en optimaal te benutten, wordt de efficiëntie als geheel verbeterd (Van Ede, 2010). Bottleneck is een breder begrip dan constraint. Er kunnen meerdere bottlenecks zijn die de uiteindelijke productie beïnvloeden. Een constraint is dan de bottleneck die de meeste invloed heeft, en daarmee direct bepalend voor de totale systeem productie (Sullivan, 2010). Dit is te zien in Figuur 4.

Figuur 4. Een voorbeeld van een systeem (Bron: Sullivan, 2010)

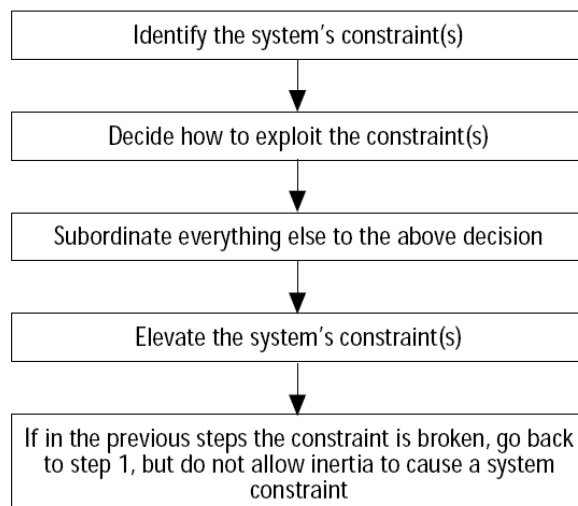
A ---> B ---> C ---> D ---> E [Vraag=13]
 (16) (14) (12) (10) (12)

In Figuur 4 is te zien dat er drie bottlenecks zijn (namelijk C, D en E). Deze beïnvloeden allemaal het vermogen om te leveren omdat de vraag 13 is. De constraint in dit figuur is D. Deze bottleneck heeft het meest invloed op de totale productie.

De productie van een systeem wordt bepaald door de zwakste schakel in de keten. Het is dus niet zinvol om verbeteringen aan te brengen in een schakel van dit proces als die niet de zwakste schakel is (Breen, Burton-Houle & Aron, 2002). In Figuur 4 is het dus niet verstandig om een andere schakel dan D te verbeteren, omdat hierdoor geen productieverbetering plaatsvindt.

Constraints kunnen worden opgespoord en aangepakt aan de hand van vijf stappen (zie Figuur 5). Allereerst moet de zwakste schakel geïdentificeerd worden. Ten tweede moet de zwakste schakel uitgebuit worden, er mogen geen capaciteiten verloren gaan. Ten derde moeten alle bedrijfsprocessen zodanig ingericht worden dat de zwakste schakel maximaal gebruikt wordt. Ten vierde moet de capaciteit van de zwakste schakel vergroot worden, door een investering te doen. Tot slot moet, wanneer het knelpunt is opgelost, teruggedaan worden naar stap één. Hierdoor ontstaan een continu verbetertraject (Motwani, Klein & Harowitz, 1996a; Breen, Burton-Houle, & Aron, 2002).

Figuur 5. Vijf stappen voor productieverbetering (Bron: Motwani, Klein & Harowitz, 1996a)



2.3.1.1. ToC in ziekenhuizen

In Engeland zijn er met ToC veelbelovende effecten behaald. De methode wordt gekenmerkt door eenvoud, brengt rust op een afdeling, betreft een continu en cyclisch proces met structureel resultaat. Tevens wordt de doelmatigheid niet verbeterd door harder werken, maar door anders werken. Het snelle resultaat betekent bijvoorbeeld een vermindering van de ligduur, of de tijd dat een patiënt op de SEH verblijft (Borghuis, 2007).

Er is in de gezondheidszorg meer en meer aandacht voor patiëntenlogistiek. Daarmee geven ziekenhuizen gehoor aan de veranderende eisen op het gebied van bijvoorbeeld efficiëntie en servicegerichtheid. Praktijkstudies over de toepassing van ToC in de zorgsector zijn tot op heden echter schaars.

Van Ede (2010) stelt dat opvallend veel Nederlandse ziekenhuizen ToC te hebben omarmd, waaronder de Sint Maartenskliniek in Nijmegen, het Sint Franciscus gasthuis in Rotterdam, het Groene Hart ziekenhuis in Gouda, het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen en het Albert Schweitzerziekenhuis te Dordrecht.

In het Sint Antonius Ziekenhuis wordt sinds begin 2006 de Theory of Constraints toegepast. Met deze methode is op twee afdelingen in enkele maanden tijd de gemiddelde ligduur met meer dan 19

procent verlaagd. Tegelijkertijd is het aantal opnames met meer dan 20 procent gestegen. De resultaten waren zo bemoedigend dat vanaf 2007 meer afdelingen deze methode hebben ingevoerd (Borghuis, 2007; Van Ede, 2010).

In 2007 is het Maasstadziekenhuis in Rotterdam begonnen met het toepassen van ToC. Hier is de gemiddelde ligduur in 2008, tov 2007, met 24% gedaald en het aantal opnames is gestegen met 6.3%. Ook het Sint Franciscus ziekenhuis in Rotterdam heeft in 2007 een pilot gedaan met ToC, en heeft in 2008 dit besloten om het verder over de organisatie uit te rollen.

Er is echter een voorwaarde aan het goed functioneren van ToC, de basis ligt bij de professionals; zij moeten extra gegevens vast leggen en nieuwe gegevens op een andere manier gaan interpreteren. Kortom: zij moeten hun werkwijze veranderen en de administratieve taken zullen toenemen. Dit kan een belemmering zijn om het verbetertraject door te zetten (Van Ede, 2010).

2.3.1.2. (Stuur) informatie

Om een verbetering van de benutting van een constraint te kunnen behalen dient specifieke (stuur) informatie te worden geregistreerd in een informatiesysteem. Deze informatiesystemen leveren input om uitkomsten van zorgprocessen te verbeteren en kunnen werkprocessen ondersteunen (De Vries & Hiddema, 2001).

Ook kan deze informatie gebruikt worden om beslissingen te nemen op verschillende niveaus (strategisch, tactisch of operationeel niveau).

De stuurinformatie die geregistreerd moet worden is:

- Vermoedelijke Ontslag Datum (VOD). Dit wordt door de verpleegkundige met de arts besproken en ingevoerd.
- Ontslagbepalende taken. De verpleegkundige voert de door de arts opgegeven taken in die nog moeten worden uitgevoerd voordat de patiënt naar huis toe kan. Dit moet SMART gebeuren.
- Taakmanager. Hierin wordt vermeld wie voor welke taak verantwoordelijk is.
- Doorlooptijd van de ontslag bepalende taken. De taakmanager vult in hoe lang de bepaalde taken duren.
- Reden van vertraging. Wanneer een patiënt te lang ligt wordt bepaald welke taak deze vertraging veroorzaakt heeft.

Dit alles wordt ingevoerd door de verpleegkundige.

Om ToC te laten slagen binnen ziekenhuizen is het dus van belang dat er nieuwe (stuur) informatie geregistreerd wordt en dat de registratiekwaliteit van (stuur) informatie hoog is. Zonder deze informatie kan de zwakste schakel en de bottlenecks niet opgespoord worden.

2.3.2. Zorgpaden

Een zorgpad beschrijft (herontwerpt) het multidisciplinaire traject dat een patiënt doorloopt in diagnostiek, (voorbereiding op) behandeling en nazorg. Doel is het leveren van kwalitatieve en efficiënte zorg, door een systematische aanpak van procesverbetering, tot voor kort veelal redesign genoemd (Van Harten, Hans & van Lent, 2010).

Er bestaan verschillende namen voor een zorgpad. Zo wordt er gesproken over clinical pathways, critical pathways en integrated pathways. Deze methode steunt op de "critical pathway"-methodiek die in 1985 door Zander & Bower in de gezondheidszorg werd binnengebracht. (De Vries, Hummel, De Meer & Otter, 2009). Ondanks de verschillende definities en vormen zijn er ook een aantal overeenkomsten:

- een sterk multidisciplinair karakter;
- een sterke gerichtheid op zowel het verbeteren van de kwaliteit als de efficiëntie van zorg;
- een streven om op een gestructureerde en gesystematiseerde wijze de aan de zorgpaden gerelateerde doelen te bereiken;
- een sterke nadruk op afstemmingsvraagstukken binnen de gehele zorgketen voor een homogene groep patiënten.

Volgens het Netwerk Klinische Paden wordt een klinisch pad (zorgpad) als volgt gedefinieerd: "Een klinisch pad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Het is een middel om een patiëntgericht programma op een systematische wijze te plannen en op te volgen" (Sermeus & Vanhaecht, 2002; Vanhaecht & Sermeus, 2002; Netwerk Klinische Paden).

Een klinisch pad is duidelijk meer dan een blad papier waarop een aantal afspraken worden vastgelegd. Het is een geheel plan om voor een bepaalde patiëntenpopulatie een totaalbenadering vanuit alle betrokkenen uit te werken. Hierbij ligt de nadruk zowel op het proces (het 30-stappenplan) als op de gebruikte methoden. Klinische paden zijn niet voor alle patiënten en zorgsituaties in dezelfde mate bruikbaar. Een hoog volume en een sterke mate van voorspelbaarheid zijn belangrijke voorwaarden om een klinisch pad te kunnen uitwerken (Sermeus en Vanhaecht, 2002). Klinische paden kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het inzichtelijk maken van structuren, processen en resultaten van de zorg.

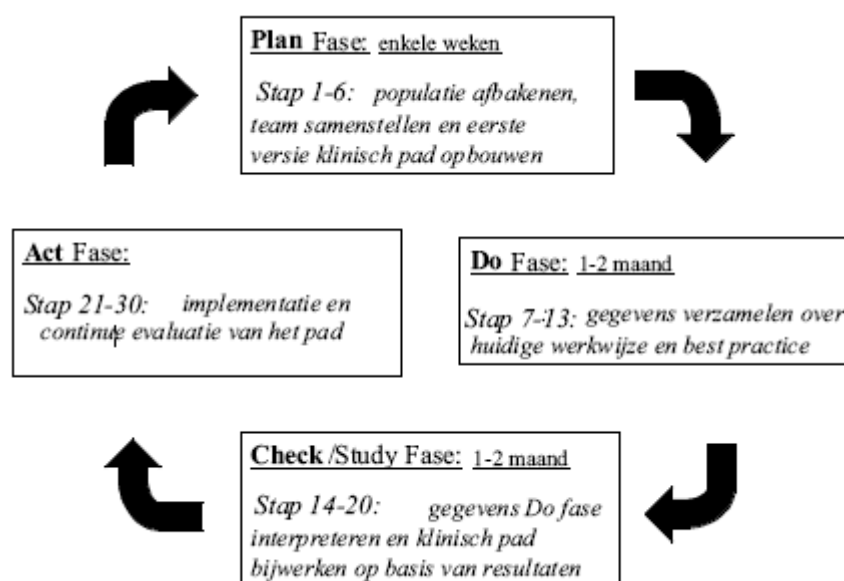
Zorgpaden brengen de wereld van de zorgprofessionals in overeenstemming met de wereld van de managers. De juiste zorg moet juist georganiseerd worden. Zorgpaden combineren de ideale zorg met de ideale organisatie. Daarom zijn zorgpaden specifiek voor de eigen organisatie. Het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een zorgpad is een veranderingsproces en wordt vaak gedaan volgens de Deming Cyclus (Plan-Do-Check-Act).

Het succes van dit veranderingsproces hangt grotendeels af van 4 factoren:

- 1) commitment van de leiding van de organisatie (top-down),
- 2) het eigenaarschap van de basis (bottom-up ownership),
- 3) de mate waarin een helder klinisch concept in de systemen van de organisatie wordt verankerd
- 4) de mate waarin op een systematische wijze het veranderingsproces wordt aangepakt (Vanhaecht & Sermeus., 2002).

Vanhaecht en Sermeus (2002) hebben hun 30 stappenplan ingedeeld over de vier fasen van de PDCA-cyclus (bijlage 8.1). Dit stappenplan is een leidraad voor teams die een klinisch pad op een systematische wijze willen bouwen en opvolgen.

Figuur 6. Plan-Do-Check-Act cyclus voor een zorgpad (VanHaecht & Sermeus, 2002)



2.3.2.1. *Zorgpaden in ziekenhuizen*

Zorgpaden kunnen worden toegepast binnen een individuele instelling, transmuraal en op het niveau van een gehele keten. Zij worden in toenemende mate binnen ziekenhuizen toegepast, maar nog nauwelijks transmuraal laat staan op het niveau van een gehele keten.

Onder een klinisch pad “hangen” meerdere (multidisciplinaire) protocollen en werkvoorschriften (Van der Boogaard, Speelman-ter Brugge & Van der hoeven, 2009). Toepassingen van zorgpaden zijn ondermeer te vinden in landen als USA, UK, België, Duitsland, Finland, Denemarken, Italië, Frankrijk, Australië, Nieuw-Zeeland, Japan, Korea en Singapore. Ook in Nederland werken veel ziekenhuizen met zorgpaden en zijn er verschillende ziekenhuizen aangesloten bij het Netwerk Klinische Paden, zoals Erasmus MC Rotterdam, Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Amphia ziekenhuis in Breda (Netwerk Klinische Paden). Voorbeelden van klinische paden binnen ziekenhuizen zijn heupstraten, cataractstraten, liesbreuk-express, galblaas-express en mammapoli's.

2.3.2.2. *(stuur) informatie*

Het klinisch pad is ook een middel om het eigen handelen te sturen, om de zorg te registreren en vooral om later analyses te verrichten naar de kwaliteit van zorg. In stap 19 van VanHaecht en Sermeus (2002) wordt vastgelegd hoe het klinische pad wordt aangestuurd, wie er verantwoordelijk is, wie welke rol heeft, de manier van rapporteren en wanneer er overlegd wordt (Zie bijlage 1).

Na het ontwikkelen van een klinisch pad worden er meerdere nametingen georganiseerd en wordt het effect van de implementatie geobjectiveerd. De gezondheidszorg is namelijk complex en dynamisch. Bij belangrijke wijzigingen dient het pad aangepast en geëvalueerd te worden.

Tijdens de ontwikkeling van het pad werden enkele doelstellingen geoperationaliseerd in meetbare indicatoren. Het is mogelijk dat de keuze van de indicatoren herzien zal worden en dat andere indicatoren in de toekomst opgevolgd zullen worden ter evaluatie van het pad. Het is belangrijk dat gegevens op een systematische wijze worden verzameld, verrijkt met de nodige vergelijkende gegevens en tijdig teruggekoppeld worden aan de klinische teams voor beoordeling en eventuele bijsturing van de zorg (VanHaecht & Sermeus, 2002).

2.3.3. *Samenvatting*

Organisaties kunnen meerdere strategieën volgen om tot een verandering te komen. Hierin is onderscheid te maken tussen twee benaderingen: de ontwerpaanpak (bijvoorbeeld Zorgpaden) en de ontwikkelaanpak (bijvoorbeeld ToC). Bij Zorgpaden gaat het om een plan om voor een bepaalde patiëntenpopulatie een totaalbenadering vanuit alle betrokkenen uit te werken. Het doel hiervan is efficiëntie en kwalitatieve zorg. Verondersteld wordt dat hierbij een top-down aanpak wordt gehanteerd en er weinig betrokkenheid van de werknemers is. De verandering is radicaal en wordt met een bekend einddoel geïmplementeerd. Er is hierbij sprake van statisch borgen en er worden dwang-, macht- en expertstrategieën gebruikt. Bij ToC wordt elke keer als de zwakste schakel gevonden is gezocht naar de nieuwe zwakste schakel. Hier wordt vaak bottom-up gewerkt en wordt het operationele niveau bij de verandering betrokken. De veranderingen vinden stapsgewijs plaats en het einddoel is niet bekend. Hierbij is sprake van dynamisch borgen en er worden overredingskracht en samenwerkingstrategieën gebruikt. Bij beide concepten gaat het om het optimaliseren van processen, wat uiteindelijk moet leiden tot doelmatigheid.

2.4. *Hypothetisch en conceptueel model*

In het eerste hoofdstuk van het theoretisch kader is de theorie over veranderen en verandermethodes uiteen gezet. Een belangrijke stap in het verbeterproces is het borgen van de verandering. Borging is het resultaat van het sturen op het verankeren in de dagelijkse praktijk, dit kan dynamisch of statisch. Uit de literatuur blijkt dat leiderschap hierbij essentieel is. Toch mislukken er verandertrajecten. Dit kan zijn doordat niet duidelijk is hoe er leidinggeven moet worden of dat de kennis niet in de praktijk gebracht wordt. Leiderschap is besproken in het tweede hoofdstuk van het theoretisch kader. Vele theorieën zijn over leiderschap geschreven, waarvan sommige als ‘plat’ worden beschouwd. In deze theorieën wordt geen rekening gehouden met de situatie waarin leiding moet worden gegeven. Er

moet sprake zijn van een fit van de manager met de situatie van de organisatie, de taak en de medewerker. Hierbij moet een leider flexibel zijn in taken en in verschillende situaties verschillende stijlen kunnen toepassen. In het derde hoofdstuk worden de twee benaderingen van een veranderstrategie behandeld. Hier gaat het om de ontwerpaanpak, met Zorgpaden als representant en de ontwikkelaanpak met de Theory of Constraints als representant. Beide benaderingen lijken een ander leiderschap bij het borgen van een verandering te vragen.

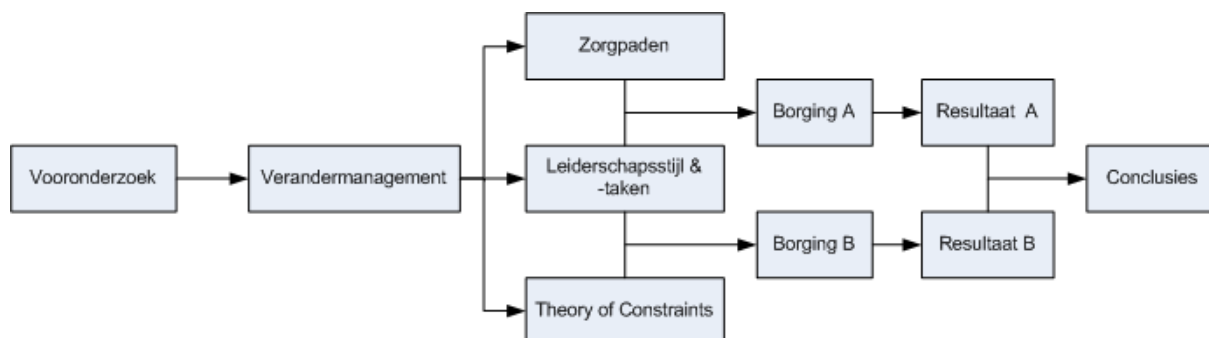
De theorie is verwerkt in onderstaand hypothetisch model, waarin tevens antwoord wordt gegeven op deelvraag 1 'Hoe passen Zorgpaden en ToC binnen de bestaande wetenschappelijke kennis over veranderen en borgen?' en deelvraag 2 'Hoe passen de elementen van leiderschap bij beide benaderingen van veranderen en borgen?'

Tabel 1. Hypothetisch model over de twee benaderingen

	Ontwikkelaanpak	Ontwerpaanpak
Veranderen	ToC	Zorgpaden
<i>Soort verandering</i>	Geplande verandering	Emergente verandering
<i>Vorm van veranderen</i>	Stapsgewijze verandering zonder vooraf opgesteld eindpunt	Radicale verandering met einddoel
<i>Doel</i>	Nadruk op efficiëntie en kwaliteit	Nadruk op efficiëntie, economische prestatie en kwaliteit
<i>Startsituatie</i>	Vanuit bestaande processen herontwerpen	Nieuw ontwerp
<i>Richting</i>	Probleemgericht	Oplossingsgericht
<i>Verandering doorvoeren</i>	Bottom-up	Top down
Borgen	Dynamisch borgen	Statisch borgen
<i>Aandacht voor</i>	Aandacht voor structuur, cultuur en individueel gedrag	Weinig aandacht voor leren binnen de organisatie
Leiderschap	Management faciliteert en deskundigen ondersteunen de verandering	Verandering geïnitieerd, gecontroleerd en gestuurd door het management
<i>Taak</i>	Motiveren van medewerkers	Informerend van medewerkers
<i>Sturing</i>	Ingezet vanuit het operationele niveau	Ingezet vanuit het management
<i>Aansturing</i>	Zelfsturing	Institutionele sturing
<i>Participatie</i>	Iedereen is betrokken	Weinig participatie door medewerkers
<i>Stijl</i>	Overredingskracht en samenwerkingstrategieën	Dwang-, macht- en expertstrategieën

In deze scriptie zal verder onderzocht worden hoe de elementen van leiderschap een rol spelen bij het borgen van een verandering ingezet door een ontwerpaanpak of een ontwikkelaanpak in de praktijk en of hier verschil tussen zit. De gevonden theorie is verwerkt in het volgende conceptueel model (Figuur 7).

Figuur 7. Conceptueel model



2.4.1. Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het exploreren van het conceptueel en hypothetisch model in de praktijk en daarmee het verkrijgen van inzicht in elementen die een rol spelen bij leiderschap bij borging van een verandering, ingezet door ToC of Zorgpaden.

In de methode wordt omschreven op welke manier het conceptueel model onderzocht is.

3. Methoden

In dit hoofdstuk worden de (keuzes van de) methoden van het onderzoek beschreven. Allereerst wordt beschreven hoe het literatuuronderzoek is gedaan. Daarna wordt er dieper ingegaan op de keuze voor kwalitatief onderzoek en hoe deze vorm van onderzoeken verder uitgewerkt is. Daarna is de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek besproken.

3.1. Literatuuronderzoek

In dit onderzoek is literatuur gebruikt om het theoretisch kader te scheppen, waaruit het verdere onderzoek is ontstaan. De literatuur voor het theoretisch kader is gezocht via Scholar van Google. Hier is gezocht op de (combinatie van) zoektermen verandermanagement, Theory of Constraints, zorgpaden, klinische paden, sturen, Kotter, Boonstra, implementatie, borgen en (situationeel) leiderschap. Op deze termen is ook in het Engels gezocht. Er is bij de gevonden literatuur gekeken in de referentielijst naar eventuele andere relevante literatuur (Snow-ball method). Voor dit onderzoek is de literatuur eerst geordend naar thema, vervolgens is het gescand op relevantie. Wanneer het als relevant is bestempeld, is het gelezen en vervolgens bestudeerd en verwerkt. Aan de hand van dit literatuuronderzoek is de probleemstelling geformuleerd.

3.2. Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek is te typeren als theoretisch, er wordt namelijk op basis van literatuuronderzoek een conceptueel en hypothetisch model ontwikkeld en deze wordt vervolgens geëxploreerd in de praktijk. Voor het exploreren van het conceptueel model, het beantwoorden van de probleemstelling en de bijbehorende deelvragen is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Hier is voor gekozen om hierbij de achterliggende gedachtes en motivaties beter te kunnen exploreren. Ook is hiervoor gekozen om voor veranderingen in de variabelen uit het conceptuele model een verklaring te zoeken.

Bij kwalitatief onderzoek staat het perspectief van de respondent centraal. De theorie uit het conceptueel model wordt met de praktijk vergeleken, hiervoor is het belangrijk dat de relatie tussen leiderschap, borgen en de gekozen benadering uitgediept en geëxploreerd wordt. Er zijn veel factoren die de elementen van leiderschap kunnen beïnvloeden en hiervoor is het belangrijk dat ook de context van de respondent meegenomen wordt. Om het conceptueel model met de praktijk te kunnen vergelijken staan de hoe en waarom vragen centraal, dit zijn open vragen en door het explorerende karakter van het onderzoek is kwalitatief onderzoek nodig. Tevens is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar leiderschap bij borging van beide benaderingen in ziekenhuizen, wat maakt dat er zo veel mogelijk informatie over moet worden verzameld. Deze kenmerken maken dat een kwalitatief design goed bij dit onderzoek aansluit.

3.2.1. Case study

Om een analyse te maken op de twee benaderingen is er gekozen om Zorgpaden en ToC te vergelijken, omdat dit veel gebruikte en bewezen representanten zijn van deze benadering. Voor de representanten zijn verschillende ziekenhuizen benaderd, omdat er maar een aantal ziekenhuizen met ToC werken. Omwille van de tijd is binnen de ziekenhuizen gekozen voor één afdeling, de case-study. Deze twee afdelingen zijn met elkaar vergeleken op basis van interviews over veranderen, leiderschap en borging. De case-study wordt voornamelijk gebruikt bij beschrijvend en exploratief onderzoek, waarbij de data vooral wordt verzameld door kwalitatief onderzoek en waarbij geen statistische samenhang tussen de kenmerken wordt berekend (Baarda en de Goede, 2001). Er werden twee cases onderzocht: Rivas Zorggroep met de Eerste Hart Hulp voor Zorgpaden en het Albert Schweitzer ziekenhuis met Interne geneeskunde voor ToC. Tijdens het onderzoek is echter gebleken dat de gekozen afdeling bij ToC geen resultaten had geboekt, hierdoor was het niet mogelijk

de borging van de resultaten te onderzoeken. Er is toen voor gekozen de afdeling Oncologie erbij te onderzoeken.

3.3. Dataverzameling

Er zijn verschillende vormen van kwalitatief onderzoek: open of halfgestructureerde interviews, (participerende) observaties, documentenanalyse, groepsgesprekken of focusgroepen. In dit onderzoek is gekozen voor het houden van één-op-één interviews. Dit biedt de mogelijkheid zo veel mogelijk informatie van de verschillende actoren te verkrijgen en de achterliggende gedachtes en motivaties in kaart te brengen.

Er is gekozen voor halfgestructureerde interviews. Hierbij is vooraf een onderwerpenlijst gemaakt naar aanleiding van het theoretisch kader en wordt de volgorde van de onderwerpen vastgelegd (Zie bijlage 3). Er zijn vooraf geen vragen geformuleerd en geen antwoordcategorieën gemaakt, waardoor het open vragen zijn en er zo veel mogelijk informatie kon worden vergaard. Om de gedachtes over de verschillende onderwerpen tussen de respondenten te kunnen vergelijken zijn de inhoud en de structuur van het interview wel vastgelegd. De topiclijst is opgesteld aan de hand van de deelvragen en het theoretisch kader. Er is de respondenten gevraagd naar hun gedachtes en ervaringen in de praktijk met betrekking tot leiderschap, borging en veranderen. Ook is op onderwerpen die de respondenten zelf benoemden (en dus belangrijk vonden) doorgevraagd.

3.4. Onderzoekssetting

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden worden er een analyse gemaakt van twee cases van twee verbetermethodes die representanten zijn van de twee benaderingen (ontwerp- en ontwikkelaanpak), namelijk de afdeling interne en oncologie van de Theory of Constraints en de Eerste Hart Hulp van Zorgpaden.

De instelling die benaderd wordt voor het onderzoek naar Zorgpaden is het Beatrixziekenhuis, onderdeel van Rivas Zorggroep. Dit is gedaan omdat hier stage werd gelopen. Verder is voor het onderzoek naar ToC het Albert Schweitzerziekenhuis benaderd, hiermee werkt Rivas samen op bepaalde gebieden.

3.4.1. Het Beatrixziekenhuis

Het Beatrixziekenhuis (verder BZ) is een regionaal perifeer ziekenhuis gevestigd te Gorinchem, met een poliklinische dependance in Leerdam. Het BZ maakt deel uit van een ketenorganisatie met bijna alle vormen van zorg. Rivas Zorggroep biedt onder andere medische zorg, verpleging, persoonlijke verzorging en huishoudelijke zorg, ziekenhuiszorg, jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk. Rivas Zorggroep werkt volgens het Planetree-zorgconcept. Planetree staat voor belevingsgerichte zorg waarbij de cliënt voorop staat met als doel het verbeteren van de zorg en het welzijn vanuit het perspectief van de cliënt. Het BZ wil de patiënten goed en snel helpen.

Een van de vijf waarden van Rivas is doelmatigheid. Om dit te bereiken werken zij veel met zorgpaden. Er zijn door de stagebegeleider vanuit het Rivas een aantal voorstellen gedaan voor verbetertrajecten gestuurd door Zorgpaden die meegenomen konden worden in het onderzoek, waaronder de Eerste Hart Hulp. Er is gekozen voor de Eerste Hart Hulp (EHH), omdat dit een succesvol en afgerond project is. Naast de energie die men steekt in het verhogen van de efficiëntie en de doelmatigheid speelt tevens een project genaamd 'werkgeverschap 2010', waar leiderschap een grote rol in speelt. Dat maakt het voor Rivas relevant dit onderzoek te doen.

3.4.2. Het Albert Schweitzerziekenhuis

De instelling die benaderd is voor het onderzoek naar Theory of Constraint is het Albert Schweitzerziekenhuis (verder ASz) te Dordrecht (met nevenlocaties in Zwijndrecht en Sliedrecht). Het ASz is een modern ziekenhuis dat klinische zorg van topniveau én (basis)zorg dicht bij mensen levert.

In november 2009 is het ziekenhuis begonnen met de implementatie van de Theory of Constraints. Één voor één stappen alle specialismen en klinische afdelingen binnen het ziekenhuis over op het nieuwe systeem.

Doordat de stage bij Rivas Zorggroep leidend is, werd er een voorstel geschreven om het onderzoek te doen op een afdeling binnen het Albert Schweitzerziekenhuis. Er waren twee verpleegafdelingen die mee wilde doen: Interne geneeskunde en Oncologie.

3.5. Respondenten

De respondenten die benaderd zijn, bevinden zich in twee lagen van het ziekenhuis. Dit om het leiderschap bij het borgen van veranderingen ingezet door ToC en Zorgpaden te exploreren op voornamelijk het operationeel niveau. Daarnaast zijn de projectleiders benaderd. Verder is gebruik gemaakt van de snowball-methode. Hierbij is in kaart gebracht wie zich allemaal met het project bezig hielden en er is geprobeerd om alle mensen te interviewen. Voor het aantal te interviewen respondenten is in verband met de tijd een maximum van 10 aangehouden. De tijd die aan een interview besteed wordt is ongeveer een uur.

Voor het onderzoek is bij het BZ op de afdeling cardiologie een medisch specialist (de initiator, een cardioloog), een teamleider, een programmamanager en een verpleegkundige geïnterviewd. Er is voor deze respondenten gekozen omdat zij allemaal te maken hebben met het sturen van professionals bij zorgpaden, waarbij de één gestuurd wordt en de ander stuurt. Op deze manier worden verschillende invalshoeken belicht. In het Asz zijn de projecteigenaar, de projectleider (die tevens beleidsmedewerker en expert is), twee teamleiders (interne geneeskunde en oncologie) en een verpleegkundige geïnterviewd.

In verband met wisseling van functie zijn de medewerkers op de SEH van het Beatrixziekenhuis, die ook met het Eerste Hart Hulp project te maken hadden, niet geïnterviewd. De Raad van Bestuur, management en Medisch Specialisten zijn niet geïnterviewd, omdat het onderzoek gericht is op het operationele niveau. Toch bleek om een heel project in kaart te brengen 10 respondenten ook weinig, maar in verband met de tijd is dit niet uitgebreid.

3.6. Data-analyse

De interviews zijn opgenomen en daarna letterlijk uitgetypt om geen belangrijke indrukken verloren te laten gaan. De uitgetypte interviews worden gecodeerd aan de hand van het conceptueel model, onderzoeksvragen en de topic-lijst. Deze codes dienden als input voor de data-analyse. Naar aanleiding van de codering is de data gesorteerd om zo een antwoord te kunnen geven op de afzonderlijke deelvragen. Hiervoor worden de drie belangrijkste begrippen (veranderen, borgen, leiderschap) als categorieën aangehouden en per methode zijn deze begrippen uitgewerkt. Hierbij is gekeken naar overeenkomsten, verschillen en opvallende punten tussen de beide cases en de verschillende respondenten. Aan de hand van de antwoorden op de deelvragen wordt antwoord gegeven op de probleemstelling en is het theoretisch kader in de praktijk geëxploreerd.

3.7. Betrouwbaarheid en validiteit

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de validiteit en de betrouwbaarheid van de data en het onderzoek besproken. De gegevens die verzameld worden moeten voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria, namelijk de betrouwbaarheid en de validiteit.

3.7.1. Betrouwbaarheid

Bij betrouwbaarheid gaat het erom of bij herhaling van het onderzoek dezelfde resultaten worden gevonden. In kwalitatief onderzoek gaat het om de consistentie van de antwoorden. Ook kunnen de antwoorden gebiased worden door sociale wenselijkheid of terughoudendheid met kritiek. De betrouwbaarheid in dit onderzoek is gewaarborgd door de thema's en structuur van het interview vooraf vast te stellen en één respondent tegelijk te interviewen. Ook is er doorgevraagd op

onderwerpen die 'lastig' zijn voor de respondent en er is bij het interview aangegeven dat het geen controle is om toch een goed inzicht te verkrijgen. Ook is er voor transparantie gezorgd door de interviews op te nemen, volledig uit te schrijven en in de resultatensectie te werken met citaten.

3.7.2. Validiteit

De validiteit is de mate waarin de metingen overeenkomen met de werkelijkheid. Dit is gewaarborgd door de Snowball-methode te gebruiken en te proberen alle belangrijke mensen over een onderwerp te spreken. Verder staat validiteit voor generaliseerbaarheid, wat niet het doel is van dit onderzoek. Het gaat om de fit van het leiderschap binnen het gekozen veranderingstraject en de organisatie. Dat maakt het lastig om de uitkomsten te vertalen naar andere ziekenhuizen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. De drie belangrijkste begrippen veranderen, borgen en leiderschap staan hierin centraal en er wordt antwoord gegeven op de derde, vierde en vijfde deelvraag. Er zal één paragraaf aan de case van Zorgpaden en één paragraaf aan de cases van ToC worden gewijd. Daarna wordt de analyse gemaakt tussen de twee cases. Dit resulteert in overeenkomsten en verschillen, welke worden vergeleken met de theorie (deelvraag vijf). Citaten worden *cursief* aangegeven.

4.1. Zorgpaden

Als case bij Zorgpaden is de Eerste Hart Hulp project gekozen. Deze case wordt in de volgende paragraaf nader besproken. In deze paragraaf wordt de aanleiding, projectgroep, doelen en resultaten, implementatie, borgen en leiderschap in de praktijk van de Eerste Hart Hulp besproken.

4.1.1. Aanleiding

Patiënten die binnenkomen met hartklachten worden aan de hand van hun klachten volgens een bepaald protocol geholpen. De patiënten die volgens het Eerste Hart Hulp protocol (Zie bijlage 3) worden behandeld komen vaak binnen via de huisarts of Spoedeisende Hulp (SEH). Het doel van het EHH protocol is snel diagnostiek en hierdoor de kwaliteit van zorg voor de patiënten te verbeteren.

De aanleiding voor het Eerste Hart Hulp project was dat aan het eind van het weekend de afdeling cardiologie vol lag met patiënten die nog een fietstest op de functieafdeling moesten krijgen om te onderzoeken of zij hartproblemen hadden of niet volgens het Eerste Hart Hulp protocol. Het protocol werkte dus wel, maar de logistiek verliep niet optimaal. Er is toen voor gekozen om een Eerste Hart Hulp project op te starten voor het ontwikkelen van een efficiëntere logistiek voor de Eerste Hart Hulp protocolpatiënten.

4.1.2. Projectgroep

Om het ontwikkelen van de Eerste Hart Hulp afdeling (EHH) in goede banen te leiden is een projectgroep opgezet. In deze projectgroep heeft iedereen zijn eigen rol. De betrokkenen in de projectgroep zijn:

- Cardioloog, Initiator die het contact onderhoudt met de maatschap Cardiologie, Medische Staf en Raad van Bestuur.
- Programmamanager die voor de kwantitatieve gegevens zorgt die hij verwerkt in een business case, om vervolgens aan te bieden aan het management.
- Teamleider van de kliniek, tevens projectleider, om de praktische zaken te regelen. Hij is later ingestroomd, toen het project al gestart was.
- Verpleegkundige/zorgcoördinator die de trainingen heeft geregeld
- Arts en Teamleider van de SEH

In de structuur van het Beatrixziekenhuis is het opgedeeld in bedrijven. In het organogram valt het project onder het klinisch bedrijf. In het EHH project ligt de verantwoordelijkheid laag in de organisatie, voornamelijk op het operationele niveau. Dit omdat het een klein project is. Wel is het voorstel ter goedkeuring naar het management gegaan.

4.1.3. Doelen en resultaten

Voordat de EHH van start ging zijn er een aantal problemen gesignaleerd:

- De gemiddelde ligduur van de EHH patiënten in de kliniek is te hoog;
- De patiënten zijn doorgaans te lang op de SEH, de doorstroom is te laag

Om deze problemen op te lossen is de EHH ontwikkeld met als doel adequatere dienstverlening aan te bieden aan een specifieke groep cardiologiepatiënten en efficiëntere bedrijfsvoering voor verschillende onderdelen van het Beatrixziekenhuis (kliniek, SEH, functieafdeling). Dit verhoogt de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

De behaalde resultaten zijn een gerealiseerde EHH-kamer met vier bedden en een fietskamer met ergometer. Ook is er ligduurverkorting bereikt en wordt er doelmatiger gebruik gemaakt van de bedden, SEH en functieafdeling. Dit vergroot de kwaliteit voor de patiënt. Zij weten sneller hun diagnose en kunnen hierdoor vaak sneller naar huis.

4.1.4. Implementatie van Zorgpaden

Om de problemen op te lossen en voor de patiënt en organisatie een efficiënter traject te creëren werd de afdeling EHH ontwikkeld. Er was al eens een eerdere poging gedaan, maar deze is vast gelopen op te weinig daadkracht.

Bij de tweede poging was de projectgroep wel enthousiast alleen werd er door veel verschillende mensen aan gewerkt en was er geen eenduidige lijn. Hierdoor is de programmamanager bij het project betrokken geraakt. Hij zegt hierover:

'Iedereen was al enthousiast aan de slag aan gedaan, er lagen dus al veel brokstukken. Ik hoefde niet echt veel nieuwe informatie te zoeken. Ik werd geroepen omdat er niet echt een leider was die een lijn uit zette.'

De cardioloog kon niet altijd aanwezig zijn bij de overleggen en een teamleider cardiologie was er op dat moment niet. De programmamanager heeft toen de projectgroepbijeenkomsten voorgezeten. Hij heeft een business case geschreven met de kosten en opbrengsten. Deze case is daarna door de cardioloog aangedragen bij de Raad van Bestuur en de Medische Staf. Vrijwel iedereen was enthousiast, de teamleider zegt hierover:

'De besluitvorming was ook niet zo spannend, maar een heel goed verhaal. De mensen worden sneller geholpen en gericht actie kan worden ondernomen. De ligdagen gaan daardoor naar beneden. Daar is iedereen natuurlijk voorstander van. Het gericht helpen was het directe effect van de eerste hart hulp, het indirecte effect van de ligdagen gaan naar beneden. Dat maakt het een goed verhaal.'

Nadat er een 'go' was van de Medische Staf en Raad van Bestuur kon er begonnen worden met de ontwikkeling en implementatie. Vervolgens is er een implementatieplan geschreven met daarin een tijdslijn en een protocol, is er begonnen met trainen van de verpleegkundigen en werd de EHH-kamer in orde gemaakt. Tijdens dat traject is er low-profile gestart met het draaien van de EHH om er kennis mee te maken. Dat heeft een aantal maanden geduurd en daarna is de EHH op volle toeren gaan draaien. Hierdoor kwam het probleem naar boven van het reserveren van vier lege bedden voor Eerste Hart Hulp patiënten, terwijl er andere cardiologie patiënten naar andere ziekenhuizen werden verwezen vanwege 'afdeling vol'. Hierdoor moest de werkwijze worden bijgestuurd.

Het is een constant proces bij evalueren en verbeteren. Dit werd ook door de verpleging aangeven:

'Regelmatig evalueren, ook met het team. En voor de rest is het natuurlijk ook wel zo, ik werk ook op de EHH, ik zie ook dingen die anders kunnen of moeten. En in overleg wordt dat dan opgepakt.'

Na de implementatiefase die begin 2009 heeft plaatsgevonden is men begonnen met het verankeren in de dagelijkse praktijk (oftewel borgen).

4.1.5. Borgen bij Zorgpaden

Na het samenstellen van de projectgroep en het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan wordt het EHH project geborgd. Dit betekent dat het geen project meer was. Volgens de teamleider heeft borging plaatsgevonden als het onderdeel is geworden van het continuüm en de dagelijkse werkzaamheden. Dat is volgens hem het ultieme doel. Dit betekent niet dat er niet meer bij wordt gestuurd, het is een vorm van dynamisch borgen, waarbij borging wordt bereikt door continue verbetering.

Na het low-profile draaien was het EHH-project geen project meer en is de projectgroep uit elkaar gegaan. De cardioloog en teamleider bleven en blijven onderling contact houden om te evalueren hoe het met de EHH gaat. Heel 2009 is nog gebruikt om het EHH project door te ontwikkelen. Op dit moment worden er nog onderdelen van het Zorgpad geëvalueerd en verbeterd. Zo worden er soms nog problemen vanuit het team aangedragen waarop gereageerd moet worden. Ook blijft het lastig de doorstroom vanuit de SEH te reguleren, door de wisselende artsen en het ontbreken van een teamleider. Bij de SEH moet het protocol ook in de dagelijkse praktijk verankerd worden en moet het groeien. Je bent dus afhankelijk van andere afdelingen. De teamleider zegt hierover:

'De SEH zorgt voor de aanloop naar de Eerste Hart Hulp. Als er nieuwe artsen lopen, zijn die nog niet zo met de protocollen bekend, en dan stagneert de aanloop, en dan kan het zijn dat er mensen naar de EHH worden gestuurd die daar niet horen, of dat er juist te weinig mensen worden gestuurd.'

In het theoretisch kader zijn een aantal faal- en succesfactoren beschreven om een verandering te kunnen borgen (Grol & Grimshaw, 2003). Er is gekeken welke succesfactoren aanwezig zijn bij het Eerste Hart Hulp project;

Visie en doelstellingen	Vurige wens van de maatschap met doelstellingen
Commitment van medewerkers	Gerealiseerd door communicatie en participatie
Kartrekker	Twee kartrekkers; teamleider en cardioloog
Informatie over behaalde prestaties	In teamoverleg
Ondersteuning	Door andere diensten zoals functieafdeling
Aandacht voor motivatie	Door communicatie en participatie
Decentralisatie van verantwoordelijkheden	Verpleegkundigen krijgen veel vrijheid

Bij het EHH project wordt aan de genoemde succesfactoren voldaan. Dit maakt deels dat het een succesvol traject is geweest. Dit is ook terug te zien in de resultaten en de meningen van de actoren. De teamleider zegt hierover:

'In 2009 was het project klaar, nu zijn we blij, het is onderdeel geworden van ons normale werk, toen hebben we een feestje gegeven. Heel leuk was dat.'

4.1.6. Stappen van Kotter en de Eerste Hart Hulp

Kotter heeft in zijn acht-stappenplan verschillende stappen besproken die moeten worden doorlopen voor het bereiken van een succesvolle verandering:

1. Creëren van een gevoel van urgentie	Cardioloog heeft het geïnitieerd en gevoel van urgentie opgewerkt bij teamleider, Medische Staf en RvB
2. Een leidende coalitie tot stand brengen	Er is een projectgroep tot stand gekomen, welke door middel van een businesscase draagvlak bij de Medische Staf en RvB hebben gecreëerd
3. Ontwikkel een visie en een strategie	De projectgroep heeft een implementatieplan ontwikkeld en hierin een visie en een strategie beschreven
4. Communicatie van de nieuwe visie en strategie;	Dit plan, met bijbehorende visie en strategie hebben zij gecommuniceerd met alle actoren
5. Veranderingen tot stand brengen	De implementatie heeft plaatsgevonden
6. Korte termijn winsten opwekken	Ze zijn low-profile begonnen met draaien en zagen daardoor al snel een verbetering in de logistiek
7. Consolideren van verbeteringen en het produceren van meer verbeteringen	Heel 2009 is gebruikt om te verbeteren en optimaal te kunnen draaien
8. Het verankeren van de veranderingen in de organisatiecultuur	De projectgroep is uit elkaar. Door informeren en betrekken van verpleegkundigen zijn ze gewend aan de manier van werken. Door per dag iemand verantwoordelijk te maken voor de afdeling is hij verankerd.

In de gesprekken over het eerste Hart Hulp project zijn alle acht stappen en de volgorde duidelijk terug te zien. Dit maakt het een succesvol traject. De teamleider zegt hierover:

‘ De EHH is iets dat loopt nu, dat gebeurt en dat is ook kwaliteit, maar dat moet ook groeien en inslijpen en in de aandacht blijven.’

Kotter gaf ook aan dat leiderschap bij deze stappen erg belangrijk is. Dit zal verder worden uitgewerkt in de volgende paragraaf.

4.1.7. Leiderschap in de praktijk

In de volgende drie subparagrafen zullen de taken van een leider; de leiderschapsstijl en de factoren van een leiderschapsstijl bij het veranderen en borgen van dit op Zorgpaden gebaseerde project worden besproken.

4.1.7.1. Taken van een leider bij Zorgpaden

Uit de gesprekken over de EHH is gebleken dat er verschillende taken zijn voor een leider, zoals het regelen van de praktische zaken, motiveren/wegnemen van weerstand en informeren/communiceren. Bij de EHH was er sprake van één leider en één initiator, die beiden op het operationele niveau acteerden.

Cardioloog

De cardioloog heeft het project geïnitieerd en had contact met de Raad van Bestuur en Medische Staf en zorgde ervoor dat ze toestemming kregen om het project te starten. Dit heeft hij gedaan door ze het business plan voor te leggen en ze te informeren. Hierop kwam weerstand vanuit de andere maatschappen:

'Maatschappen kijken wel heel erg naar elkaar, en vergelijken en dan zeggen ze, ja die maatschap heeft een enthousiasteling gevonden en die gaat het even doordouwen en hun inkomsten gaan weer omhoog, en hoe zit dat dan? Cardiologen hebben wel een beetje die naam ontwikkeld, niet alleen binnen het ziekenhuis maar overal. Ze brengen slimme dingen om ook gewoon hun inkomsten goed te regelen, en dat door je door veel patiënten goed en snel te helpen, dbc's scoren. Dat is weerstand op ander niveau. Op directie en medische staf niveau.'

Door te laten zien dat het veel kwaliteit voor de patiënt opleverde en het een goed verhaal is, nam deze weerstand af. De taken van de cardioloog bij het veranderen zijn dus vooral het initiëren en het informeren geweest. Bij het borgen van de verandering speelt de cardioloog een minder grote rol. Zijn rol is voornamelijk het meedenken over dingen die eventueel nog verbeterd kunnen worden, vanuit de kliniek, maar ook vanuit de SEH.

Nadat het voorstel is goedgekeurd zijn de praktische zaken geregeld door de teamleider in samenwerking met de zorgcoördinator (zoco). Ook heeft de teamleider zijn team geïnformeerd en gemotiveerd.

Teamleider

De praktische zaken die geregeld moesten worden zijn bijvoorbeeld de training van de verpleging, de fietskamer die in orde moest worden gemaakt en de kamer met vier bedden die geregeld moest worden. Deze taken heeft de teamleider samen met de zoco uitgevoerd. De zoco kreeg hierbij veel vrijheid van de teamleider. Er moest hiervoor ook samengewerkt worden met andere afdelingen. De teamleider zegt hierover:

'Er moesten ook contacten zijn met bijvoorbeeld de schilder en de MID, medisch instrumentele dienst en ook de inkoop. Je kan niet zo maar een medisch apparaat er neer zetten. De MID komt dan om het te keuren, die gaat het opnemen in hun onderhoudsbestand en de apparatuur installeren en werkbaar opleveren. Al die diensten zijn er bij betrokken.'

Dit vond voornamelijk achter de schermen plaats en om dit alles te realiseren heeft de teamleider vaak achter dingen aangezet en compromissen gesloten:

'Je moest er boven op zitten, achteraanjagen, je moet het zelf je eigen probleem maken. Het is gewoon jouw probleem en als het niet lukt heb jij een probleem. Dat heb ik mezelf voorgenomen. Ik ben hier leidinggevende, blijkbaar hoort het erbij dat ik dit regel, dus ik regel het ook. Ik haal alles uit de kast om dat te doen.'

Het doordouwen van het plan heeft de teamleider gedaan door door te pakken in de projectgroep. De eerste keer was het plan mislukt, maar door er achter aan te blijven zitten is het uiteindelijk toch geslaagd. Hierna is er low-profile gestart met het werken met de Eerste Hart Hulp en daardoor is laten zien dat het werkt.

In het begin van een project ontstaat er altijd weerstand. Er moet extra tijd in worden gestoken om aan alles te wennen en met alles te leren werken, waar mensen vaak niet gemotiveerd voor zijn. Dit heeft de teamleider aangepakt door de verpleging te informeren en hun erbij te betrekken. Hij heeft hen laten weten wat er gaat gebeuren en wat dat voor hen betekent.

'Dat is gewoon communiceren erover tijdens de werkoverleggen en bijvoorbeeld een klein stukje in de nieuwsbrieven over het Eerste Hart Hulp project: Nieuwe start, dit wordt gedaan, dat wordt gedaan, heel helder, structuur in een klein stuk tekst. Dat is het begin, mensen lezen dat even. Na een paar weken hebben we een uitgebreid plan. Iedereen krijgt dat plan en wordt tijdens het werkoverleg besproken. Iedereen gaat geschoold worden, wat gaat het inhouden, we moeten klussen op de afdeling, er gaan bedden tijdelijk dicht, noem maar op.'

Hierbij heeft hij rekening gehouden met de manier van denken door de verpleegkundigen:

'Verpleegkundigen denken altijd in de praktijk en aan de patiënt. Dat moet ook vanuit hun vak, en dat is een goede eigenschap, dus die informatie moet je op die manier afstemmen.'

Tevens heeft hij hen de ruimte gegeven om mee te denken en het project te bediscussiëren, omdat het hun manier van werken betreft.

Als er toch weerstand optrad ging hij met de verpleegkundige in gesprek en op zoek naar een oplossing die aan beide kanten werkt. Dit gebeurde bijvoorbeeld bij de fietstraining, die extra tijd van de verpleegkundigen vergt en waar ze onzeker over kunnen zijn doordat ze een aantal weken geen fietstest hebben afgenomen. De weerstand om de training te volgen heeft hij opgelost door ze te begeleiden en met ze te praten:

'Aan de ene kant is het een keer praten en begeleiden en mensen inzicht geven van wat is nou echt de bedoeling, maar ook iemand het gevoel geven dat het een reëel punt is dat ze zegt. Als het niet reëel is moet je ook daar op sturen, zo van het is niet waar wat je zegt, einde discussie. Maar in dit geval van training, het zijn verpleegkundigen, dus ook professionals, dus die moet je ook zo benaderen. Je kan niet zeggen doe dit en tot ziens, ik kom straks kijken of het klaar is. De mensen moeten het echt kunnen, ze hebben een vak geleerd en moeten zich goed voelen en zeker voelen bij iets wat ze gaan doen.'

Om de problemen van de onzekerheid over de fietstesten op te lossen heeft hij afspraken gemaakt met de functieafdeling, daar kunnen de verpleegkundigen terecht om te oefenen met de fietstest als zij zich onzeker voelen. Ook bij de functieafdeling trad eerst weerstand, omdat zij niet vanaf het begin af aan bij het project betrokken werd. De teamleider zegt hierover:

'We hebben natuurlijk een functie afdeling en ze doen daar ook fietstesten volgens afspraken. Zij hebben dus een heel programmaatje. Elke ochtend worden er dus bijvoorbeeld 5 fietsentesten gedaan. Met hun hebben we dus afspraken gemaakt. Dit begon ook weer lastig, daar kwam ik achter. Die waren in het begin van het traject er niet bij betrokken en die keken een beetje van een afstandje, zo van wat zijn zij nou aan het doen en we worden er niet bij betrokken dus zoeken ze het maar uit ook. Dus ik moest wel een beetje lijmen daar en een beetje de bedoeling schetsen.'

Door te informeren en uit te leggen heeft de teamleider ook de weerstand bij de functieafdeling weggenomen.

Borgen

De teamleider heeft er voor gezorgd dat de manier van werken tussen de oren van de medewerkers kwam door hen te informeren en hun suggesties serieus te nemen. Om de verandering structureel te laten worden in de dagelijkse praktijk heeft hij er voor gezorgd dat hij de fietstraining op de functieafdeling achter de hand heeft, mochten de verpleegkundigen zich onzeker voelen. Door low-profile te starten konden ze wennen aan de manier van werken en er vragen over stellen.

Tevens is het rooster aangepast en staat er standaard iemand op de Eerste Hart Hulp kamer, die zich alleen daarmee bezig hoeft te houden. Dit wordt steeds afgewisseld, om iedereen er mee in aanraking te laten blijven komen. Ook wordt er nog steeds geëvalueerd en is er ruimte voor verbetering door de verpleegkundigen. De verpleegkundigen zijn gewend aan de manier van werken en zien het als onderdeel van hun dagelijkse praktijk. Als er vragen en opmerkingen zijn is er nog steeds ruimte voor om die in te brengen. Op de afdeling is de Eerste Hart Hulp dus goed geborgd, er wordt nog steeds aan de vooraf gestelde doelen en juiste wijze gewerkt.

Op de andere afdelingen waarmee samengewerkt moet worden is dit minder het geval, bijvoorbeeld door het ontbreken van een leider op de SEH. De SEH zorgt voor de toestroom op de Eerste Hart Hulp. De teamleider geeft aan dit niet te kunnen verbeteren:

'Dat is lastig nu er geen teamleider is. Ik schakel zelf via teamleiders of eventueel via zoco's maar ga natuurlijk niet zelf naar andere teamleden toe om verandering of vernieuwing te brengen want dan kom ik in iemand anders vaarwater. De vacature is een aantal maanden open en dat is wel een obstakel.'

Raad van Bestuur/management

De Raad van Bestuur en het management hebben in overleg met de cardioloog de business case goedgekeurd. Zij hebben dus vooral bijgedragen aan de besluitvorming en hebben de EHH daarmee gefaciliteerd. De implementatie is gedelegeerd naar het operationele niveau.

Conclusie taken van een leider

De belangrijkste taak van een leider bij het implementeren van het Eerste Hart Hulp project is informeren en daardoor weerstand wegnemen. Dit is door de cardioloog en teamleider gedaan. Daarnaast heeft de teamleider achter de schermen de praktische zaken doorgedrukt. Hierdoor is de Eerste Hart Hulp geïmplementeerd. Tijdens het low-profile draaien is er ruimte gegeven aan de verpleegkundigen voor vragen en opmerkingen. Ook konden zij door het low-profile draaien wennen aan de manier van werken. Daarnaast is het rooster aangepast. Dit heeft er voor gezorgd dat de manier van werken in de dagelijkse praktijk verankerd is.

4.1.7.2. Leiderschapsstijl bij Zorgpaden

Bij het uitvoeren van de hiervoor besproken taken hoort een bepaalde leiderschapsstijl. Uit het theoretisch model zijn vier leiderschapsstijlen te destilleren; steunen, coachen, delegeren en leiden.

De cardioloog heeft het project geïnitieerd door de goede mensen bij elkaar te zetten en de Raad van Bestuur en de Medische Staf geïnformeerd. Dit is een steunende stijl. Hij heeft de actoren voorzien met informatie, waarna zij de beslissing hebben genomen.

Uit het gesprek met de teamleider blijkt dat hij zijn leiderschapsstijl ten aanzien van de verpleegkundigen benoemd als coachend. Toch geeft hij aan dat hij ze weinig stuurt, maar wel veel ondersteunt. Volgens Hersey en Blanchard zou het dus een steunende leiderschapsstijl zijn. De teamleider ziet zijn taak als iemand die de verpleegkundige faciliteert, want zij weten het best hoe zij hun taken moeten uitvoeren. Bij de borging gaat het om een meer coachende stijl. De teamleider laat de verpleegkundigen hun werk doen, maar wel op de door hem gestelde voorwaarden, bijvoorbeeld door het aanpassen van het rooster.

Ten aanzien van de praktische zaken die de teamleider moest regelen geeft hij aan dat het vooral om doorpakken gaat. Hierbij gaat het vooral om de delegerende stijl en gaf de teamleider aan wat er gebeuren moest aan de betrokken afdelingen en aan de zoco, die de taak daarna gingen uitvoeren.

De teamleider vertoont dus tijdens het Eerste Hart Hulp project voornamelijk de steunende en de delegerende leiderschapsstijl. Dit is bij het borgen van de verandering niet anders. Hierbij worden geen praktische zaken geregeld, maar ten aanzien van de verpleegkundigen is zijn steunende rol hetzelfde.

4.1.7.3. Factoren die een rol spelen liggen bij de leiderschapsstijl

Uit het literatuuronderzoek kwamen drie groepen elementen naar voren die een rol kunnen spelen een leiderschapsstijl: persoonskenmerken, taakkenmerken en organisatiekenmerken.

Uit de gesprekken kwamen verschillende elementen naar voren:

* De taak werd als belangrijke factor die invloed op de leiderschapsstijl heeft benoemd. Vooral het doel wat bij de taak hoort is van invloed op de manier waarop leiding wordt gegeven.

* Hieraan gekoppeld hoor de tijd die voor de taak staat. Bij de EHH was de eerste poging mislukt, wat maakte dat er meer tijdsdruk achter de tweede poging zat. Hierdoor werden de praktische zaken doorgedrukt.

* Kenmerken van de medewerker zijn belangrijk. Competentie, motivatie, maar ook het gevoel bij de competentie spelen een rol bij de manier van leidinggeven. De leider past zijn manier van leidinggeven aan op de kenmerken van de medewerker. Medewerkers die zich onzeker voelen, maar het wel kunnen, ondersteunt hij meer dan medewerkers die zich niet onzeker voelen.

* Kenmerken van de leidinggevende kwamen ook uit de gesprekken naar voren. Zo benadert de leidinggevende de medewerkers als professionals en betreft hij ze bij het proces. Tevens maakt hij van de problemen zijn problemen om betrokken te blijven. Dit zijn geen dingen die elke leidinggevende doet en dus kenmerkend.

* De structuur hangt samen met de kenmerken van de medewerker. Binnen de organisatie liggen de verantwoordelijkheden laag en als een medewerker goede competenties heeft krijgt zij veel vrijheid. Tevens hangt dit samen met de omvang van de taak.

De cultuur en de maatschappelijke ontwikkelingen komen niet duidelijk in de gesprekken naar voren, maar uit observatie blijkt dat de open en informele cultuur van Rivas Zorggroep wel een rol speelt bij de manier van leidinggeven. Ook de teamleider geeft aan dat er vaak informeel wordt gesproken over beslissingen en projecten.

4.2. ToC

In deze paragraaf wordt de aanleiding, projectgroep, doelen en resultaten, implementatie, borgen en leiderschap in de praktijk van de twee afdelingen van ToC besproken. In eerste instantie zou er één afdeling worden besproken, maar doordat er de afdeling geen resultaten werden geboekt (en deze dus niet geborgd konden worden) is er nog een andere afdeling onderzocht.

4.2.1. Aanleiding

De aanleiding om met ToC te gaan werken was dat het Albert Schweitzerziekenhuis erg in de rode cijfers stond. De bedrijfsvoering moest verbeterd worden om daar uit te komen. Toen is er door de Raad van Bestuur informatie ingewonnen over de manieren om de bedrijfsvoering te verbeteren. Er is een analyse gemaakt van het ziekenhuis en hieruit kwam dat er een afdeling gesloten kon worden. Deze afdeling was het daar niet mee eens en de artsen stonden achter de beslissing om de afdeling niet te sluiten. Vervolgens werd er door de RvB gesteld dat de mensen zelf met een oplossing moest komen. Hierdoor is iemand met het idee van ToC gekomen. Dit is besproken op management niveau en vervolgens is besloten om met ToC te gaan werken

Een verbetering in de bedrijfsvoering zou tot gevolg hebben dat er meer productie gedraaid kon worden en uiteindelijk tot meer geld zou leiden. Tevens zorgt ToC voor verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg. Een teamleider zegt hierover:

‘Je wilt ook dat het proces van de patiënt zo soepel mogelijk verloopt. Het is niet wenselijk dat een patiënt een week wacht op een opname. Het is een stuk efficiëntie en een stuk kwaliteit, wat je kan uitdragen als ziekenhuis. Tevreden patiënten levert ook weer klanten op, als je het heel zakelijk gaat bekijken.’

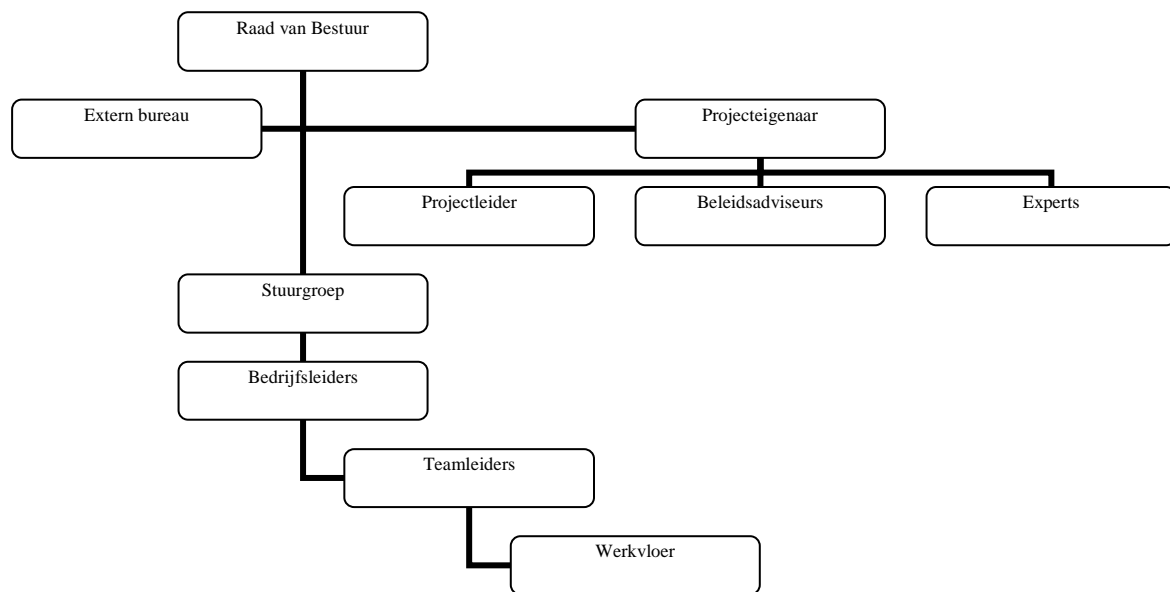
De reden voor het ASz om voor ToC en niet voor een andere methode zoals Lean management of Six Sigma te kiezen is dat simpel in te voeren is, er snel resultaten te zien zijn en het daardoor makkelijk is mensen te motiveren.

4.2.2. Projectorganisatie

Het ToC project is een zeer omvangrijk project en heeft gevolgen voor de hele organisatie, omdat de Raad van Bestuur het als sturingsmechanisme wil gaan gebruiken. Dit zorgt ervoor dat de

projectorganisatie groots is opgezet. Binnen het Albert Schweitzerziekenhuis is er sprake van verschillende overlegvormen die betrekking hebben op ToC. Binnen het ASz is er een projecteigenaar, die het project in goede banen leidt. Daarnaast is er een projectleider, die aangestuurd wordt door de projecteigenaar. De projecteigenaar wordt aangestuurd door de Raad van Bestuur. De projectleider is tevens expert en beleidsadviseur, die advies geven aan de 'lijn'. In de lijn is er een structuur van bedrijfsleiders – teamleider – werkvloer. Deze structuur is sinds 1 april ingevoerd. Naast de projectleider/projecteigenaar en beleidsadviseurs zijn er ook ToC-experts aangesteld die de werkvloer begeleiden bij het werken met ToC. Ook zijn de mensen van het externe bureau betrokken bij de begeleiding van de organisatie. Deze structuur wordt weergegeven in figuur 8.

Figuur 8. Structuur in het Albert Schweitzerziekenhuis



4.2.3. Doelen en resultaten

Het doel dat het ASz wil bereiken binnen één jaar door middel van ToC is een ligduurverkortung van 20%.

Na invoering van ToC blijken de belangrijkste knelpunten tot dusverre te zijn: onvoldoende aansluiting op de verpleeghuiszorg, het 'logeren' van patiënten op een andere ziekenhuisafdeling, wanneer alle bedden vol zijn van het medisch specialisme waar zij eigenlijk te gast zijn en wachten op onderzoeken of functietesten. Dit zijn voornamelijk praktische zaken. Het ASz is ook bezig om op andere niveaus aan de knelpunten te werken. De projecteigenaar zegt hierover:

'We zijn heel veel dingen tegengekomen die vertraging veroorzaken, dat gebeurt op afdelingsniveau, maar dat proberen we ook op organisatieniveau aan te pakken. De stuurgroep, de bedrijfsleiders, planning en control cyclus. Overal moet dat doorgevoerd worden.'

Op de acht verpleegafdelingen waar ToC gestart is in november 2009 is er een gemiddelde ligduurverkortung bereikt van 10-15% in de periode tot april 2010. Een aantal afdelingen, zoals oncologie hebben wel een ligduurverkortung bereikt, maar er zijn ook afdelingen die nog weinig resultaat zien na de invoering, zoals interne geneeskunde.

Tegen de verpleegkundigen is gezegd dat ze meer rust in hun werk zouden krijgen en daardoor betere patiëntenzorg zouden kunnen leveren. Dit is de reden dat verpleegkundigen gemotiveerd zijn

voor het project. Op de afdelingen waar daadwerkelijk resultaat is geboekt is er ook meer rust en zijn de verpleegkundigen en teamleider erg gemotiveerd, op de afdelingen waar weinig resultaat (en dus rust) behaald is, is de motivatie ook minder en de weerstand groter.

Ook zijn de kwalitatieve resultaten op de afdelingen met weinig resultaten minder aanwezig. Er wordt daar minder gesproken over een veranderend denken en focus, wat bij de afdeling met ligduurverkorting wel vaak aan bod komt:

'Je gaat anders denken en dat heeft tijd nodig, zeker bij de verpleegkundigen. Wat maakt nou dat je een bepaalde ontslagdatum als focus hebt. Dan doen de artsen dinsdag en woensdag een onderzoek, donderdag niets, vrijdag een gesprek en maandag een behandeling. Kan dat dan niet sneller? Als ik het daar dan over heb met de verpleegkundige en de artsen zijn ze het eigenlijk allemaal met me eens. Je merkt dat er een bepaald denk proces moet veranderen.'

4.2.4. Implementatie bij ToC

Na samenstelling van de projectgroep zijn de desbetreffende afdelingen en medewerkers geïnformeerd dat ze met ToC moesten gaan werken. Een teamleider zei daarover:

'Het was gewoon een mededeling, van dit gaat het Asz-breed doen. Ik heb gezegd dat ik wel als een van de eerste afdelingen wil starten.'

Van de afdelingen die met ToC gingen starten heeft iedere afdeling een kernteam samengesteld. Deze mensen hebben een tweedaagse ToC training gevolgd en er zijn mentoren aangesteld. Zij ondersteunen de verpleegkundigen en dragen het ToC principe uit naar de afdeling. De overige medewerkers hebben een cursus gekregen om met ToC te leren werken en de gedachte er achter te begrijpen. Ook is de grote rol van de verpleegkundigen uitgelegd. Een teamleider zegt dan ook:

'Als je ziet wat er van verpleegkundige wordt verwacht en als je ziet wat de inzet van de artsen is, dat is minimaal.'

De artsen, die ook te maken krijgen met ToC, hebben ook een uitleg gekregen. Vaak zijn één of twee artsen van de maatschap naar een bijeenkomst geweest en hebben zij het uitgelegd aan de andere leden.

In november 2009 is toen officieel gestart met de implementatie van ToC. Hierbij is begonnen met 8 afdelingen, waaronder de interne en oncologie afdeling. Hierbij hebben de afdelingen ondersteuning gekregen van het externe bureau, beleidsmakers en experts. Bij de implementatie is iedereen er gelijk vol voor gegaan. De projecteigenaar zei hierover:

'Omdat we heel voortvarend met het extern bureau hebben opgepakt, en een beetje verplichtend zijn geweest naar mensen van je moet meedoen, is het bijzonder goed geland. Dat is natuurlijk altijd een beetje van als je moet dat je denkt van ja dit is het volgende trucje van management en daar heb ik geen zin in. Die kans is erg groot, maar hierbij werden mensen echt getriggerd door het systeem.'

Er moet informatie worden geregistreerd in een computersysteem. Vaak gebeurt dit aan het eind van de dag als zij toch met de administratie bezig zijn. Het kost ongeveer 3 minuten per patiënt, wat al gauw 20 minuten per dag per verpleegkundige betekent. Een teamleider zegt hierover:

'Het is vaak het sluitstuk van de dag, omdat de patiëntenzorg aan het bed voorgaat. Dus wat gebeurt er dan, het is kwart voor 4, je werkdag is voorbij, dan moet je gaan zitten om de ToC registratie te doen, en dat is niet leuk.'

Ook wordt in de interviews aangegeven dat het SMART formuleren van de ontslagbepalende taak vaak lastig is voor de verpleegkundigen:

‘Je moet een ontslagbepalende taak aan de patiënt hangen en die moet SMART zijn. Je moet er hard over nadenken hoe je dat moet formuleren. Dan heb je 8 patiënten, en moet je dat 8 keer gaan bedenken. En het moet iedere dag gedaan worden.’

Naast de geregistreerde stuurinformatie zijn er ook veel overlegvormen, zoals buffermeetings (met het afdelingsteam en iemand van het externe bedrijf), mentoren of kernteammeetings (met mentoren van een afdeling) en 100dagen-evaluaties (met alle afdelingen). Dit vergt veel tijd van voornamelijk de teamleiders.

Niet op alle afdelingen worden resultaten geboekt. Op de afdelingen waar dat wel gebeurt zijn ze nu bezig met de volgende stap, het borgen van de resultaten. Een teamleider zegt hierover:

‘Nu gaan we niet meer zozeer ligduurverkortung bereiken, maar nu gaan we kijken naar het proces, om een stukje kwaliteitsverbetering te krijgen. Het is niet wenselijk dat een patiënt drie dagen moet wachten op een gesprek met een arts, los van het feit dat hij aan het infuus ligt en toch niet naar huis kan. Je kan er wel mee spelen dat je de VOD vervroegt en dan vertraagd een patiënt op basis van een gesprek en is dat gesprek geweest dan pas je het weer aan. Dan heb je concrete gegevens naar de arts toe, van jongens, ik denk dat je qua ligduur niet meer winst haalt, maar het proces kan wel beter.’

4.2.5. Borgen bij ToC

Een aantal afdelingen hebben ligduurverkortung bereikt en moeten nu op het effect wat ze behaald hebben in gaan spelen. Dit zorgt er voor dat de dagelijkse praktijk efficiënter gaat lopen en de veranderingen ten aanzien van de ligduurverkortung in de dagelijkse praktijk verankerd blijft. Op bepaalde afdelingen is er dus geen winst meer te behalen als het gaat om ligduurverkortung, maar wel op andere vlakken zoals kwaliteit. De behaalde ligduurverkortung en bijbehorende denkslag moet hierbij in de dagelijkse praktijk verankerd worden, zodat de ligduur niet weer oploopt en er aan andere aspecten gewerkt kan worden. Het gaat hier dus om continue verbetering. Een teamleider zegt hierover:

‘We hebben in januari die 20% gehaald, maar het is zeker nog niet klaar. Ik zie het nu als hulpmiddel om kwaliteit te verbeteren.’

Bij het ToC project betekent het dus dat een aantal afdelingen bezig zijn met het borgen van de resultaten, maar ook dat het ToC project verder loopt om de volgende stap te zetten. Dit is ook een vorm van dynamisch borgen, waarbij de verschillende succesfactoren zullen worden besproken:

Visie en doelstellingen	Er is een visie gecommuniceerd door de RvB en er zijn doelstellingen gesteld
Commitment van medewerkers	Verkregen door ondersteuning en het voorhouden van doelen
Kartrekker	De stuurgroep is de kartrekker
Informatie over behaalde prestaties	Er zijn veel overlegvormen waarin de prestaties worden genoemd
Ondersteuning	Er is ondersteuning van experts, beleidsmakers en projectleider
Aandacht voor motivatie	Door de vele overlegvormen is er veel aandacht voor de motivatie
Decentralisatie van verantwoordelijkheden	De verantwoordelijkheid wordt gedelegeerd naar het operationele niveau

Bij ToC zijn de succesfactoren voor succesvolle borging aanwezig. Dit maakt dat de afdelingen met resultaten verder kunnen gaan met het borgen van deze resultaten.

4.2.6. De stappen van Kotter en ToC

Kotter heeft in zijn 8 stappenplan verschillende stappen besproken die moeten worden doorlopen voor het bereiken van een succesvolle verandering:

1. Creëren van een gevoel van urgentie	Het werken met ToC is top down aangestuurd. Er zijn trainingen gegeven over de doelen en hoe het werkt. Het zou voor meer rust zorgen, dat maakt het urgent voor verpleging en teamleiders. Daarnaast waren de rode cijfers en de optie van het sluiten van een verpleegafdeling redenen dat het urgent is
2. Een leidende coalitie tot stand brengen	Er is een stuurgroep aangesteld waar onder andere de medische staf, de projecteigenaar en het management in zit
3. Ontwikkel een visie en een strategie	Door de stuurgroep is er een strategie en visie ontwikkeld
4. Communicatie van de nieuwe visie en strategie;	De stuurgroep heeft deze strategie gecommuniceerd door middel van training en informatiebijeenkomsten
5. Veranderingen tot stand brengen	ToC is geïmplementeerd
6. Korte termijn winsten opwekken	Op een aantal afdelingen is winst geboekt, op andere niet.
7. Consolideren van verbeteringen en het produceren van meer verbeteringen	Op de afdelingen met winst wordt er verder gegaan met verbeteren, op de afdelingen zonder winst niet
8. Het verankeren van de veranderingen in de organisatiecultuur	De afdelingen met winst zijn bezig met deze winst te verankeren in de dagelijkse gang van zaken.

In de gesprekken over ToC zijn de stappen van Kotter terug te zien, echter er zijn ook een aantal afdelingen waarbij tot nu toe nog geen veranderingen tot stand zijn gebracht. Deze blijven hangen op stap 5 en kunnen dus geen korte termijn winsten opwekken. Dit maakt dat de verandering niet zo succesvol is en het enthousiasme daalt. Een teamleider geeft aan:

'Ik hoop dat het een blijvend project is. Ik weet niet zo goed wat ik er verder van moet denken. Ik heb een beetje gemengde gevoelens over. Wat ik nu zie is dat het me heel veel tijd kost en weinig resultaat oplevert. Ik heb wel het gevoel dat het de druk verhoogt en daar zit ik niet op te wachten. De toekomst zou het leren. In het begin was ik er erg enthousiast over maar dat is wel getemperd nu.'

Leiderschap en de taken van een leider zijn hierbij erg belangrijk. In de volgende paragraaf zal dit verder worden uitgewerkt.

4.2.7. Leiderschap bij ToC in de praktijk

In de volgende drie subparagrafen zullen de taken van een leider, de leiderschapsstijl en de factoren van een leiderschapsstijl bij het veranderen en borgen van ToC in de praktijk worden besproken.

4.2.7.1. Taken van een leider bij ToC

Het ToC-project is vanuit de afdelingen bekeken. De taken die bij het leidinggeven horen zijn voornamelijk het oplossen van problemen en het informeren en motiveren van mensen.

Operationele niveau

Op het operationele niveau is de belangrijkste taak de medewerkers aan de gang houden door ze te motiveren en te laten inzien dat het nut heeft. Er moet worden gezorgd dat het computerprogramma wordt ingevuld en dat het niet als een extra taak wordt gezien, maar als de normale gang van zaken. Het motiveren van mensen gaat makkelijker als er resultaten worden geboekt dan zonder resultaten. Op beide afdelingen worden de medewerkers geïnformeerd over de behaalde resultaten. Hier spelen andere niveaus van de organisatie ook een rol bij, want die komen langs op de teamoverleggen om te presenteren. De projectleider zegt hierover:

'Het is zo belangrijk dat zij terug horen wat er met problemen gedaan is en wat er is gedaan om de problemen op te lossen, dat is heel belangrijk voor ze. Ik ga ook wel eens naar teamoverleggen om resultaten te presenteren.'

Ook het aanstellen van mentoren op de afdeling is een belangrijke factor bij de motivatie. Vaak is de teamleider één van de mentoren. Deze mentoren ondersteunen een groep medewerkers en hieraan kunnen vragen gesteld worden. Ook kunnen deze mentoren erbij gaan staan als het computerprogramma ingevuld moet worden. Zij helpen de verpleegkundigen voornamelijk met het formuleren van SMART doelstellingen, dat blijkt soms lastig voor hen te zijn. Daarnaast helpen de verpleegkundigen elkaar ook bij het invullen. Een verpleegkundige zegt hierover:

'De teamleider moet ons er bij helpen, ondersteunen, meedenken. Het positieve er van laten inzien. Als het goed is heeft het een positieve uitwerking en daar moeten we wel met z'n allen aan werken. Als zij ook zegt van ja het werkt toch niet, dan komt het niet goed en gaat ook onze motivatie naar beneden.'

Ook de teamleiders moeten gemotiveerd worden om er mee te blijven werken en om hun medewerkers weer te kunnen motiveren. Dit gebeurt voornamelijk door ook hen te informeren, door middel van kernteammeetings en 100-dagenmeetings en hun te ondersteunen. In de meetings worden de resultaten besproken. De teamleiders kunnen de hulp inroepen van beleidsmedewerkers, experts of de projectleider. Er is aan de teamleiders duidelijk gemaakt dat ze er mee aan de slag moeten en het dus geen keuze is. Het projecteigenaar zegt hierover:

'We geven trainingen, workshops, en crossbuffermeeting. Proberen ze op allerlei manieren te stimuleren en dat werkt. We hebben ook gehad dat één iemand echt niet meer wilde. Dan gaan er verschillende mensen met diegene praten. De projectleider, experts van het ziekenhuis zelf, die alle afdelingen begeleiden.'

Borgen

Om het werken met ToC te borgen moet er verder worden gekeken dan de ligduur. Ook moet er dan een andere denkslag worden gemaakt. Dit wordt pas gedaan als er resultaten geboekt zijn, dan kan ToC worden gebruikt om kwaliteit meer te gaan verbeteren. De kwaliteit zit waar de teamleider zich nu bijvoorbeeld op gaat richten zijn gesprekken met artsen en patiënten. Hierover maakt zij afspraken met de artsen, welke zij dan later terugkoppelt in de teamvergaderingen, zodat alle verpleegkundigen op de hoogte zijn.

Bij het verankeren in de dagelijkse praktijk is het dus van belang dat de verpleegkundigen gemotiveerd blijven en een andere denkslag maken. Dit wordt gedaan door hen de resultaten te laten inzien en hen te informeren. Hierdoor zien zij de noodzaak in van het invullen van het computerprogramma en zullen zij dit ook gaan doen. Ook het helpen met de SMART doelstellingen helpt bij de borging. Hierdoor worden zij er beter in en wennen zij er aan.

Als men op het operationele niveau tegen een probleem aan loopt, wordt dat geëscaleerd naar de teamleiders. Als deze de problemen niet kunnen oplossen wordt het verder geëscaleerd naar de

bedrijfsleiders, die kunnen weer verder escaleren naar de stuurgroep en zo verder. Op al deze verschillende niveaus wordt leidinggeven. De projecteigenaar zegt hierover:

'Op elk niveau, operationeel/tactisch/strategisch niveau zie je het terug en iedereen is daarmee bezig. En dat vind ik wel het sterke van het hele ToC.'

Bedrijfsleiderniveau

De teamleiders kunnen hun problemen laten escaleren naar het bedrijfsleiderniveau, maar deze structuur is pas sinds 1 april ingevoerd. De teamleiders geven aan dat zij hierdoor dit nog niet vaak toepassen en geen raad inwinnen bij hun bedrijfsleiders. Een teamleider zegt hierover:

'Ik heb een bedrijfsleider. Die bedrijfsleider doe ik geen eens veel zaken mee. Ik geef het door, meer niet. Die heeft geen coachende rol.'

Wel is het de bedoeling dat dit in het verdere verloop zo gaat gebeuren. De bedrijfsleiders hebben ook hun eigen overlegvorm en zullen de teamleiders moeten aansturen en ondersteunen. Uiteindelijk zal dit moeten leiden tot verschillende afdelingen die elkaar op problemen wijzen en tips geven. Dit levert nu nog problemen op. De projectleider zegt hierover:

'Waar we nu tegen aan lopen is dat bedrijfsleiders het heel erg moeilijk vinden om medebedrijfsleiders in hun keuken te laten kijken. Wat wij zouden willen dat ze elkaar erop wijzen en stimuleren. Dat gaan we nu heel voorzichtig proberen met 2 bedrijfsleiders die wel de kar willen trekken. In de vergadering bespreken we het dan voor en zij zetten dan het voorbeeld neer.'

Doordat de structuur pas sinds 1 april werkzaam is, is er geen bedrijfsleider geïnterviewd.

Stuurgroep en de Raad van Bestuur

Als de afdeling tegen problemen aanloopt, kan dit tot en met de stuurgroep en Raad van Bestuur worden geëscaleerd. Tevens worden grote constraints, zoals verplaatsing naar verpleeghuizen, door de RvB aangepakt.

De stuurgroep en de RvB zorgen er voor dat ToC door de hele organisatie wordt opgepakt. Dit doen zij voornamelijk door het te delegeren naar lagere niveaus en de voortgang in de gaten te houden. Tevens draagt de Raad van Bestuur uit dat ToC hun sturingsmodel is en dat zij daarmee de bedrijfsvoering sturen.

Conclusie

De grootste rol van ToC ligt bij het operationele niveau, zij sturen de veranderingen. Tijdens de implementatie moeten vooral mensen gemotiveerd worden. Dit gebeurt voornamelijk door ondersteuning en informeren. Daarnaast kunnen problemen geëscaleerd worden naar hogere niveaus. Voor het borgen moeten de mensen gemotiveerd blijven en het nut inzien van de registratie. Dit gebeurt ook door informeren en ondersteuning. Hierdoor wennen ze aan de manier van werken en loopt het in de dagelijkse praktijk ook goed.

4.2.7.2. Leiderschapsstijl bij ToC

Bij de taken die de leiders uitvoeren hoort een bepaalde leiderschapsstijl. Uit het theoretisch model zijn vier leiderschapsstijlen te destilleren; steunen, coachen, delegeren en leiden. Op de verschillende niveaus zijn er verschillende leiderschapsstijlen te zien.

Operationeel niveau

Op het operationele niveau geven de teamleiders aan dat zij voornamelijk coachen. Als zij hun manier van coachen beschrijven, komt dit overeen. De teamleiders geven aan dat zij vaak naast de verpleegkundigen gaan staan om het computerprogramma in te vullen. De verpleegkundigen zouden het liever niet invullen, want het kost veel tijd. Tevens vinden zij het lastig om de SMART

doelstellingen te formuleren. Er is dus sprake van een lage competentie en lage motivatie. Dit leidt tot een coachende stijl. Een teamleider zegt hierover:

'Mijn stijl is coachend, ik zeg wel altijd dat ik het het liefst samen doe met een verpleegkundige. Dan kan ik ze veel directer coachen. We hebben ook gedaan dat we het achteraf gingen nakijken, dat werkt niet 9 van de 10 keer zijn ze al naar huis of weg, dus dat werkt niet. Dus ja ik doe het het liefst samen. Dan kan je het er samen over hebben.'

Ditzelfde geldt voor de borging. Ook hierbij moeten de mensen gemotiveerd blijven. Daarnaast hebben zij (als het goed is) dan de competentie al, maar moeten zij het nut er van blijven inzien. Dit gebeurt door hen te informeren.

Stuurgroep en Raad van Bestuur

Op stuurgroep en Raad van Bestuursniveau wordt er voornamelijk gedelegeerd. Zij bemoeien zich weinig met het operationele niveau. Als er iemand is die niet meer gemotiveerd is, veranderd deze stijl in steunen. Er wordt dan met diegene gesproken en hem er van overtuigd dat het nodig om door het gaan en het ToC project met z'n allen uit te voeren. De projecteigenaar zegt hierover:

'Als er problemen zijn dan nemen ze contact op met de projectleider, of met mij. We hebben ook gehad dat één iemand echt niet meer wilde. Dan gaan er verschillende mensen met diegene praten. De projectleider, experts van het ziekenhuis zelf, die alle afdelingen begeleiden om te werken volgens het principe. Die mensen hebben we, die gaan dan ook met mensen aan de slag en als die afdeling het nog steeds niet ziet zitten dan gaat de projectleider, en dan ik, en dan RvB. Dat is nooit nodig geweest.'

4.2.7.3. Factoren die een rol kunnen spelen bij de leiderschapsstijl

Uit de theorie zijn verschillende factoren te destilleren die van invloed kunnen zijn op het leiderschap en de leiderschapsstijl. Uit de interviews kwam naar voren dat de volgende factoren een rol spelen bij de leiderschapsstijl bij ToC.

* De structuur is erg belangrijk bij ToC. Doordat het principe van boven af opgelegd is, is er weinig ruimte voor eigen invulling. Vanaf bovenaf wordt er veel gedelegeerd naar het operationele niveau.

* De kenmerken van de medewerker spelen ook een grote rol. De verpleegkundigen vinden het lastig om SMART doelstellingen te formuleren, hier moet rekening mee gehouden worden.

* De taak is van invloed op de leidinggevende stijl. Het is voor teamleiders die met hun afdeling geen goede resultaten boeken moeilijker om gemotiveerd te blijven. Hier moeten hogere niveaus op in blijven spelen door ze te informeren over het nut.

* De kenmerken van de leidinggevende beïnvloeden de stijl ook. De teamleiders gaven aan dat zij hun eigen manier van motiveren en informeren hebben. Dit hangt vaak samen met de kenmerken van de medewerker en hun relatie. Één van de teamleiders gaf aan dat zij graag meekijkt als de verpleegkundigen het programma invullen, omdat zij ze dan direct kan bijsturen en controleren. Een andere teamleider deed dit alleen als de verpleegkundigen hierom vroegen.

*De cultuur komt ook in de gesprekken naar voren. Bij het ToC project gaat het om een cultuurverandering en moet er een andere denkslag aangeleerd worden. Dit is van invloed op de leiderschapsstijl. De projecteigenaar zegt hierover:

'Het is niet alleen doelmatigheid, het is filosofie, een denkslag. Dit moet je niet als een project zien. De opzet en implementatie is een project, en dat moet een bedrijfsfilosofie worden erna. Ik denk wel dat dat lukt. Het externe bureau zal op een gegeven moment weg gaan, maar de experts blijven. En dan moeten we het zelf gaan onderhouden. Daar voor zou ik nog meer experts voor gaan inzetten. Die bedrijfsleiders gaan ook met elkaar constraints bespreken, het moet een vast onderdeel worden. En daardoor groei je erin voort. En dan voortdurend bij blijven sturen.'

*De tijd die voor de taak komt in de gesprekken minder naar voren. Dat de tijd niet van invloed is komt waarschijnlijk doordat ToC een langlopend project is, waar een cultuuromslag bij hoort. De hele

bedrijfsvoering moet veranderen en het is lastig daar een tijd aan te verbinden. Maatschappelijke ontwikkelingen worden in de gesprekken niet genoemd met betrekking tot leiderschapstijl.

4.3. Analyse case ToC en case Zorgpaden

ToC en Zorgpaden zijn beide manieren om de bedrijfsvoering te verbeteren en het proces te versnellen. Het grote verschil tussen ToC en Zorgpaden is dat het bij Zorgpaden om een groep patiënten gaat waarvoor het traject wordt versneld en het bij ToC gaat het om alle patiënten waarbij op het individuele patiënten niveau wordt gekeken hoe ver de patiënt is richting de VOD en of de VOD nog klopt. Voor de Eerste Hart Hulp is een kwantitatief doel opgesteld van 80% van de betreffende DBC's. Voor ToC is het doel gesteld op 20% ligduurverkortung gemiddeld voor het hele ziekenhuis.

De implementatie van ToC heeft abrupt plaatsgevonden, maar de verbeteringen op de afdelingen zelf vinden stapsgewijs plaats. Bij de Eerste Hart Hulp is dit op een radicale manier gebeurt, de verandering is in één keer doorgevoerd, echter is hierbij wel low-profile begonnen met draaien. Het werken met het ToC principe is van boven af ingezet, maar de verantwoordelijkheden zelf worden bottom-up gestuurd. De verantwoordelijkheden liggen voornamelijk op het operationele niveau. Toch kunnen problemen wel geëscaleerd worden naar hogere niveaus. Bij de Eerste Hart Hulp houdt ook voornamelijk het operationele niveau zich bezig met het project en vindt de aansturing bottom-up plaats. Ook de EHH is van boven af ingezet, het is vooraf vastgelegd en ingevoerd. De business case is ter goedkeuring naar het management en de Medische Staf gegaan. Ook voor ToC is de business case ter goedkeuring naar het management en de Raad van Bestuur gegaan.

Het borgen van de Eerste Hart Hulp vindt dynamisch plaats. De werkwijze is in één keer veranderd en is vastgesteld. Er wordt echter steeds geëvalueerd of de huidige manier van werken nog steeds de beste is en kunnen er dingen aangepast worden. Het dynamisch borgen bij de EHH vindt plaats op het niveau van de nieuwe werkwijze, hierin is ruimte voor verbetering. Ook het borgen bij de afdelingen met ToC vindt dynamisch plaats. Er wordt elke keer gezocht naar andere constraints, welke worden verbeterd. Het is dus een proces van continue verbetering. Het borgen bij ToC vindt op patiëntenniveau plaats, per patiënt of patiëntengroep wordt gekeken waar er nog verbeteringen ten opzichte van de VOD te doen zijn.

De belangrijkste leiderschapstaken zijn bij beide methoden ongeveer gelijk; bij allebei moet de leider zijn medewerkers informeren en motiveren. Beide methoden gebruiken ook ongeveer dezelfde stijl: Bij de implementatie van de Eerste Hart Hulp gaat het voornamelijk om een steunende en delegerende stijl. Dit heeft te maken met de elementen die hierop van invloed zijn; de tijd voor de taak, kenmerken van de leidinggevende en medewerker en de cultuur spelen hier een rol bij. Er wordt veel verantwoordelijkheid bij de verpleegkundigen zelf gelegd. Hierbij worden ze wel begeleid door hun teamleider, die hun tevens bij het proces rondom de Eerste Hart Hulp betreft.

Bij het borgen van de Eerste Hart Hulp wordt een coachende stijl gebruikt. De teamleider stuurt de randvoorwaarden waar binnen de verpleegkundigen moeten werken aan, maar legt de verantwoordelijkheid voor het werk bij hen. Zo heeft hij het rooster aangepast en werkt er standaard iemand op de EHH-kamer.

Op de afdelingen met ToC wordt bij de implementatie en borging een meer coachende stijl gebruikt. De taak, structuur en kenmerken van de medewerker zijn hierbij belangrijk. De medewerkers hebben moeite met de manier van werken, hierin ontvangen zij ondersteuning en sturing. Om dit werk in de dagelijkse gang van zaken te kunnen verankeren, moeten zij de competentie hebben en moet het vanzelfsprekend zijn dat ze het computerprogramma invullen. Ook hiervoor worden zij gecoacht. Op hogere niveaus worden de taken naar het operationele niveau gedelegeerd. Daarnaast kunnen zij het operationele niveau steunen.

De afdeling interne/oncologie en de Eerste Hart Hulp zijn representant van ToC en Zorgpaden welke weer voorbeelden zijn van de ontwikkel- en ontwerpaanpak van veranderen. In het theoretisch kader is een tabel gemaakt met daarin de verschillen tussen de beide aanpakken vanuit een aantal gezichtspunten. In Tabel 2 zijn deze verschillen tussen de beide aanpakken opnieuw weergegeven.

Tabel 2. ToC en Zorgpaden in de praktijk vergeleken

	Case ToC	Case Zorgpaden
Veranderen	Interne/oncologie	Eerste Hart Hulp
Soort verandering	Stapsgewijze verandering zonder einddoel	Radicale verandering met einddoel
Doel	Gericht op efficiëntie en kwaliteit	Einddoel gericht op efficiëntie en kwaliteit
Startsituatie	Vanuit bestaande processen herontwerpen	Nieuw ontwerp
Richting	Probleemgericht	Oplossingsgericht
Verandering doorvoeren	Bottom up	Top down
Borgen	Dynamisch borgen	Dynamisch borgen
Aandacht voor	Aandacht voor cultuur en individueel gedrag	Aandacht voor individueel gedrag
Leiderschap	Management delegeert en teamleiders coachen medewerkers	Management delegeert en teamleider steunt/coachen de medewerkers
Taak	Informeren en motiveren zijn belangrijke taken	Informeren en motiveren zijn belangrijke taken
Sturing	Vanuit het management ingezet	Vanuit het operationele niveau ingezet
Aansturing	Sturing door teamleider	Sturing door teamleider
Participatie	Weinig participatie door de medewerkers	Medewerkers worden actief betrokken
Stijl	Overredingskracht en coachingstrategieën	Motiverende en steunende strategieën

In deze tabel is te zien dat er minder verschil tussen beide cases zit dan verwacht. De basis van beide cases is anders: ToC heeft geen einddoel en er wordt bottom up vanuit bestaande processen herontworpen. Zorgpaden heeft wel een einddoel en is een top down geïmplementeerd radicaal niet ontwerp. Het verdere verloop is echter niet verschillend: beide cases borgen dynamisch. Ook zijn de taken en stijl van de leiders ongeveer gelijk.

4.4. Vergelijking theorie en praktijk

Naast een analyse van de twee methoden is er een vergelijking gemaakt tussen de theorie en de praktijk. Dit is gedaan door middel van het combineren van Tabel 1 en Tabel 2, dit resulteert in een nieuwe tabel: Tabel 3.

Tabel 3. Verschillen in theorie en praktijk tussen de verschillende benaderingen

	Ontwikkelaanpak theorie	Ontwikkelaanpak praktijk	Ontwerpaanpak theorie	Ontwerpaanpak praktijk
Veranderen	Ontwikkelen	Interne/oncologie	Ontwerpen	Eerste Hart Hulp
<i>Soort verandering</i>	Stapsgewijze verandering zonder vooraf opgesteld eindpunt	Stapsgewijze verandering zonder einddoel	Radicale verandering met einddoel	Radicale verandering met einddoel
<i>Doel</i>	Gericht op efficiëntie en kwaliteit	Gericht op efficiëntie en kwaliteit	Nadruk op efficiëntie, kwaliteit en economische prestatie	Einddoel gericht op efficiëntie en kwaliteit
<i>Startsituatie</i>	Vanuit bestaande processen herontwerpen	Vanuit bestaande processen herontwerpen	Nieuw ontwerp	Nieuw ontwerp
<i>Richting Verandering doorvoeren</i>	Probleemgericht Bottom up	Probleemgericht Bottom up	Oplossingsgericht Top down	Oplossingsgericht Top down
Borgen	Dynamisch borgen	Dynamisch borgen	Statisch borgen	Dynamisch borgen
<i>Aandacht voor</i>	Aandacht voor structuur, cultuur en individueel gedrag	Aandacht voor structuur, cultuur en individueel gedrag	Weinig aandacht voor leren binnen de organisatie	Aandacht voor structuur, cultuur en individueel gedrag
Leiderschap	Management faciliteert en deskundigen ondersteunen de verandering	Management delegeert en teamleiders coachen medewerkers	Verandering geïnitieerd, gecontroleerd en gestuurd door het management	Management delegeert en teamleider steunt de medewerkers
<i>Taak</i>		Informereren en motiveren zijn belangrijke taken Ingezet door het management		Informereren en motiveren zijn belangrijke taken
<i>Sturing</i>	Ingezet door het operationele niveau	Ingezet door het management	Ingezet door het management	Ingezet door het operationele niveau
<i>Aansturing</i>	Zelfsturing	Sturing door teamleider	Institutionele sturing	Sturing door teamleider
<i>Participatie</i>	Iedereen is betrokken	Weinig participatie door de medewerkers	Weinig participatie door medewerkers	Iedereen is betrokken
<i>Stijl</i>	Overredingskracht en samenwerkingstrategieën	Overredingskracht en coachingstrategieën	Dwang-, macht- en expertstrategieën	Motiverende en steunende strategieën

In Tabel 3 is te zien dat de grootste verschillen zijn tussen de theorie en praktijk van Zorgpaden. Hierbij lijkt het alsof er ook delen van de ontwikkelaanpak zijn gebruikt. Er is bijvoorbeeld sprake van dynamisch borgen, iedereen is betrokken en er wordt veel samengewerkt. Dit zijn kenmerken van de ontwikkelaanpak die bij Zorgpaden (de ontwerpaanpak) worden gebruikt. In de praktijk wordt bij de afdelingen met ToC en de Eerste Hart Hulp dus dynamisch geborgd. Dit kan verklaren waarom er tevens weinig verschil is in leiderschapstijl. Bij een dynamische borging is het belangrijk dat de medewerkers gemotiveerd blijven en de juiste dingen blijven doen, hiervoor is informatie en steunen/coaching belangrijk.

5. Conclusie en Discussie

Dit hoofdstuk bevat de conclusie en discussie van dit onderzoek. De eerste paragraaf is gevormd door de conclusie, hierin is antwoord gegeven op de probleemstelling door middel van de antwoorden op de deelvragen. De kritische reflectie op de opzet en uitvoering van dit onderzoek staat in de tweede paragraaf (discussie) beschreven.

5.1. Conclusie

In de conclusie wordt nogmaals antwoord gegeven op de vijf deelvragen. De antwoorden op de eerste twee deelvragen zijn geformuleerd aan de hand van de literatuur en de antwoorden op laatste drie deelvragen zijn geformuleerd aan de hand van de praktijk. Uiteindelijk zal dit leiden tot antwoord op de probleemstelling.

5.1.1. Hoe passen Zorgpaden en ToC binnen de bestaande wetenschappelijke kennis over veranderen en borgen? (deelvraag één)

Veranderen betekent een nieuwe manier van werken. Uit de theorie blijkt dat veranderen kan volgens verschillende benaderingen: de ontwerp benadering en de ontwikkelbenadering. Beide benaderingen maken een proces van veranderen noodzakelijk, maar de aard van dat proces verschilt aanzienlijk. Bij de ontwerpaanpak gaat het om een breed georiënteerde (en soms radicale) verandering die top down wordt gestuurd richting een vooraf bepaalde doelstelling. Hierbij worden vaak expert- en machtsstrategieën gebruikt. Bij de ontwikkelaanpak is er sprake van een stapsgewijze bottom-up verandering waarvan de uitkomst nog niet bekend is en waarbij het management de verandering faciliteert, begeleidt en stuurt (Boonstra, 2000). ToC is de representant van de ontwikkelaanpak en Zorgpaden is de representant van de ontwerpaanpak.

Twee belangrijke stappen in het veranderingsproces zijn implementatie en borging. Borging is het criterium voor effectieve implementatie. Er zijn twee manieren van borgen; statisch en dynamisch. Bij de ontwikkelaanpak zal er meer sprake zijn van dynamisch borgen en bij ontwerpaanpak zal er voornamelijk sprake zijn van statisch borgen.

5.1.2. Hoe passen de elementen van leiderschap bij beide benaderingen van veranderen en borgen? (deelvraag twee)

Aan het borgen van veranderingen liggen diverse succesfactoren ten grondslag, waar leiderschap een essentiële van is. De leider moet goed communiceren, weerstand verminderen, motiveren, een visie uitdragen en moet zorgdragen voor een lerende cultuur. Dit doet de leider volgens een bepaalde stijl, welke volgens Hersey en Blanchard afhangt van de motivatie en competentie van de medewerker. Dit is te beperkt, er zijn nog andere factoren die de stijl kunnen beïnvloeden, onder andere persoonsfactoren en taakfactoren. Daarnaast kunnen de leiderschapsstijl en leiderschapstaken anders zijn bij de verschillende benaderingen. Uit de theorie over de beide benaderingen blijkt dat er bij de ontwikkelaanpak is er meer sprake van bottom-up sturing en verandering en begeleiding van het management. Bij de ontwerpbenadering is er sprake van een top-down verandering door het gebruik van macht- en expertstrategieën gebruikt.

5.1.3. Hoe vindt verandering en borging, ingezet door ToC/Zorgpaden plaats in de praktijk en waar wordt op gestuurd? (deelvraag drie)

Bij de Eerste Hart Hulp is er na het schrijven van het implementatieplan begonnen met low-profile draaien van de afdeling. Hierdoor konden er nog aanpassingen aan gedaan worden, waarna er officieel gestart is. De grote lijn is vastgesteld, maar delen van het project worden nog wel geëvalueerd. Er is sprake van dynamische borging, want de Eerste Hart Hulp wordt continu verbeterd op het niveau van de nieuwe werkwijze. Bij de Eerste Hart Hulp wordt gestuurd op een zo efficiënt mogelijk proces voor de patiënten.

Bij ToC is er na het schrijven van het implementatieplan radicaal begonnen met het werken met ToC. Hierbij wordt een constraint gezocht, welke wordt verbeterd. Na het verbeteren wordt de volgende constraint gezocht en zo verder. Er wordt dus stap voor stap verbeterd op het niveau van de

patiënt/patiëntengroep. Het borgen vindt plaats door het verankeren van de verbeteringen ten aanzien van ligduur in de dagelijkse praktijk. Daarna kan een volgende stap richting de kwaliteit gezet worden. Er wordt in dit geval dus voornamelijk op ligduurverkortung gestuurd en wat er in de weg staat om de vooraf bepaalde VOD te behalen en dus een bepaalde ligduur te bereiken.

5.1.4. Hoe zijn de elementen van leiderschap te herkennen bij de praktische uitvoering van borging bij ToC/Zorgpaden? (deelvraag vier)

Bij de Eerste Hart Hulp zijn verschillende taken te onderscheiden. Het gaat hierbij vooral om informeren, motiveren en het regelen van de praktische zaken. De verantwoordelijkheid voor het Eerste Hart Hulp project is gedelegeerd naar het operationele niveau, waar de teamleider de kar trekt. Hij delegeert op zijn beurt de praktische zaken weer naar de zorgcoördinator en de andere afdeling (waaronder M.I.D.). Zij krijgen hierbij veel vrijheid. Op de afdeling zelf wordt voornamelijk een steunende stijl gebruikt en mogen de verpleegkundigen betrokken bij het denken over het zorgpad. Hierdoor leren de verpleegkundigen op deze manier werken en kunnen zij aangeven als iets voor hen niet werkt. De borging wordt gestuurd door een coachende stijl. De teamleider bepaalt de randvoorwaarden waarbinnen de verpleegkundigen kunnen handelen. Hierdoor wordt het in de dagelijkse gang van zaken verankerd.

Bij ToC gaat het ook om informeren en motiveren van de medewerkers. De RvB draagt het werken met ToC uit, maar toch vindt het grootste gedeelte plaats op het operationele niveau, waar de teamleider de kar trekt. Zij krijgen hierbij ondersteuning van de experts, externe bureau en beleidsmedewerkers. Op de afdeling zelf wordt een coachende stijl gebruikt, omdat er weerstand is en het moeilijk is voor de verpleegkundigen om hun taak uit te voeren. Door er naast te gaan staan bij het invoeren in het computerprogramma wordt er gelijk gecontroleerd en gestuurd, waardoor de borging soepeler verloopt. Afdelingen die nog geen resultaten hebben geboekt, kunnen deze ook niet borgen.

5.1.5. Hoe zijn verschillen met de theorie en tussen de methoden te verklaren en hoe kunnen ziekenhuizen hier mee omgaan? (deelvraag vijf)

De voornaamste verschillen tussen de methoden zijn te vinden in de manier van veranderen. ToC is een top down gestuurde verandering die stapsgewijs plaatsvindt. Bestaande processen worden herontworpen en er is weinig participatie van de medewerkers. Hierdoor moeten zij meer gemotiveerd en geïnstrueerd worden dan bij de Eerste Hart Hulp. Bij de EHH gaat het om een radicale, top down geïmplementeerde verandering. Er is veel participatie van de medewerkers en er wordt op de competenties van de verpleegkundigen vertrouwd. Borging vindt bij beide methodes op dezelfde manier plaats, namelijk dynamisch. Dit betekent dat er altijd ruimte is voor verbetering. Ook kunnen de verpleegkundigen wennen aan de nieuwe manier van werken doordat ze ondersteunt en geïnformeerd worden door de teamleider. Dit maakt dat er nauwelijks verschil is in leiderschap bij het borgen. Bij beide methodes informeren en motiveren de teamleiders de verpleegkundigen.

Verder blijkt uit de resultaten dat er verschillen zijn in de theorie en de praktijk als het gaat om veranderen, borgen en leiderschap bij de beide benaderingen. Dit is te zien in Tabel 4.

De grootste verschillen in theorie en praktijk zijn te zien bij de verbeteringen (top down vs bottom up), de manier waarop het ingezet is (vanuit het management vs vanuit het operationele niveau) en de borging (statisch vs dynamisch). Toch is de manier van leidinggeven bij de borging niet verschillend. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het op het operationele niveau niet veel uitmaakt voor welke manier er gekozen wordt: dat borging en leiderschap vaak op dezelfde manier plaatsvinden, omdat de praktijk niet zo zwart/wit is als de benaderingen doen voorkomen. Het is mogelijk dat het bestuur kiest voor een benadering, maar dat uiteindelijk de praktijk de manier van werken vormt. Er is geen verschil te vinden bij het operationeel leiding geven bij de borging, omdat er op het operationele niveau vaak

op dezelfde, coachende manier leiding wordt gegeven. De gekozen benadering heeft hier dus geen invloed op.

Zo zijn ToC en de EHH twee totaal verschillende manieren van veranderen, maar als het op leiderschap en borgen op het operationele niveau aankomt is hier geen verschil in te zien. In de praktijk wordt bij ToC en de Eerste Hart Hulp dus dynamisch geborgd. Dit kan verklaren waarom er tevens geen verschil is in leiderschapsstijl. Bij een dynamische borging is het belangrijk dat de medewerkers gemotiveerd blijven en de juiste dingen blijven doen, hiervoor is informatie en steuning/coaching belangrijk.

5.1.6. Uiteindelijke conclusie

Met het behulp van deze vijf deelvragen kan er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag: *'Hoe worden elementen van leiderschap toegepast bij de borging van een door Zorgpaden of ToC gerealiseerde verandering in een tweetal ziekenhuizen?'*

De belangrijkste taak bij het borgen van ToC en de Eerste Hart Hulp is het oplossen van weerstand door motiveren en informeren. In alle interviews kwam dit al zeer belangrijk naar voren. Als de verpleegkundigen zich serieus genomen en gehoord voelen dan komt dit de weerstand ten goede. Tevens moeten zij geïnformeerd worden over behaalde resultaten, dit heeft een positieve invloed op de motivatie.

Bij het informeren en motiveren van de verpleegkundigen wordt bij ToC een coachende stijl gebruikt, omdat het invullen van de computerprogramma bij ToC als lastig wordt beschouwd. Bij het informeren en motiveren van verpleegkundigen wordt bij Zorgpaden een steunende stijl gebruikt. Hier wordt uitgegaan van de competentie van de verpleegkundigen. Daarnaast speelt de cultuur, de taakenmerken en de persoonskenmerken van de leidinggevende ook een belangrijke rol bij de manier van leidinggeven.

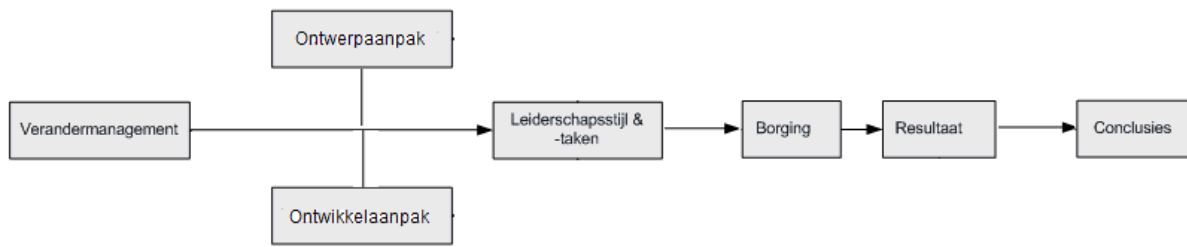
Daarnaast is het behalen van resultaten van invloed op de motivatie, wat logisch is. Ook kunnen de afdelingen zonder resultaten nog niet gaan borgen. Om de afdelingen zonder resultaten toch gemotiveerd te houden moet er veel aandacht aan deze afdelingen worden besteed om ze aan de gang te houden. Dit kan gebeuren door met ze in gesprek te gaan.

De uiteindelijke conclusie luidt dat er nauwelijks verschil is in leiderschap bij borging van de Eerste Hart Hulp of ToC in de onderzochte ziekenhuizen. Een verklaring hiervoor is dat de borging op dezelfde manier, dynamisch, plaatsvindt en er op het operationele niveau de praktische uitvoering telt. Bij deze praktische uitvoering maakt het niet uit hoe een verandering de organisatie ingebracht wordt, want op het operationele niveau komt het toch op hetzelfde neer. Het is hierbij dus belangrijk dat de juiste (lees: coachende en motiverende) mensen op het operationele niveau leiding geven om te zorgen dat de verandering geborgd wordt.

5.1.7. Conceptueel model

Uit het theoretisch kader is een conceptueel model ontwikkeld (figuur 7). Uit dit conceptueel model blijkt dat een verschillende benadering kan leiden tot verschillende soorten leiderschap en borging. Uit de interviews blijkt dat dit niet het geval is. Dit leidt tot het volgende model:

Figuur 9. Conclusie naar aanleiding van twee casestudies



Bij beide benaderingen wordt er ongeveer op dezelfde manier (coachend) leiding gegeven. Ook de taken bij de beide benaderingen zijn gelijk, bij allebei moeten de verpleegkundigen worden gemotiveerd en geïnformeerd. De borging vindt ook bij beide benaderingen op dezelfde, dynamische manier plaats. Een verklaring hiervoor is dat het op het operationele niveau altijd aankomt op dynamisch borgen en de bijbehorende coachende en motiverende manier van leidinggeven.

Uit het onderzoek blijkt dat leiding geven heel erg belangrijk is bij de borging en een effectieve leider kan dus wel degelijk leiden tot een effectieve borging van de verandering. Onder een effectieve leider wordt verstaan een leider die coacht, motiveert en informeert. Hierdoor voelen de verpleegkundigen zich serieus genomen en weten zij waar zij aan toe zijn, wat hen motiveert.

5.1.8. Andere inzichten

Een ander inzicht is dat de projecteigenaar aangaf dat de artsen en verpleegkundigen dichter naar elkaar toe kruipen omdat ze moeten samenwerken voor het invullen van computerprogramma. De projecteigenaar zegt hierover:

'Je ziet dat de dokters en verpleegkundigen naar elkaar toe kruipen om dingen voor elkaar te krijgen. Dat is natuurlijk ook wel tricky. Maar je ziet dat je mee naar elkaar toe kruipen en meer afstemmen met elkaar, dus een betere samenwerking.'

De teamleiders en verpleegkundigen geven dit echter niet aan en geven aan dat de artsen wel mee werken, maar niet van harte. Een teamleider zegt hierover:

'Het zou zo moeten zijn dat alle artsen betrokken zijn, maar dat is niet zo. Als je ziet wat er van verpleegkundige wordt verwacht en als je ziet wat de inzet van de artsen is, dat is minimaal.'

5.2. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak aan een kritische reflectie onderworpen en komen enkele sterke en zwakke punten naar voren. Voor het overzicht zijn er verschillende paragrafen naar deelonderwerpen gemaakt.

5.2.1. Probleemstelling

Deze scriptie heeft als doel het in kaart brengen van de leiderschapselementen bij borgen van het een verandering ingezet door ToC/Zorgpaden. De formulering van de doelstelling heeft een tweeledig doel voor ogen gehad, namelijk de analyse van ToC en Zorgpaden, maar ook de vergelijking tussen de theorie en de praktijk. De insteek was dan ook om meer inzicht te krijgen in de werkpraktijk van ToC en Zorgpaden bij het borgen van een verandering. Omdat borging een belangrijk onderdeel van veranderen is, is er in hoofdstuk één ook aandacht besteed aan veranderprocessen en modellen. Een kritische noot bij het beantwoorden van de probleemstelling is dat er binnen de twee benaderingen (ontwikkel- en ontwerpaanpak) gekozen voor twee methodes (ToC en Zorgpaden) en daarbinnen zijn

weer twee projecten/afdelingen gekozen (Interne/Oncologie en de Eerste Hart Hulp). Dit maakt dat het onderzoek niet generaliseerbaar is naar andere ziekenhuizen of in het algemeen naar de benaderingen. Dit was echter ook niet het doel van het onderzoek, maar het exploreren van de praktijk.

5.2.2. Het onderzoek

Er moet een kritische noot worden geplaatst bij de onderzoeksopzet: Niet alle betrokken zijn geïnterviewd. Bij het Beatrixziekenhuis heeft er een wisseling plaatsgevonden op de Spoedeisende Hulp. Hierdoor konden de betrokken mensen daar niet worden geïnterviewd. Tevens vindt bij het Albert Schweitzerziekenhuis een reorganisatie plaats, waarbij de bedrijfsleiders sinds 1 april aan het werk zijn gegaan. Hierbij waren er bedrijfsleiders die nog nooit met ToC hadden gewerkt en daarom is er voor gekozen deze niet te interviewen. Omdat bij een afdeling geen resultaten waren behaald en er weinig te borgen viel is er voor gekozen een tweede afdeling te benaderen om toch interviews te kunnen houden over de borging.

Door het feit dat niet alle betrokkenen geïnterviewd zijn, moet men een kritische noot plaatsen bij de interne validiteit van dit onderzoek. Door met zoveel mogelijk 'soorten' mensen te praten en ook met mensen van verschillende afdelingen is aan dit punt tegemoet gekomen.

Ook werkt het feit dat ToC bij het Alberts Schweitzerziekenhuis pas sinds november met ToC is begonnen niet in het voordeel van de analyse. Het project bij Rivas Zorggroep was wel afgerond. Dit kan de betrouwbaarheid beïnvloeden.

Daarnaast is een beperking bij de onderzoeksopzet dat de Raad van Bestuur en specialisten niet zijn benaderd. Omdat het onderzoek alleen op het operationele niveau gericht was, leek dit niet van belang. Toch zouden interviews met specialisten, management, Raad van Bestuur een welkome aanvulling geweest en zouden bijgedragen aan een nog betere beantwoording van de probleemstelling. Echter in verband met de tijd is het niet mogelijk geweest dit alsnog te doen.

5.2.3. Interviews

Door het feit dat er weinig ervaring was met interviewen, is er misschien niet het optimale mogelijk gehaald uit de interviews. Er had nog verder doorgevraagd en uitgediept kunnen worden. Dit is ondervangen door na elk interview te analyseren of er genoeg informatie verzameld was en de ontbrekende bij latere interviews na te vragen. Dit vergroot de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

5.2.4. Data analyse

Om de data te kunnen analyseren is gebruik gemaakt van codering. Door het feit dat dit onderzoek maar door één onderzoeker is gedaan is er een eenzijdig analyse ontstaan. Hierbij is aan de hand van de theorie maar ook vanuit eigen ervaring en veronderstellingen naar de data gekeken. Dit heeft de validiteit en betrouwbaarheid tekort gedaan. Wanneer nog een tweede onderzoeker naar de data had gekeken had de analyse meer inzichten opgeleverd.

5.3. Aanbevelingen

Nu alle resultaten en conclusies op papier staan kunnen er een aantal aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek worden gedaan.

5.3.1. Aanbevelingen voor de praktijk

Uit het onderzoek bij het Albert Schweitzerziekenhuis en het Beatrixziekenhuis komt naar voren dat het bij borgen van een verandering ingezet door ToC of Zorgpaden niet uit maakt via welke manier dat wordt gedaan, maar dat het belangrijk is dat de juiste mensen op de juiste plek zitten. De aansturing op het operationele niveau moet op orde zijn. Bij het dynamisch borgen is een coachende/steunende stijl erg belangrijk. Door mensen met deze stijl op het operationele niveau te zetten, heeft de borging meer kans van slagen. Bij het leiderschap moet rekening gehouden worden met de verschillende

medewerkers en hun competenties. Bij ToC kwam naar voren dat veel verpleegkundigen moeite hadden met het formuleren van de SMART doelstellingen, hier moet op ingespeeld worden door de leider en tevens door een uitgebreide training.

Daarnaast is het bij ToC ook belangrijk dat ook de teamleider veel begeleiding krijgen, om weerstand te voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren doordat een afdeling geen resultaten boekt of door het top-down implementeren. Het boeken van weinig resultaat kan komen doordat een afdeling het al heel goed doet en een korte ligduur heeft, en er daardoor weinig winst meer te behalen valt. Door sturing op de ligduur ontstaat er dan weerstand.

5.3.2. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit onderzoek is een casestudy, waarbij onderzoek is gedaan naar twee cases (Eerste Hart Hulp - Zorgpaden bij Rivas Zorggroep en Interne/Oncologie - ToC bij Albert Schweitzer). Om een generaliseerbaar antwoord te geven wat de probleemstelling betreft, dient er ook onderzoek gedaan te worden binnen andere ziekenhuizen die een ontwikkel of ontwerpbenadering toepassen. Tevens dienen er dan meer afdelingen/projecten meegenomen te worden. De resultaten van de verschillende ziekenhuizen kunnen dan vergeleken worden. Op deze manier kan een algemeen overzicht van verschillen en overeenkomsten in veranderen, leiderschap en borging in de theorie en praktijk weergegeven worden. De onderbouwing voor zo'n onderzoek is in dit onderzoek gegeven.

Met beide methodes wordt nu enige tijd gewerkt en worden de successen geborgd. Het is aan te raden om het onderzoek over een of enkele jaren te herhalen om te kijken of er nog steeds sprake is van succesvolle borging.

De rol van de Raad van Bestuur is in dit onderzoek niet meegenomen, omdat het onderzoek gericht is op het operationele niveau. Om leiderschap bij borging van het project in de gehele organisatie te onderzoeken is aan te bevelen in vervolgonderzoek ook de Raad van Bestuur te onderzoeken. .

6. Referentielijst

6.1. Literatuur

- Baarda, DB., De Goede, MPM (2001) *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Bass, B (1989) *Stogdill's Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York: Free Press.
- Blake, RR., Mouton JS (1964) *Breakthrough in Organization Development*. Homewood: Questia Media America
- Blanchard, KH., Zigarmi, P., & Zigarmi, D (2003). *Situational leadership II*. San Diego: The Ken Blanchard's Companies.
- Boonstra, JJ. *De dynamiek van verander- en leerprocessen binnen organisaties. Kritische beschouwing en nieuwe gezichtspunten*.
- Boonstra, JJ (2000) *Oratie: Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. Amsterdam: Vossiuspers
- Boonstra, JJ (2005) *Besturen van organisaties vanuit een paradoxaal perspectief*. Accounting 1
- Borghuis, TL. (2007) *Vertragingen te lijf. Drastische verkorting van opnameduur in St. Antonius Ziekenhuis*. Medisch Contact 62;33-34
- Breen, AM., Burton-Houle, T., Aron, DC (2002) *Applying the Theory of Constraints in Health Care: Part 1 – The Philosophy*. Quality Management in Health Care 10;3;410-46
- Commandeur, H. & R.L. van Heijst (2004). *De flexibele onderneming*. In; *M&O*, 58, 3.
- Cozijnsen, AJ (2004) *Anders veranderen, sturen op slaagfactoren bij complexe verandertrajecten*. Eerste druk. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Cozijnsen, AJ., Vrakking, WJ (2003) *Handboek verandermanagement, theorieën en strategieën voor organisatieverandering*. Tweede druk. Deventer: Kluwer
- De Caluwé, L., Vermaak, H (2006) *Leren veranderen*. Deventer: Kluwer
- De Jong, RD., Voorendonk, RH., Boogaarts, FP., Le Blanc, PM., Den Ouden, MD., Spuijbroek, PA. (1996) *Situational Leadership Theory*. Gedrag en Organisatie, 9;5:277
- De Vries, G., (2007) *Zorglogistiek definitief op de kaart*. ZE magazine 02/07;8-13
- De Vries, G., Hiddema, UF (2001) *Management van patiëntenstromen*. Medicus en Management 3, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Antwerpen
- De Vries, J., Hummel, H., De Meer, JP., Otter, R. (2009) *Integrale oncologische zorgpaden: opzet en toepassing*. Van Gorcum
- De Vries, RE., Roe, RA., Taillieu, TCB., Nelissen NJM (2004) *Behoeftte aan leiderschap in organisaties. Wie heeft het en waarom?* Gedrag en organisatie 3
- Fiedler, FE (1963) *Leadership quarterly. A Contingency model of leadership effectiveness*, vol 3. no.1, p.63-89.
- Fiedler, FE (1971) *Validation and extension of the contingency model of leadership effectiveness: A review of empirical findings*. Psychological Bulletin. 76 (2); 128-148.

- Finlay, P (2000). *Strategic Management: An introduction to Business and Corporate Strategy*. Harlow: FT Prentice Hall Financial Times.
- Goleman, D (2003) 'Leiderschap met resultaat', in: 'Wat maakt iemand tot een leider?' Harvard Business Review, Thema, bedrijfswetenschappelijke en educatieve uitgeverij, 2003, p. 39 - 63
- Gorissen, P., Van Merode, G (2006) *Sneller beter met de centrale afdeling logistiek*. Tijdschrift voor Inkoop & Logistiek. 5;20-23
- Grol, R., Wensing, M (2006) *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Derde druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Hersey, P., Blanchard, KH (1993) *Management of organization behavior: utilizing human resources*. Zesde editie. Englewood: Prentice-Hall
- McGregor, D (1960) *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill
- Miller, D (2004) *Building sustainable change capability*. Industrial and commercial training 36 (1):9-12.
- Mintzberg, H (2006) *Organisatiestructuren*. Pearson Education Benelux
- Motwani, J., Klein, D., Harowitz R (1996a) *The Theory of Constraints in services – part 1 the basics*. Journal of Managing Service Quality 6:1;53-56
- Motwani, J., Klein, D., Harowitz R (1996b) *The Theory of Constraints in services – part 2 examples from health care*. Journal of Managing Service Quality 6:2;30-34
- Koopman, P., Boonstra, J (2005) *Effectiviteit van beïnvloedingstactieken van managers*. Management en organisatie juli;44-60
- Kotter JP (1994) *Leading change: Why transformation efforts fail*. Boston: Harvard Business Review
- Kotter, JP (1996) *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press
- Kotter, JP., Cohen, DS (2002) *The Heart of change: real-life stories of how people change their organization*. Boston: Harvard Business School Press
- Lievers, B., Lubberding, BJ (2001) *Change management*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Øvretveit, J., Gustafson, D. (2003) *Improving the quality of health care. Using research to inform quality programmes*. BMJ 2003;326:759–61
- Peters, MAJ., Harmsen, M., Laurant, MGH., Wensing, M (2003) *Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg*. Uitgave: Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen
- Prochaska, JO., DiClemente, CC (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. J Consult Clin Psychol;51:390–5.
- Ranzijn, E (2008) *Huisartsen aan de leiding*. Bohn Stafleu van Loghum: Amsterdam
- Remijn, MR (2010) *Goede spoedzorg is tijdige zorg*. Medisch contact 65:8 444-446
- Schein, EH. (1992) *Organizational culture and leadership*. Tweede editie. San Francisco: Jossey-Bass inc. Publishers
- Schouten, L (2004) *De achilleshiel van de doorbraakprojecten: verspreiding van resultaten en opgedane kennis stagnert*. Medisch contact 59 (42):1642-1644.
- Seegers, HJJL (2008) *Leiders leren*. Proefschrift VU amsterdam
- Sermeus, W., Vanhaecht, K (2002) *Wat zijn klinische paden?* Acta Hospitalia 3: 5-11
- Stoker, JI (2005) *Leiderschap verandert*. Koninklijk van Gorcem; Assen.

Van der Boogaard, M., Speelman-Ter Brugge, C., Van der Hoeven, H (2009) *Het klinisch pad: een andere manier van werken?* Critical Care 4;58-63

Van Harten, WH., Hans EW., Van Lent, WAM (2010) *Aanpak efficiëntie te ondoordacht.* Medisch Contact 06;264-267

Van Havermaet, T (2005) *Gebruik van de 'theory of constraints' bij de optimalisatie van managementbeslissingen.*

Vanhaecht, K., Sermeus, W (2002) *Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het raamwerk klinische paden.* Acta Hospitalia 3: 13-27

Vissers, J., Beech, R (2005) *Health Operations Management: patient flow logistics in health care.* Routledge Health Management Series, Oxon

Wanrooy, MJ (2001) *Leidinggeven tussen professionals.* Schiedam: Scriptum

Werkman, RA., Boonstra, JJ., Elving WJL (2005) *Complexiteit en weerbaarheid in veranderprocessen. Patronen in het verandervermogen van Nederlandse Organisaties.* Management & Organisatie 5;5-29

Wijngaarden, JDH., De Bont, AA., Huijsman, R. (2006) *Cooperation in Care, Integration of care in networks by steering, coordinating and learning.* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie

Zaleznik, A (1992) *Managers and leaders, are they different?* Boston: Harvard Business Review

6.2. Internet

Netwerk Klinische Paden, bezocht op 6 april, via <http://www.nkp.be>

Nieuwenhuis, MA (2008), The Art of Management. Bezocht op 4 februari, via <http://www.the-art.nl>

Sullivan, T (2010) Bottleneck vs. Constraint (in an operations setting). Bezocht op 16 januari 2010, via <http://www.ciras.iastate.edu/library/toc/terminology.asp>

Van Ede, CJ (2010) ToC, De ongelimiteerde organisatie. Bezocht op 16 januari 2010, via www.procesverbeteren.nl

6.3. Documenten

Broere, Leidraad Consult over: *situationeel leiderschap.*

Hugen, F., Van Zelm, R., Dahmen, S (2009) *Doelmatigheid. Kwaliteitsperspectief in het verbeteren van werkprocessen.* Q-consult.

7. Bijlage

7.1. Bijlage 1. 30-stappenplan volgens Verhaecht en Sermeus (2002)

PLAN FASE

In de plan fase (stap 1-6) gaat het om de populatie af te bakenen en het team samenstellen en starten met de eerste versie opbouwen van een zorgpad.

Stap 1 : *eerste contact*

In de eerste stap moet duidelijk worden voor welke populatie het klinisch pad ontwikkeld wordt en wie de verantwoordelijke arts is.

Stap 2 : *impactanalyse*

Naast volume, kosten en risico is voorspelbaarheid van de zorg de meest belangrijke parameter. Hoe meer voorspelbaar hoe beter de populatie zich leent voor een pad.

Stap 3 : *samenstelling interdisciplinaire werkgroep*

Tijdens dit eerste overlegmoment met het interdisciplinaire team dienen afspraken gemaakt te worden over de projectorganisatie en het verloop van het project. Het kernteam, dat uit 5 tot 7 personen bestaat, heeft tot doel het hele project uit te werken en als afgevaardigde voor hun discipline op te treden. De verantwoordelijke voor dit team is de verantwoordelijke arts.

Stap 4 : *afbakening van de patiëntenpopulatie*

Een klinisch pad wordt ontwikkeld voor een specifieke patiëntenpopulatie. Deze populatie moet afgebakend worden door het team. Het tijdsvenster wordt bepaald.

Stap 5 : *bepalen van de doelstellingen van het klinisch pad, het operationaliseren van de doelstellingen in meetbare indicatoren en bepalen van de sleutelinterventies*

Het team dient te bepalen welke doelstellingen men nastreeft bij deze populatie. Dit zijn niet enkel de doelstellingen voor de hulpverleners zelf, maar voornamelijk de doelstellingen voor de patiënt. Wanneer deze patiëntendoelstellingen duidelijk zijn, operationaliseert men deze in meetbare indicatoren zodat de doelstellingen geobjectiveerd en geëvalueerd kunnen worden. Een laatste fase in deze stap is het bepalen van de sleutelinterventies.

Stap 6 : *eerste versie van het klinisch pad (huidige werking)*

Deze eerste versie van het klinische pad wordt uitgetekend door het multidisciplinaire team. Een klinisch pad wordt opgebouwd door eerst de doelstellingen te bepalen en nadien de acties te plannen om deze doelstellingen te behalen

DO FASE

De do- fase (stap 7-13) gaat zicht te krijgen op de huidige werkwijze en kwaliteit van zorg.

Stap 7 : *dossieranalyse*

Aan de hand van een retrospectieve analyse van een twintigtal dossiers wordt de huidige werking in kaart gebracht. Er wordt vooral gekeken naar haalbaarheid van de eerste versie van het pad, de doorlooptijd en de knelpunten.

Stap 8 : *voormeting aan de hand van Klinisch pad Kompas*

Uitvoeren van een prospectieve kwaliteit- en efficiëntiemeting. Gebruik makend van de vijf indicatoren volgens het Klinisch Pad Kompas. De voormeting (nulmeting) wordt als een van de belangrijkste stappen in het stappenplan gezien, is namelijk essentieel om de impact van het pad te kunnen evalueren.

Stap 9 : *patiënt surveys*

Hierdoor zijn een tiental patiënten aan het woord over het proces van het zorgprogramma. Door interviews, vragenlijsten of 'walk through'.

Stap 10: *documentenanalyse*

Een inventarisatie van de schriftelijke documenten, om dubbele documenten weg te werken.

Stap 11: *proces mapping*

De procesmapping is noodzakelijk als basis voor de vereenvoudiging en structurering van het proces. Het proces is zo sterk als de zwakste schakel. Door dit proces komen bottlenecks aan het licht. Gaat volgens de drum, buffer en rope theorie. Drum is de activiteit die het ritme van het proces aangeeft. Buffer is het systeem van veiligheidsmarges. Rope geeft de samenhang tussen bepaalde sleutelinterventies weer.

Het is belangrijk om de drum, buffer en rope te kennen voor het organiseren van een

optimale planning.

Stap 12: *vergelijking met "best practice guidelines"*

Het gaat om de kritische evaluatie van de inhoud van het pad, op basis van "best practice".

Stap 13: *peer review*

Het voorleggen van het pad aan de medisch-ondersteunende diensten om na te gaan of het pad haalbaar.

CHECK FASE

In de check-fase (stap 14-20) worden de verzamelde gegevens bestudeerd en wordt de eerste versie van het klinisch pad door de werkgroep vervolledigd en bijgestuurd.

Stap 14: *vastleggen van de operationele criteria voor afbakening van de patiëntenpopulatie*

Het bepalen van de in- en exclusiecriteria die op het pad vermeld worden.

Stap 15: *concreet uitschrijven van een klinisch pad vis een Time-Task matrix*

De eerste versie van het klinisch pad (stap 6) wordt op basis van de resultaten uit de do fase omgezet naar een tweede versie. Naast interventies moeten ook doelstellingen in het pad worden opgenomen. Het pad kan door specifieke software ondersteund worden.

Stap 16: *planning van het volledige proces*

Het uitwerken van een volledig capaciteits- en middelenplan, gericht op de meest ideale doorstroming van de patiënten.

Stap 17: *capaciteit- en middelenplan*

Het evalueren van de huidige capaciteiten en middelen.

Stap 18: *opstellen van Service Level Agreements (SLA)*

SLA bestaat uit een beschrijving van de verwachte bijdrage aan het klinisch pad van niet rechtstreeks verbonden medewerkers evenals de verwachte middelen, verwachte service en het kwaliteitsniveau.

Stap 19: *vastleggen van de aansturing van het pad*

Vastleggen van verantwoordelijkheden, overlegmomenten, hoe wordt gerapporteerd, hoe worden wijzigingen aangebracht, wat te doen als pad niet gevolgd wordt.

Stap 20: *opleiding van alle medewerkers*

Afspraken maken over hoe het pad gebruikt en opgevolgd dient te worden. Het is een leidraad geen standing order. Het moet duidelijk zijn waarom bepaalde beslissingen genomen werden.

ACT FASE

De act-fase (stap 21-30) is het implementeren en continue evaluatie van het zorgpad.

Stap 21: *testcasus*

Het pad wordt uitgetest bij een aantal patiënten gedurende 3 weken of een try-out bij 10 patiënten, afhankelijk van volume.

Stap 22: *aanpassen van het pad tot een definitieve implementatieversie*

Op basis van de testcasus moeten er mogelijk nog een aantal aanpassingen/verbeteringen aangebracht worden aan het pad.

Stap 23: *integratie van klinische paden in het patiënteninformatiesysteem*

ICT ondersteuning is noodzakelijk.

Stap 24: *integratie van het klinisch pas in het patiëntendossier*

Lay-out van paden is zeer verschillend. Het kan in de vorm van checklists voor sleutelinterventies. De time-task geeft een overzicht van het proces, maar mist diepgang.

Stap 25: *registratie van afwijkingen*

Omdat elke patiënt uniek is, is het normaal dat er afgeweken wordt van het klinisch pad.

Deze variaties kunnen zowel positief als negatief zijn. Er moeten afspraken gemaakt worden over de opvolging van deze variaties en de rapportage hiervan,

Stap 26: *agendabeheer- en boekingsystemen*

Ondersteunende diensten moeten ondergeschikt worden gemaakt aan het klinisch pad, als de patiënt centraal wordt gesteld. Dit vraagt een uitstekend boekingsstelsel (van de luchtvaart).

Stap 27: *patiënteninformatie via folders of internet*

De informatie over het door de patiënt te volgen pad is interessant voor zowel de patiënt, de familie als de huisarts.

Stap 28: *de beschikbaarheid van een klinisch pad en bijhorende infobrochures op een*

intranet

Dit is vooral zinvol voor eigen medewerkers, het kan tevens gebruikt worden voor informatie voor nieuwe medewerkers.

Stap 29: nameting en systematische evaluatie van het pad

Na enkele maanden wordt het geëvalueerd op basis van het Klinisch Pad Kompas. Dezelfde indicatoren die gemeten en gevolgd zijn tijdens de do-fase (stap 7 tot 13) worden herhaald. Het kan ook op basis van de PDCA-cyclus, aangezien de gezondheidszorg complex en zeer dynamisch is, kunnen er altijd wijzigingen zijn die moeten worden aangepast en geëvalueerd. Het opmaken van een boordkaart (Balanced Scorecard) op het niveau van het klinisch pad wordt ondersteund.

Stap 30: opzetten van een systematisch feedback loop

Het is belangrijk om de gegevens systematisch te verzamelen, evalueren en bij te sturen. Dit kan door informatiesystemen die dit Klinisch Pad Kompas ontwikkelen.

DE BELANGRIJKSTE STAPPEN ZIJN:

- samenstellen interdisciplinaire werkgroep (anders is er geen sprake van een klinisch pad)
- bepaling doelstellingen en operationaliseren van meetbare indicatoren
- eerste versie klinisch pad met lijst van sleutelinterventies, noodzakelijk om do-fase te doorlopen
- analyse huidige werkwijze door dossieranalyse, voormeting, patiëntensurveys en gesprekken met hulpverleners
- opmaak tweede versie van klinisch pad op basis van resultaten uit de do-fase
- opleiding aan hulpverleners
- implementatie van het pad via testcasus en later definitieve versie
- nameting en systematische evaluatie van het pad op basis van Klinisch Pad Kompas
- blijvende systematische opvolging

7.2. Bijlage 2. De topic-lijst

Aanleiding

- Wie
- Waarom
- Communicatie
- Weerstand
- Verloop

Project

- Rol
- Motivatie
- Implementatie
- Praktische zaken
- Samenwerking
- Hulp
- Borging
- Toekomst

Leiderschap

- Taken
- Rol
- Typering
- Borgen
- Verwachtingen
- Terugkoppeling
- Communicatie
- Motivatie

7.3. Bijlage 3. Het Zorgpad

Zorgpad Eerst Hart Hulp		3 OOST	
pag2		Matig risico	
		Laag risico	
Screening			
<input type="checkbox"/> ECG 6uur na opname 3oost <input type="checkbox"/> ECG bij pijn episode		<input type="checkbox"/> Troponine 6 uur na opname 3oost	
↓ positief voor ischemie	↓ negatief voor ischemie	↓ negatief	↓ positief
<input type="checkbox"/> Zorgpad IAP/AMI	<input type="checkbox"/> <i>Fraxiparine staken</i> <input type="checkbox"/> Ergometrie		<input type="checkbox"/> Zorgpad IAP/AMI
↓ Ergometrie		↓ Ergometrie positief	↑
↓ negatief			
Matig Risico	Laag Risico		
↓ Beleid		Aandachtspunten	
<input type="checkbox"/> Ontslaggesprek met cardioloog en/of NP	<input type="checkbox"/> Ontslaggesprek met cardioloog en/of NP	<input type="checkbox"/> Cardioloog/NP checkt de anamnese <input type="checkbox"/> Cardioloog/NP spreekt ontslag en controle af * <input type="checkbox"/> Ontslagbrief invullen.	
<input type="checkbox"/> Ontslag	<input type="checkbox"/> Ontslag	<input type="checkbox"/> Ontslagbrief faxen naar secr. cardiologie <input type="checkbox"/> Poliafspraak maken	
<input type="checkbox"/> Controle 4 weken	<input type="checkbox"/> Geen controle tenzij...*	<input type="checkbox"/> Ontslagbrief niet aan patiënt meegeven	
<input type="checkbox"/> Ascal continueren	<input type="checkbox"/> Ascal stoppen tenzij...*		
<input type="checkbox"/> Isordil 5mg z.n.		<input type="checkbox"/> Instructies gebruik Isordil geven	
<input type="checkbox"/> Evt. thuismedicatie aanpassen	<input type="checkbox"/> Evt. thuismedicatie aanpassen		

7.4. Bijlage 4. Overzicht van figuren en tabellen

Tabellen

Tabel 1. Hypothetisch model over de twee benaderingen

Tabel 2. ToC en Zorgpaden in de praktijk vergeleken

Tabel 3. Verschillen in theorie en praktijk tussen de verschillende benaderingen.

Figuren

Figuur 1. Vier stijlen van leidinggeven volgens Hersey & Blanchard

Figuur 2. Hersey en Blanchard, Stijlen van leidinggeven bij ontwikkelingsniveau en motivatie

Figuur 3. Theorie en werkwijze bij beide benaderingen

Figuur 4. Een voorbeeld van een systeem

Figuur 5. Vijf stappen voor productieverbetering

Figuur 6. Plan-Do-Check-Act cyclus voor een zorgpad

Figuur 7. Conceptueel model

Figuur 8. Structuur in het Albert Schweitzerziekenhuis

Figuur 9. Conclusie naar aanleiding van twee casestudies