

# Een stoutmoedige organisatieverandering

Evaluatieonderzoek naar een episodische interventie van het Amalia kinderziekenhuis



Radboud Universiteit Nijmegen

MSc Bedrijfskunde

Groep 49

Melliemke de Smit (S1016101)

Beoordelaar: dr. J.M.I.M. Achterbergh (Jan)

Tweede beoordelaar: dr. D.J. Vriens (Dirk)

## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek in het kader van de masterstudie Bedrijfskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Al reeds bij het eerste vak, systeemtheorie, werd duidelijk dat het functioneren van organisaties is waar mijn aandacht naar uitgaat en dan in het bijzonder naar veranderekunde en systeemdenken. De richting die het Radboud heeft gekozen voor haar opleiding is ook de insteek die mij goed past en waar ik hopelijk ook nog veel in mag bijdragen. Hoe creëer je organisaties die goed functioneren met oog voor mens en maatschappij en die hun verantwoordelijkheid nemen, een thema wat nu meer dan ooit speelt. Ik wil de Radboud dan ook danken voor hoe ze deze opleiding hebben vormgegeven, voor de inspirerende en vakinhoudelijk sterke docenten die er elk college stonden en het de moeite waard maakten. Ook wil ik hier Jessica Vogel mijn opdrachtgever en transitie manager bij het Amalia kindziekenhuis en haar collega's bedanken. Vooral hun openheid en vertrouwen vond ik bijzonder, maar ook dat ik mee mocht kijken bij de enorme opgave die zij op zich hebben genomen. Op het moment dat een van de respondenten, tijdens het interview, het woord stoutmoedig aanhaalde in relatie tot het traject, wist ik direct dat dit de titel van mijn afstudeeronderzoek zou moeten worden. Niet alleen vind ik het op zijn plaats maar ook inspirerend. Ik hoop ook dat ik stoutmoedig mijn werkend leven mag voortzetten. Stout waar het soms speels en buiten de lijntjes mag en moedig waar het gaat om te doen wat moet en iets spannends niet uit de weg te gaan.

Ik wil mijn jaargenoten bedanken, met jullie vond ik het niet erg om twee keer per week naar college te komen. En natuurlijk Maarten, Michaël en Wouter, zonder hen had het niet weer als een echte studententijd gevoeld. Proost!

Privé wil ik als eerste Gert bedanken, omdat hij met de voor mij legendarische woorden ervoor heeft gezorgd dat ik de volgende dag het Radboud belde en ben gestart. VGL, uiteraard, wat ben ik blij met jullie en kijk ik altijd weer uit naar onze avonden. Saskia en Marieke als kritische en liefdevolle meelezers. Lieselot, Marie-José en mijn dochter Anouk voor de voorkant. Sowieso al mijn familie, vrienden en vooral Anouk, dank voor de ruimte die jullie me hebben moeten geven en het geduld wat jullie hebben gehad. Vanaf nu heb ik weer meer aandacht voor jullie.

En tot slot wil ik mijn begeleider Jan Achterbergh bedanken. Dank voor de tijd die je voor me hebt genomen, de heldere structuur die je me hebt gegeven en wat ik van jou en indirect je medeauteur Dirk Vriens heb geleerd.

Op dat we mooiere organisaties mogen bouwen, waar mensen graag werken en tot bloei komen en waarmee we misschien zelfs wel een bijdrage kunnen leveren aan een iets mooiere wereld.

Amsterdam, 1 februari 2020

Melliemke

## Managementsamenvatting

In dit onderzoek staat het organisatievernieuwingstraject van het Amalia kinderziekenhuis centraal. Het Amalia maakt onderdeel uit van het Radboudumc. In 2017 is besloten dat alle kindzorg onder het Amalia gebracht moet worden, als een resultaatverantwoordelijke eenheid. Men wenst de zorg te concentreren rondom het kind en de familie in plaats van rondom het specialisme. De centrumleiding van het Amalia is verantwoordelijk voor dit traject en opdrachtgever van dit onderzoek. Dit verandertraject kan een voorbeeld zijn voor vergelijkbare verandertrajecten die nog zullen volgen binnen het Radboudumc. De centrumleiding vraagt om een evaluatie van het traject tot nu toe om interventies nu en in de toekomst te kunnen verbeteren. Dit heeft geleid tot de volgende doel en vraagstelling:

De directie van het Amalia voorzien van aanbevelingen om de kwaliteit van toekomstige interventies te verbeteren. Hiervoor wordt een evaluatieonderzoek gedaan naar de kwaliteit van de redenering die is gevolgd ten aanzien van de inrichting van de interventieorganisatie in relatie tot de te realiseren interventieactiviteiten van het interventieproces in het Amalia. Het onderzoek beperkt zich tot de eerste twee fasen (diagnose en ontwerp) van het interventieproces.

Het gaat om een praktijkgericht kwalitatief onderzoek. Belangrijkste informatiebronnen waren interviews met betrokkenen, relevante documenten en de input van het relatief nieuwe 3D-model van Achterbergh en Vriens (2019). Dit heeft geleid tot een aantal conclusies.

Het organisatievernieuwingstraject is gestart met een opdracht vanuit de Raad van Bestuur op basis van een adviesrapport onder leiding van F. Sweep. De centrumleiding heeft een organisatieconcept opgesteld voor het nieuwe Amalia kinderziekenhuis. Hierbij is volgens opdracht een met name functionele invalshoek gekozen, waarbij er een ontwerp op hoofdlijnen is ontwikkeld met als doel de zorg rondom het kind en familie te organiseren. Dit ontwerp is gebaseerd op een gedachtegoed waarbij de zogenoemde parameterwaarde omlaag kan worden gebracht, door de organisatie meer stroomsgewijs in zorgpaden te organiseren. Het kernteam wat het traject leidt heeft voor een pragmatische opzet gekozen door zich in eerste instantie te concentreren op het overbrengen van alle kindzorg en het inrichten van de nieuwe structuur. Leidinggevenden zijn op cruciale posities ingezet en hebben mede de organisatie vormgegeven. Er is in eerste instantie weinig geparticipeerd door mensen die doelgroep zijn van de verandering bij de interventieactiviteiten. Er is vooral voorwaardenscheppend gewerkt met de gedachte om later te gaan investeren in het 'leven' van de nieuwe structuur. Het Amalia klaart hiermee een enorm traject met een prachtige ambitie waarmee verschil kan worden gemaakt. Niet voor niets werd het woord stoutmoedig genoemd in relatie tot het interventieteam.

Op basis van dit onderzoek kom ik tot de volgende aanbeveling voor de directie van het Amalia kinderziekenhuis om toekomstige interventies te verbeteren:

Richt een integraal interventieteam in waar in ieder geval zowel veranderkundige als organisatiekundige expertise aan is toegevoegd. Zorg hierbij dat het team op frisse afstand wordt gepositioneerd ten opzichte van het te veranderen organisatieonderdeel. Breng relaties binnen en buiten het Amalia in kaart die van belang zijn voor het realiseren van de gewenste verandering. Start het traject met een diagnose in samenwerking met mensen die van belang zijn voor de verandering, om vanaf het begin medestanders te organiseren voor de beoogde verandering. Geef het traject integraal vorm door regelmatig te monitoren op het realiseren van zowel functionele als sociale doelstellingen en waar mogelijk mensen te laten participeren bij de benodigde interventieactiviteiten. Dit tezamen maakt dat de kans wordt vergroot dat interventies de gewenste doelstellingen realiseren.

## Inhoud

Voorwoord.....	1
Managementsamenvatting.....	2
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	6
1.1    Projectkader.....	6
1.1.1    Complexe organisaties.....	6
1.1.2    Onderzoek bij het Amalia.....	7
1.2    Globaal conceptueel model.....	7
1.3    Doelstelling.....	8
1.4    Onderzoeksmodel.....	8
1.4.1    Toelichting onderzoeksmodel.....	8
1.5    Vraagstelling.....	8
1.6    Relevantie.....	9
1.6.1    Praktische relevantie.....	9
1.6.2    Wetenschappelijke relevantie.....	9
1.7    Vooruitblik.....	9
Hoofdstuk 2. Theorie.....	10
2.1    Organisatieverandering.....	10
2.1.1    Aard van de verandering.....	11
2.1.2    Geplande episodische interventie.....	12
2.1.3    Integraal veranderen.....	13
2.1.4    Conclusie.....	13
2.2    Diverse theoretische invalshoeken.....	14
2.2.1    Selectie theorie.....	18
2.3    Het 3D model.....	18
2.3.1    Functionele dimensie.....	19
2.3.1.1 <i>Diagnose</i> .....	19
2.3.1.2 <i>Ontwerp</i> .....	21
2.3.2    Sociale dimensie.....	21
2.3.2.1 <i>Motivatatie ontwikkelen</i> .....	22
2.3.2.2 <i>Adoptie</i> .....	23
2.3.3    Infrastructurele dimensie.....	24
2.3.3.1 <i>Relatie functionele, sociale en infrastructurale dimensie</i> .....	25
2.3.3.2 <i>Interventiestructuur</i> .....	25
2.3.3.3 <i>Interventietechnologie</i> .....	26
2.3.3.4 <i>Human Resources</i> .....	26
2.4    Normatief kader.....	29
2.4.1    Welke interventieactiviteiten.....	29

2.4.2	Inrichting interventieorganisatie .....	31
Hoofdstuk 3.	Methodologie.....	34
3.1	Onderzoeksstrategie.....	34
3.2	Overzicht organisatievernieuwingstraject .....	34
3.3	Onderzoeksmateriaal.....	36
3.3.1	Bronnen .....	36
3.3.2	Dataverzameling.....	36
3.3.3	Data-analyse.....	37
3.4	Validiteit, betrouwbaarheid en onderzoeks-ethiek .....	37
3.5	Respondenten, rol in het traject.....	38
Hoofdstuk 4.	Resultaten en analyse.....	39
4.1	Inleiding .....	39
4.2	Kernbegrip functionele interventieactiviteiten .....	39
4.2.1.	Doel(en) en visie.....	39
4.2.2.	Diagnose.....	42
4.2.3.	Ontwerp: ontwerp van de structuur en theoretisch kader.....	43
4.3	Kernbegrip sociale interventieactiviteiten.....	45
4.3.1	Motivatie en adoptie.....	45
4.4	Kernbegrip interventieorganisatie .....	47
4.4.1	Inrichting interventieorganisatie .....	47
4.4.2	Interventie HR.....	50
4.4.3	Interventietechnologie.....	52
4.4.4	Veranderrelaties en macht.....	53
4.5	Bijvangst .....	54
Hoofdstuk 5.	Conclusies, aanbevelingen en reflectie .....	56
5.1	Kernbegrip Interventieactiviteiten.....	56
5.1.1	Functionele interventieactiviteiten.....	56
5.1.2	Sociale interventieactiviteiten.....	57
5.2	Kernbegrip: Interventieorganisatie .....	58
5.2.1	Interventieorganisatie.....	58
5.2.2	Interventie HR:.....	59
5.2.3	Interventietechnologie.....	59
5.2.4	Veranderrelaties en macht.....	59
5.2.5	Bijvangst .....	60
5.3	Conclusies en aanbevelingen .....	60
5.4	Discussie en reflectie.....	62
5.4.1	Limitaties.....	62
5.4.2	Reflectie op gehanteerd model.....	63

Literatuuroverzicht .....	66
Bijlagen.....	68
Bijlage 1: Vragenleidraad .....	68
Bijlage 2: Samenvatting bronnen per topic (vertrouwelijk) .....	70
2.1    Geraadpleegde documenten: .....	70

## Hoofdstuk 1. Inleiding

Het Radboudumc is een universitair medisch centrum voor patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleidingen, in Nijmegen. Radboudumc wil, waar mogelijk, voorop lopen in de ontwikkeling van duurzame, innovatieve en betaalbare gezondheidszorg en daarmee bijdragen aan de gezondheid van mens en maatschappij in Nederland en daarbuiten. De betaalbaarheid van de zorg staat echter door diverse maatschappelijke ontwikkelingen onder grote druk. Multimorbiditeit neemt toe, het voorkomen van ziekten en het dichterbij huis organiseren van zorg is steeds belangrijker. Daarbij verandert de rol van de patiënt. Om voorop te kunnen lopen heeft het Radboudumc besloten tot een grootscheepse integrale vernieuwing van de organisatie.

In 2016 is besloten te starten met het Amalia kinderziekenhuis (het Amalia). Het Amalia is onderdeel van het Radboudumc. Jaarlijks worden ongeveer 22.000 kinderen tussen 0 en 18 jaar in het Amalia behandeld, wat 18% is van alle patiënten in het Radboudumc.

Doel organisatievernieuwing Amalia kinderziekenhuis:

Centraal staat het organiseren van de zorg rondom de patiënt door de sturen op de zorgketen: de *patientjourney*. Om dit voor elkaar te krijgen zijn er een aantal primaire doelen geformuleerd.

- Het Amalia wordt een resultaat verantwoordelijke eenheid voor alle kindzorg in het Radboudumc
- Uniformering van de bedrijfsprocessen naar een vitale organisatie
- De speerpunten qua strategie zijn:
  - innovatief: ontwikkeling van zinnige zorg, dicht bij huis;
  - persoonsgericht: kind- en familiegericht
  - leiderschap en gedrag: professioneel en persoonlijk

### 1.1 Projectkader

Het Amalia is het eerste onderdeel van de integrale organisatorische vernieuwing van het Radboudumc. De eerste aanzet was in 2017 en het traject is nog niet klaar. De leiding van het Amalia wil weten of ze het interventieproces goed heeft gedaan. Door dit te evalueren wil het Amalia haar interventieactiviteiten nu en in de toekomst verbeteren om zo de gewenste veranderingen te kunnen realiseren.

Het Radboudumc is te definiëren als een complexe organisatie. Het is functioneel georganiseerd rondom de specialismen. Het voordeel van een functioneel ingerichte organisatie is dat alle vergelijkbare knowhow dichtbij elkaar zit waardoor ontwikkelen en delen van kennis makkelijker verloopt. Het nadeel is dat het overzicht op het proces richting de patiënt vaak is vertroebeld. Er zijn veel afhankelijkheden van andere afdelingen, communicatielijnen zijn complex en regelmogelijkheden vaak beperkt. Dit type organisatie is dermate complex dat ze vaak onvoldoende in staat is mee te bewegen met haar omgeving. De complexiteit wordt verder vergroot door een academisch ziekenhuis drie hoofdtaken kent.

#### 1.1.1 Complexe organisaties

Organisaties kunnen worden gezien als sociale systemen (Achterbergh & Vriens, 2019). Systemen die worden gevormd door interactie tussen mensen. Dit betekent dat leden van de organisatie met elkaar communiceren en daardoor de organisatie realiseren. En deze interactie wordt beïnvloed door doelen die door de organisatie worden gesteld (ook tot stand gekomen door interactie). Ook de manier waarop taken en acties zijn georganiseerd (structuur) en de ongeschreven regels en manier van omgaan met elkaar (cultuur) is van invloed op de interactie binnen een organisatie. De factoren – doelen, structuur en cultuur – die van invloed zijn op interactie, worden interactie-premisses genoemd. Niet alleen de interactie tussen mensen wordt beïnvloed door deze premisses. Dit werkt ook andersom. Wanneer er veranderingen ontstaan in de interactie zal dat ook invloed hebben op de premisses en wanneer er wordt gesleuteld aan de premisses is dat van invloed op de interactie. Veranderingen hebben daarmee gevolgen voor de organisatie als sociaal systeem.

Een organisatiestructuur (de manier waarop taken zijn verdeeld en gekoppeld) kan de oorzaak zijn dat een organisatie onvoldoende in staat is haar taak uit te voeren en sterker nog, onvoldoende in staat is

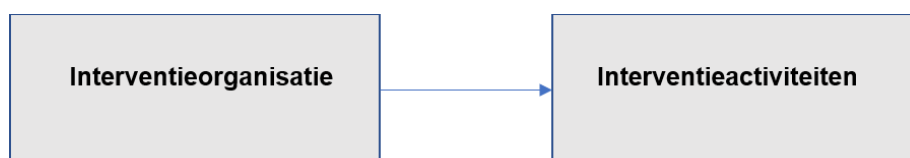
dit intern te corrigeren en hiervan te leren. Dit zijn organisaties waarbij de structuur zo complex in elkaar zit, dat er simpel gesteld te veel afhankelijkheidsrelaties zijn. Wat tot gevolg heeft dat men afhankelijk is van anderen om te zorgen dat een taak van begin tot eind wordt gerealiseerd, dat men onvoldoende overzicht heeft op werk of resultaat en onduidelijk is hoe de regelstructuur precies in elkaar zit. Dit soort complexe structuren zijn niet alleen foutgevoelig, maar ook zijn mensen te veel afhankelijk van anderen om die fouten te kunnen corrigeren. Dit zorgt voor gebrek aan overzicht. En deze factoren tezamen kunnen zorgen dat mensen zich niet meer betrokken voelen met hun werk en minder tevreden in hun werk gaan staan. Taken verlopen niet goed en men heeft onvoldoende (regel)mogelijkheden om dit te verbeteren. Deze zogenaamde hoge parameterwaarde structuren zijn structuren die onvoldoende ruimte bieden om nu en in de toekomst te kunnen veranderen, te verbeteren en/of te anticiperen. Daarmee wordt hun positie op de markt dus ook verslechterd. Om dit soort organisaties te veranderen is volgens Achterbergh en Vriens (2019) een zogenaamde episodische interventie nodig.

### 1.1.2 Onderzoek bij het Amalia

Voor het realiseren van een Amalia dat zich wil gaan organiseren rondom de patiënt is een omslag in de organisatiestructuur nodig, van een functioneel ingerichte organisatie naar een stroomsgewijze organisatie. Om dit te realiseren binnen een complexe organisatie als het Radboudumc is een episodische interventie nodig (Achterbergh & Vriens, 2019; Weick & Quinn, 1999); een grootschalige verandering van de organisatiestructuur. Hierbij worden hoge eisen gesteld aan het interventieproces. Daar dit type organisatie vaak onvoldoende in staat is om zelfstandig te veranderen vergt het organiseren van de interventies extra aandacht. De inrichting van de interventieorganisatie is een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van de interventies en daarmee van invloed op het behalen van het gewenste resultaat. Daarom is het van belang te onderzoeken welke keuzes er zijn gemaakt bij het inrichten van de interventieorganisatie en op basis waarvan die keuzes zijn gemaakt. Door het veranderproces van het Amalia van de afgelopen drie jaar aan de hand van een theoretisch kader te evalueren, te onderzoeken of de juiste interventieactiviteiten zijn verricht en welke redenering is gevolgd bij het organiseren van deze activiteiten, is het doel te komen tot aanbevelingen die de interventieorganisatie en de interventieactiviteiten kunnen verbeteren.

Dit leidt tot het volgende globale conceptuele model.

## 1.2 Globaal conceptueel model



*Figuur 1: Globaal conceptueel model*

Dit model beschrijft de veronderstelling dat de kwaliteit van de 'interventieactiviteiten' beïnvloed wordt door de kwaliteit van de inrichting van de "interventieorganisatie".

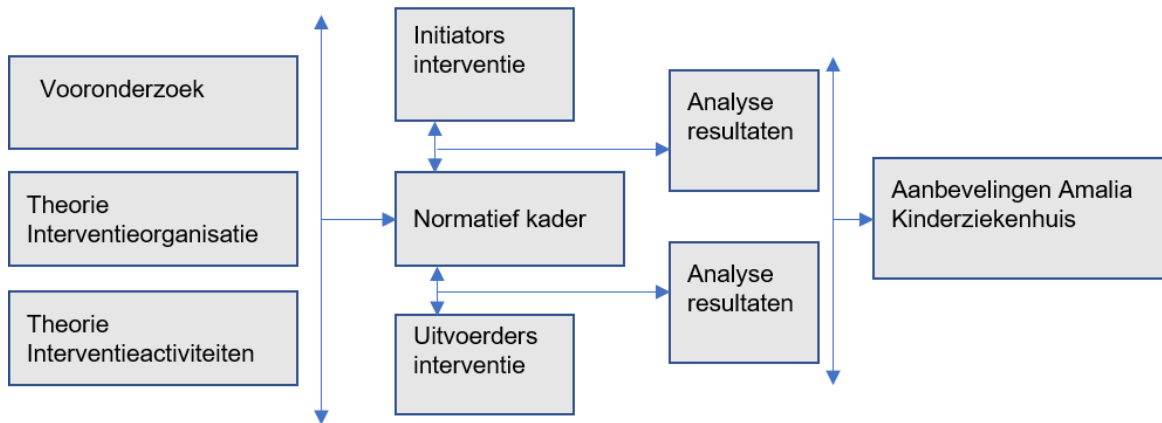


### 1.3 Doelstelling

Het betreft een praktijkgericht evaluatieonderzoek.

Het doel van het onderzoek is het doen van aanbevelingen aan de directie van het Amalia om de kwaliteit van toekomstige interventies te verbeteren. Hiervoor wordt een evaluatieonderzoek gedaan naar de kwaliteit van de redenering die is gevolgd ten aanzien van de inrichting van de interventieorganisatie in relatie tot de te realiseren interventieactiviteiten van het interventieproces in het Amalia. Het onderzoek beperkt zich tot de eerste twee fasen (diagnose en ontwerp) van het interventieproces.

### 1.4 Onderzoeksmodel



Figuur 2: Onderzoeksmodel

#### 1.4.1 Toelichting onderzoeksmodel

Door middel van een vooronderzoek en bestudering van theorie over het bepalen van interventieactiviteiten en inrichten van een interventieorganisatie wordt een normatief kader opgesteld, waarmee de keuzes die zijn gemaakt door het Amaliakinderziekenhuis in het interventieproces geëvalueerd kunnen worden. Aan de hand van dit normatief kader zal het interventieproces worden geëvalueerd door bijbehorende documenten en informatie zoals gecommuniceerd te bestuderen. Daarnaast zullen betrokken partijen in het proces worden geïnterviewd. Om een goed beeld te krijgen van de redenering die is gevolgd en de keuzes die zijn gemaakt bij het bepalen en organiseren van interventieactiviteiten, zal er gesproken worden met de initiators en bedenkers van de interventieaanpak en met de uitvoerders gedurende het interventieproces. De resultaten zullen onderling met elkaar worden vergeleken en geanalyseerd. Op basis van de analyseresultaten worden aanbevelingen geformuleerd voor de directie van het Amalia met als doel de kwaliteit van toekomstige interventies te verbeteren.

### 1.5 Vraagstelling

#### Theorie

- I. Wat is vanuit de theorie bekend over welke interventieactiviteiten op welke wijze verricht dienen te worden teneinde daaraan gekoppelde interventiedoelen te realiseren.
  - a. Wat is er vanuit de theorie bekend over welke functionele activiteiten er op welke wijze verricht dienen te worden.
  - b. Wat is er vanuit de theorie bekend over welke sociale activiteiten er op welke wijze verricht dienen te worden.

- II. Wat is vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het bepalen van de inrichting van de interventieorganisatie, en op basis van welk gedachtegoed, in relatie tot de te verrichten interventieactiviteiten teneinde de gestelde doelen te realiseren.
  - a. Wat is er vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het bepalen van de inrichting van de interventiestructuur.
  - b. Wat is er vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het bepalen van de juiste technologie ter ondersteuning van de te verrichten interventieactiviteiten.
  - c. Wat is er vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het betrekken en/of selecteren van mensen ter ondersteuning van de te verrichten interventieactiviteiten.

### **Empirie**

- III. Welke interventieactiviteiten heeft men willen doen binnen het Amaliaziekenhuis.
- IV. Welke redenering heeft men gevolgd bij het inrichten van een interventieorganisatie binnen het Amaliaziekenhuis in het licht van de gekozen interventieactiviteiten.

### **Analyse**

- V. Vergelijken van de bevindingen met het theoretische normatieve kader, analyseren van deze bevindingen en op basis hiervan aanbevelingen formuleren met betrekking tot het verbeteren van interventieactiviteiten binnen het Amaliaziekenhuis.

## **1.6 Relevantie**

### **1.6.1 Praktische relevantie**

In dit onderzoek wordt het organisatievernieuwingstraject van het Amalia geëvalueerd. De resultaten van dit onderzoek zijn relevant voor het Amalia zelf omdat het traject nog niet is afgerond, zodat mogelijke aanbevelingen nog kunnen worden meegenomen in dit traject. Daarbij kan men met behulp van de aanbevelingen reflecteren op het traject. Daarnaast is het Amalia het eerste verandertraject binnen de verandering van het gehele Radboudumc. Daarmee kan het Radboudumc de resultaten en aanbevelingen gebruiken bij het vormgeven van andere interventietrajecten.

### **1.6.2 Wetenschappelijke relevantie**

Het 3D-model van Achterbergh en Vriens is in 2019 gepubliceerd en nog niet empirisch onderzocht. Met dit onderzoek kan de toepasbaarheid van het model worden getoetst. Daarbij is er weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar over episodische veranderingen in relatie tot hoge parameterwaarde structuren. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan verdere theoretische ontwikkeling over de benadering van episodische verandering van organisaties met een hoge parameterwaarde structuur

## **1.7 Vooruitblik**

Met de volgende vier hoofdstukken wordt toegewerkt naar het beantwoorden van de onderzoeksvragen zoals die in deze these centraal staan. Eerst wordt als basis in hoofdstuk 2 het theoretisch kader waarbinnen het onderzoek zich afspeelt toegelicht. Dan worden de kernvariabelen uit het globaal conceptueel model aan de hand van wetenschappelijke theorie uitgewerkt. Hierbij zal ook de invloed van de onafhankelijke variabele interventieorganisatie op de afhankelijke variabele interventieactiviteiten worden uiteengezet. Dit hoofdstuk leidt tot een normatief kader aan de hand waarvan het interventieproces bij het Amalia geëvalueerd wordt. Aan de hand van de theorie uit hoofdstuk 2 en de geformuleerde criteria wordt in hoofdstuk 3 de methode uitgewerkt en onderbouwd waarmee het empirisch onderzoek bij het Amalia kan plaatsvinden. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen van het empirisch onderzoek uiteengezet en geanalyseerd. Waarna in hoofdstuk 5 de conclusies worden samengevat, de aanbevelingen voor de directie van het Amalia worden geformuleerd en er gereflecteerd wordt op dit onderzoek.

## Hoofdstuk 2. Theorie

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van theorie toegewerkt naar een set van normen en criteria waarmee het interventieproces bij het Amalia geëvalueerd kan worden. Centraal hierbij staat het beantwoorden van de twee theoretische onderzoeksvragen: welke interventieactiviteiten verricht zouden moeten worden en waar in relatie tot deze activiteiten de inrichting van de interventieorganisatie aan zou moeten voldoen teneinde de gestelde doelen te realiseren.

Als inleiding wordt organisatieverandering in het algemeen toegelicht om vervolgens te duiden van welk soort verandering er binnen het Amalia sprake is. In paragraaf 2.1.2 wordt de geplande episodische verandering, het soort verandering zoals in dit onderzoek centraal staat, verder uiteengezet. In paragraaf 2.1.3 wordt vervolgens het belang van een integrale aanpak beschreven, nodig voor het realiseren van een episodische verandering. Op basis van de conclusie worden vijf theoretische invalshoeken omschreven in paragraaf 2.2 en wordt beargumenteerd welk theoretisch model gebruikt wordt in dit onderzoek. In paragraaf 2.3 volgt een verdieping van het geselecteerde model met bij elke paragraaf als conclusie een normatief kader, wat resulteert in de laatste paragraaf: het definitieve normatief kader.

### 2.1 Organisatieverandering

Organisaties zijn dynamische systemen (Boonstra et al., 1996). Systemen die bewegen en veranderen. Die veranderingen kunnen gewenst maar ook niet gewenst zijn. Spontaan ontstaan of vanuit intentie. Organisatie willen graag grip op verandering. De situatie zo manipuleren dat die voldoet aan een bepaalde norm. Die norm kan worden bepaald als gevolg van invloeden van buitenaf of kan worden bedacht vanuit de gedachte dat het daarmee beter wordt. Invloeden van buitenaf zijn in de context gelegen ontwikkelingen als veranderende concurrentie, wetgeving of maatschappelijke ontwikkelingen (Anders & Cassidy, 2014) die aanleiding geven tot verandering. De aanleiding kan ook intern gelegen zijn door bijvoorbeeld het onder de maat functioneren van een team, een verouderd systeem, het efficiënter willen organiseren van een bepaald proces en/of problemen in besluitvorming, communicatie etc.

De achterliggende reden voor verandering van een organisatie is de wens tot overleven. Een organisatie dient in staat te zijn mee te kunnen bewegen met haar omgeving teneinde meerwaarde te kunnen blijven leveren. De omgeving verandert tegenwoordig echter zo snel waardoor ontwikkelingen elkaar in een rap tempo opvolgen wat continue aanpassing van de organisatie kan vragen. "Het vermogen om als organisatie mee te bewegen zou je zelfs een van de organisatiekenmerken kunnen noemen" (Boonstra et al, 1996, p. 20).

Veranderingen kunnen klein zijn of groot, het kan gaan om slechts een aanpassing of een fundamentele wijziging van het hele systeem. De reikwijdte en mate van verandering bepaalt ook de duur van de verandering. Deze kan in een paar maanden worden gerealiseerd of een aantal jaren in beslag nemen.

	<b>Incrementeel</b>	<b>Alomvattend</b>	
<b>Reikwijdte van de verandering</b>	Aanpassing	Fundamenteel	<b>Subsysteem</b>
	Grootschalig	Heroriëntatie	<b>Totaal systemen</b>
	<b>Mate van verandering</b>		

*Figuur 3: Typen verandering volgens Cummings en Worley (1993, p. 522)*

Het kan dan ook gaan over verandering van de hele organisatie, een afdeling, een enkele procedure of slechts een taak. Het object van de verandering kan verschillen, verandering van techniek, systeem of methode, van structuur, proces of taak maar ook verandering van gedrag, communicatie, interactie, houding of zelfs manier van denken en waarnemen.

Niveau	Probleemgebied	Gericht op
Organisatie	Strategie Structuur Cultuur Leidinggeven Communicatie	Gehele organisatie
Afdeling of groep	Leidinggeven Communicatie Samenwerking	Groep of team
Individu	Arbeidsmotivatie Arbeidsinhoud	1 – 3 personen

*Figuur 4: Samenhang tussen niveaus probleemgebieden en interventies (Cozijnsen & Vrakking, 2018, p. 47)*

Daarmee kan ook de aanpak verschillen, de zogenaamde harde kant van veranderen, waarbij sprake is van strategie, planvorming, het herontwerpen van structuur, taken en/of processen en de zogenaamde zachte kant, ook wel cultuur- of organisatieontwikkeling genoemd. Men probeert vaak te werken volgens een bepaalde methode. Dit kan worden gedefinieerd als een omschrijving van benodigde acties of stappen die door managers of veranderaars dienen te worden uitgevoerd om een verandering succesvol te begeleiden (Al-Haddad & Kotnour, 2015). Er zijn boeken vol geschreven met verschillende methodieken, aanpakken en visies, toch is het nog steeds zo dat slechts ca 30% van de veranderinitiatieven tot een goed einde komt (Burnes & Jackson, 2011). Dit is enerzijds gelegen in het feit dat elke organisatie over eigen specifieke kenmerken beschikt, er werken andere mensen, met andere klanten in een andere samenstelling en binnen een andere context. Anderzijds (Kotter, 2002) zijn de kernproblemen waar organisaties in verandering mee worden geconfronteerd vaak te wijten aan de moeilijkheid om het gedrag van mensen te veranderen.

Er is een groeiende erkenning dat een vaste of beste benadering van verandering simpelweg de enorme verscheidenheid aan veranderingssituaties niet kan dekken (Pettigrew, 2001). Ook Achterbergh en Vriens (2019) betogen dat er zoveel verschillende organisatieveranderingen zijn dat het niet reëel is te denken dat deze op één bepaalde manier is te benaderen. Daarom is het relevant om bij het bepalen van de aanpak rekening te houden met de verschillende factoren die van invloed zijn op verandering. In de volgende paragraaf wordt stap voor stap het soort verandering waar bij het Amalia sprake van is in kaart gebracht.

### 2.1.1 Aard van de verandering

#### **Geplande verandering**

Veranderingen zijn een gegeven en kunnen spontaan plaatsvinden. De verandering is niet zonder meer stuurbaar, maar ontstaat in de organisatie. Deze ongeplande manier van veranderen wordt emergente verandering genoemd. Geplande verandering (De Caluwe & Vermaak, 2006) gaat om een verandering die vanuit een intentie plaats vindt. Deze richt zich op een bepaalde uitkomst met een bepaald resultaat. Dat betekent niet dat emergente verandering zonder meer genegeerd moet worden. Het kunnen signalen zijn die van belang zijn, om naar te luisteren en waar nodig op te reageren. In dit onderzoek gaat het om een geplande verandering. Het Amalia wil de organisatie veranderen om het eigen functioneren te verbeteren en zo de gewenste doelen te bereiken.

#### **Transformatie van de gehele organisatie**

Verandering kan plaatsvinden op verschillende niveaus gericht op één of meerdere mensen, een groep, team of organisatie. De omvang en ook de impact van de verandering varieert van bijsturen, incrementele aanpassingen tot transformatie op onderdelen of transformatie van een gehele organisatie (Hayes, 2001). Bij het Amalia is sprake van een transformatie van de gehele organisatie. De gehele organisatie is zelfstandig resultaat verantwoordelijk geworden. Daarbij dient de organisatie een omslag te maken naar een andere manier van werken, waarbij de zorg van de patiënt centraal staat, waarvoor de structuur van de organisatie als geheel dient te worden veranderd.

## **Episodische verandering**

Veranderingen kunnen een meer continu karakter hebben. Continu veranderingen vinden meestal plaats binnen de eigen werkomgeving en zijn gericht op het optimaliseren van het werk. Een “gezonde” organisatie zou in staat moeten zijn om bij te sturen en te anticiperen op en zich aan te passen aan een veranderende omgeving. Sterker nog: een ‘ideale organisatie’ is een organisatie die in staat is zich continu aan te passen aan ontwikkelingen in de omgeving (Weick & Quinn, 1999). Kleine veranderingen kunnen in een gezonde organisatie meestal door de organisatie zelf opgepakt en gerealiseerd worden. Er is sprake van een grootschalige verandering bij een *“holistic alteration in processes and behaviors across a system that leads to a step change in the outputs from that system” It engages all stakeholders in the change process and requires having strong collaboration and visionary leadership in order to succeed*” (Al-Haddad & Kotnour, 2015, p. 242). Weick en Quinn (1999) spreken in dit kader over episodische verandering.

Zoals geschetst in hoofdstuk 1 zijn complexe organisaties met een hoge parameterwaarde vaak onvoldoende in staat zelf continu benodigde veranderingen door te voeren. Om dit type organisaties te veranderen zijn episodische interventies nodig waarvoor een aparte interventieorganisatie is vereist (zie ook paragraaf 2.33). Gezien de hoge parameterwaarde structuur van het Amalia en omdat het een strategische transformatie betreft van vrijwel de gehele organisatie is hier een episodische interventie nodig. In dit onderzoek staat dan ook de episodische verandering centraal.

### **Verandering van de structuur**

Een organisatie interventie kan gericht zijn op verschillende aspecten binnen een organisatie. Het kan zijn dat er een nieuw technisch systeem ingevoerd dient te worden of dat werknemers nieuwe kennis, vaardigheden en/of gedrag aangeleerd dienen te krijgen. Ook kan het van belang zijn om de structuur van een organisatie aan te passen. Onder structuur wordt verstaan de verdeling en groepering van activiteiten en taken aan orders. Daar bij het Amalia sprake is van een hoge parameterwaarde structuur is een interventie van de structuur nodig om de gewenste veranderdoelen te realiseren

Bij het Amalia sprake is van een geplande grootschalige verandering, een transformatie van de gehele organisatie, gericht op aanpassing van de structuur. Oftewel er is sprake van een geplande episodische interventie van de structuur. Hieronder wordt de episodische interventie verder uitgewerkt, waarna dieper wordt ingegaan op integraal veranderen, van belang bij grootschalige verandertrajecten.

#### **2.1.2 Geplande episodische interventie**

In algemene zin is een interventie een actieve handeling in een systeem om te zorgen dat iets positief verandert (Anders & Cassidy, 2014). Achterbergh en Vriens (2019, p.103) verstaan onder een interventie *“a set of coherent activities that involve deliberation and intend to improve the functioning of something relative to some goal.”* De bestanddelen van een veranderingsproces zijn tevens de samenhangende activiteiten van een interventie (Caluwe & Vermaak, 2006) en kan ook een interventieproces worden genoemd. Daarmee is ook gezegd dat een grote interventie vaak uit meerdere kleinere interventies bestaat.

Een episodische interventie wordt vaak radicale verandering genoemd en betekent volgens Huy (2002, p. 31) *“A qualitative alteration of an organization's rules of organizing - the fundamental rules that members use to interact cognitively and behaviourally with the world around them”*. Aanleiding voor episodische verandering zijn veelal terugkerende problemen in de structuur van de organisatie en/of een benodigde wijziging van de strategie van de gehele organisatie teneinde beter aan te sluiten op de omgeving (Achterbergh & Vriens, 2019). Per definitie komt radicale verandering tot uiting door het vervangen van oude doelen, structuren en processen door nieuwe (Kump, 2019; Weick & Quinn, 1999). *“Radical change involves a break between an “old” state (the status-quo) and a “new” state (the status after the change). It is widely acknowledged that this break between an old and new state in radical change inherent tensions that hardly be avoided”* (Kump, 2019, p. 6). Lewin (1951) gaat in op het fenomeen macht, dat radicale verandering het evenwicht van macht in een sociaal systeem verstoort. Een radicale verandering is nodig wanneer een organisatie afdwaalt van haar context, traag wordt en niet in staat is door continue te leren zich aan te passen aan haar omgeving. Weick & Quinn (1999)

hanteren de term episodische verandering, die in tegenstelling tot een continue verandering disruptief en revolutionair van aard is. Achterbergh en Vriens (2019) lichten toe dat episodische interventies nodig zijn om hoge parameterwaarde structuren te transformeren. Een van de kenmerken van dit type organisaties is dat de structuur zelf in de weg staat om te veranderen en zich daarmee aan te passen aan de omgeving en uiteindelijk om te kunnen overleven. Ze spreken hier over *self-inhibiting structures* (p. 284). Daarom betogen ze dat een episodische interventies door een aparte interventieorganisatie verricht dient te worden, teneinde die zelf remmende structuur te kunnen doorbreken. Het is het doel van episodische interventies in organisatiestructuren om het functioneren van grote delen van de organisatie of van de organisatie als geheel te transformeren. Daarmee is hun doel om een strategische impact te hebben op het functioneren van de organisatie. Als zodanig hebben deze interventies een veelomvattend en 'transformerend' in plaats van een lokaal en 'verbeterend' karakter. Achterbergh en Vriens (2019) definiëren episodische interventies als gemarkeerde periodes in de tijd: grootschalig, interlokaal, transformerend, revolutionair, niet alleen tegen de achtergrond van de staande organisatiestructuur, maar vereist een aparte interventie organisatie (zie ook paragraaf 2.3.3). Deze definitie zal worden gehanteerd verder in dit onderzoek.

### 2.1.3 Integraal veranderen

Lange tijd was er een tweedeling tussen organisatiekunde en veranderkunde. Organizatiekunde houdt zich bezig met het beschrijven van organisaties, hoe ze in elkaar steken, hoe organisaties te ontwerpen en onder welke omstandigheden ze doelmatig functioneren. Een organisatieverandering met een organisatiekundig perspectief is meer normatief van aard, gericht op de structuur waar experts bij betrokken zijn (Boonstra et al., 1996). Veranderkunde richt zich op de dynamische aspecten van een organisatie en houdt zich bezig met het op gang brengen en houden van veranderprocessen. Bij veranderkunde wordt gebruik gemaakt van procestechnieken en interventies uit groepsdynamica, en ook van de wijze waarop mensen betekenis geven (psychologie) en duiding van machtsprocessen. Hoewel voor ingrijpende veranderingen de ontwikkelingsaanpak (veranderkunde) de voorkeur geniet, blijkt de inbreng van ontwerpgerichte kennis (organizatiekunde) essentieel om tot wenselijke verandering in de structuur van de arbeidsverdeling te komen (Boonstra et al., 1996). Zeker bij een (complexe) verandering, is input vanuit meerdere disciplines van belang, denk aan economie, psychologie, ethiek en ICT (Cozijnsen & Vrakking, 2018).

Omdat zowel organisaties zelf als de gewenste verandering sterk kunnen variëren kunnen er verschillende expertises nodig zijn. Van sociologie, psychologie en leiderschap tot procesontwerp en organisatieontwerp. En bij grote veranderingen zijn vaak al deze terreinen nodig. Kennis die verklaart waarom en hoe mensen reageren op verandering, kennis die helpt bij het plannen, organiseren en leiden van mensen en middelen die verandering bewerkstelligen en kennis van methoden voor verandering, processen en geïntegreerde systemen waarmee veranderingen plaatsvinden en waarden en vaardigheden die nodig zijn voor verandering. *“This understanding is necessary to better comprehend and manage change as well as the people and resources involved in the change process, ultimately leading to desired change outcomes”* (Al-Haddad & Kotnour, 2015, p. 241).

Het leidt tot onvoldoende resultaat als het veranderen van sociale systemen uitsluitend gebaseerd zou zijn op organisatiekundige inzichten. Een integraal organisatie-model verlangt gelijktijdig vernieuwing van structuur en cultuur als verandering van attitudes en gedrag van mensen in organisatie (Boonstra et al., 1996).

### 2.1.4 Conclusie

Op basis van het voorgaande kan gesteld worden dat het in dit onderzoek gaat om een geplande episodische interventie van de gehele organisatie, het Amalia, gericht op het veranderen van de structuur teneinde de gewenste verandering te realiseren. Dit houdt in dat de theorie die gebruikt zal worden om het veranderproces te evalueren hier concrete criteria voor moet leveren. Daarmee moet de theorie ten eerste handvatten geven over een integrale aanpak, waarin zowel veranderkundige als organisatiekundige expertise wordt meegenomen. Een aanpak waarbij in het licht van de te behalen doelen zowel een leidraad wordt gegeven om de organisatie te (her)ontwerpen (organizatiekundig



perspectief) als een leidraad om de gewenste verandering die dit ontwerp beoogt te bewerkstelligen door het interventieproces vorm en inhoud te geven (veranderkundig perspectief). Dit betekent dat de theorie normen dient te leveren die helpen de juiste keuzes te maken bij het bepalen van interventiedoelen en bijbehorende interventies. Daarbij moet de theorie duidelijkheid geven over hoe deze interventies het beste ingericht, aangestuurd en ingezet dienen te worden – ook ten opzichte van elkaar – teneinde het gewenste resultaat te bereiken. Dit betekent ook dat er normen gegeven moeten worden die iets zeggen over ordening, onderlinge samenhang en oorzaak-gevolg.

Samenvattend dient de theorie helderheid te geven over:

- Wat het betekent en wat er nodig is om een geplande episodische interventie van de organisatiestructuur te bewerkstelligen (norm 1: episodisch, norm 2: structuur)
- Welke interventieactiviteiten, zowel vanuit verander- als organisatiekundig perspectief, nodig zijn om het gewenste doel te realiseren (norm 3: integraal model)
- Waar deze activiteiten aan dienen te voldoen, ook in relatie tot elkaar (norm 4: interventieactiviteiten).
- Welke kwaliteiten en kwalificaties nodig zijn in relatie tot voornoemde activiteiten, hoe deze te organiseren en in te richten teneinde gewenste doelstelling te realiseren. Oftewel hoe de interventieorganisatie eruit dient te zien (norm 5: interventieorganisatie).

## 2.2 Diverse theoretische invalshoeken

### Veranderkunde nieuwe stijl (Cozijnsen & Vrakking, 2018)

Cozijnsen en Vrakking hebben een integraal model ontwikkeld (2013) om met de toenemende complexiteit van organisaties en daarmee van veranderingen om te kunnen gaan. Hun model is ook toepasbaar op geplande episodische verandering. Zij werken met vier bouwstenen die gevoed worden door verschillende wetenschappelijke disciplines: organisatiecontext (gevoed door economie), verbetervoorstellen (gevoed door organisatie- en bedrijfskunde), gedrag (door psychologie) en aansturing (door interventie en veranderkunde). Hierbij gaat het er ten eerste om te weten wat er per bouwsteen dient te gebeuren. Vervolgens is het van belang zicht te hebben op het effect van de stappen per bouwsteen, op de andere bouwstenen. Het integrale karakter komt vooral tot stand als verbindingsvlakken van de bouwstenen goed op elkaar worden afgestemd (Cozijnsen & Vrakking, 2018, p. 554). De kunst is om bouwstenen, veranderstrategie en interventiemethoden goed op elkaar te laten aansluiten. In het werken met het model is het zaak om het soort organisatie, het type verandering, de persoonlijkheid van de veranderaar en het soort sturing van het proces goed op elkaar af te stemmen.

Integraal veranderen wordt volgens Cozijnsen en Vrakking (2018) bepaald door de samenhang tussen de vier bouwstenen, de wetenschappelijk disciplines en de inzichten die relevant zijn per bouwsteen. Het model van Cozijnsen en Vrakking kan als leidraad fungeren voor geplande episodische interventies. Qua organisatieontwerp schetsen zij echter alleen een algeheel beeld. Ze maken duidelijk welke verschillende disciplines van belang zijn en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Ook geven ze handvatten voor het bepalen van de stappen en de volgorde in verhouding tot het behalen van de gewenste doelen. Ze gaan niet in op hoe te interveniëren op een complexe hoge parameterwaarde structuur, dit laten zij over aan de expertise van de organisatiekundige. Wel geven zij een duidelijk leidraad in de veranderkundige kant van een verandering: welke stappen dienen er doorlopen te worden, waar rekening mee te houden en hoe dit te sturen.

	Episodisch	Structuur	Integraal	Activiteiten	Organisatie
Veranderkunde nieuwe stijl	+	-	++	++	+

Figuur 5: Veranderkunde nieuwe stijl

### Design thinking Guido Stompff (2018), Dorst (2011)

*Design thinking* komt voort uit de wereld van de creatieven; de ontwerpers, architecten, kunstenaars etc. ook wel designers genoemd. Het is een manier om tot een bepaalde oplossing of ontwerp te komen.

Zoals Martin (2009) stelt: problemen oplossen zoals designers dat doen. Vaak worden projecten opgezet waarbij er uitgegaan wordt van het probleem, om dat te onderzoeken en voor het probleem een oplossing te zoeken. Design thinking gaat niet uit van het probleem maar is gericht op het creëren en testen van oplossingen (Stompff, 2018). Dorst (2011) spreekt in deze over *Abduction 2*, een probleemoplossingsproces waarbij alleen bekend is wat de waarde van het eindproduct (proces, systeem, oplossing) moet zijn. *“The most logical way to approach this complex problem situation is to work backwards, as it were, starting from the only ‘known’ in the equation, the value that needs to be created, and then adopt or develop up a frame. This initial framing activity is actually a form of induction, reasoning back from consequences”* (Dorst, 2011, p. 525). De werkwijze van design thinking is gebaseerd op leren door te creëren. Deze aanpak kan ook toegepast worden op episodische verandering van organisaties. Globaal verloopt het proces als volgt:

1. *Scoping of emphasize*: Benoemen van een frame als kader.

In deze fase staat onderzoek en vaststellen van een kader centraal. Er wordt onderzocht welk probleem er opgelost dient te worden en voor wie. Wie zijn en/of moeten worden betrokken. Waarbij de eindgebruiker altijd betrokken wordt. Er is in deze fase veel veldonderzoek nodig. Door te observeren, te verdiepen en te verplaatsen is het de bedoeling om eigen vooronderstellingen opzij te zetten en meer inzicht te krijgen in de behoefte van klanten en gebruikers, waar lopen ze tegen aan en wat zijn hun ervaringen. Door deze fase goed te doorlopen kan een probleemstelling worden gedefinieerd.

2. Experimenteren, schetsen, creëren van ideeën.

In deze fase gaat het om zoveel mogelijk ideeën te genereren door bijvoorbeeld brainstormsessies te organiseren. Het gaat hierbij om de kwantiteit niet om de kwaliteit. Hierdoor kan het probleem vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken. Ook hier is het van belang om nog niet te gaan oordelen.

3. Prototyping

Elk idee wordt onder de loep genomen. Ook kunnen verschillende ideeën met elkaar gecombineerd worden. In deze fase wordt van een paar ideeën een concept uitgewerkt, een opzet voor een ontwerp gemaakt, een prototype.

4. Testen en kiezen

De prototypes worden gedeeld, getest en geëvalueerd met de betrokkenen en de eindgebruiker. In deze fase gaat het erom de best mogelijke oplossing te kiezen. Keer op keer wordt er geëvalueerd en worden verbeteringen doorgevoerd. Op basis hiervan wordt de definitieve keuze bepaald.

5. Implementeer

Tot slot dient het ontwerp geïmplementeerd te worden. Hierbij is het van belang om een goede taak en rolverdeling te bepalen, maar ook budget, tijd en benodigde hulpmiddelen. Ook hier wordt regelmatig teruggekoppeld met de eindgebruiker, om waar nodig het ontwerp nog verder aan te passen.

Het betreft een iteratief proces. Het proces wordt op een niet-lineaire wijze uitgevoerd. Fasen kunnen tegelijkertijd plaatsvinden of meerdere keren worden herhaald met als doel het juiste ontwerp te vinden. Juist voor complexe situaties waar veel onzekerheid is en niet zonder meer oplossingen voorhanden zijn, vormt design thinking een manier om vooruit te komen en al doende te leren.

De benadering van Design Thinking is van toepassing op een episodische interventie doordat het niet uitgaat van de bestaande situatie en problemen maar focust op het design en de oplossing. Daarmee kunnen de problemen bij een verandering van een hoge parameterwaarde organisatie worden omzeild. Ook het samenwerken met de eindgebruiker, de klant past bij de gewenste verandering. De activiteiten worden geschetst en ook de organisatie van die activiteiten. Er wordt echter niet specifiek ingegaan op de vereisten, het geeft meer een leidraad voor het proces. Ook wordt er niet inhoudelijk ingegaan op het ontwerpen van een structuur en daarmee vormt het ook geen integraal model. Design Thinking is relevant maar enkel toepasbaar in combinatie met een ander meer inhoudelijk verandermodel.

	Episodisch	Structuur	Integraal	Activiteiten	Organisatie
Design thinking	+	-	-	+	+

Figuur 6: Design thinking



### **Ontwerpen en ontwikkelen van organisaties** (Boonstra et al.,1996)

Boonstra et al. (1996) schetsen dat te veel organisaties nog zijn ingericht als “machine-bureaucratie” volgens de typering van Mintzberg. Machine-bureaucratieën zijn organisaties met hoge parameterwaarde structuren die zich zoals eerder vermeld moeilijk aanpassen aan de omgeving en waar innovatie lastig tot stand komt. Veranderen vraagt veel van mensen en organisaties. Het gaat erom leerprocessen op gang te brengen waardoor veranderingen soepeler verlopen en organisaties makkelijker kunnen inspelen op hun omgeving (Boonstra et al.,1996). Hiervoor zoeken zij naar een theorie die zowel een visie op mensen als op organisaties bevat, waarbij ze uitkomen bij de moderne sociotechniek. Het leidende ontwerpprincipe hierbij is het streven naar zo min mogelijk arbeidsdeling. Zij vinden dat de sociotechniek een goed kader biedt voor het ontwerpen van organisaties maar dat het proces van veranderen onvoldoende aandacht krijgt. Daarbij wordt onvoldoende ingegaan op machtsprocessen, “alsof iedereen zich onverkort inzet voor het realiseren van organisatiedoelen” (Boonstra et al., 1996, p. 47). Daarom gaan zij ook in op een partijenmodel: “Om organisatieveranderingsprocessen te kunnen begeleiden is het noodzakelijk om duidelijk te zien welke partijen er in de organisatie bestaan en hoe hun machtspositie in de organisatie is” (Boonstra et al., 1996, p. 47) Zij betogen dat de sociotechnische kijk en het partijenmodel geïntegreerd zouden moeten worden. Zij kiezen daarom voor de Leidse octaëder wat in hun optiek een breder model biedt dan de moderne sociotechniek. Het model bevat een zestal cluster van variabelen die onderling samenhangen en elkaar sterk beïnvloeden. Deze clusters interacteren en zoeken een dynamisch evenwicht in relatie tot de omgeving. Het gelijktijdig vernieuwen van strategie, structuur, cultuur, technologie en menselijk gedrag. De Leidse octaëder kan gebruikt worden als hulpmiddel voor organisatiediagnose. Zij concluderen dat de analyse van de structuur van de arbeidsverdeling een krachtig hulpmiddel is om het functioneren van organisaties te verklaren en om de achtergrond van problemen op te sporen (p. 278). Uiteindelijk komen zij tot een vijftal elementen die een traject van organisatieverandering zou moeten bevatten. Hiervoor maken ze gebruik van een model van Dunphy uit 1996 (in Boonstra et al., 1996, p. 276) wat ze als volgt vertalen:

1. Een wijze van kijken naar organisaties: Organisaties als open systemen,
2. Een diagnose model: Leidse octaëder, primair arbeidsdeling
3. Een ideaalbeeld voor effectieve organisaties dat richting geeft aan veranderproces:  
Sociotechnisch ideaalbeeld
4. Een interventietheorie
5. Rolbeschrijving van de begeleider.

Boonstra et al. (1996) schetsen een integraal model van organisatieverandering. Zij geven een duidelijke visie op organisatiestructuur maar werken niet uit hoe dit toe te passen. Wel werken zij de veranderkundige kant uit en hoe een interventieproces te sturen en in te richten. Hun model geeft handvatten om grootschalige organisatieverandering te begeleiden. Alleen de complexe kant van een verandering van een organisatie met een hoge parameterwaarde wordt niet belicht.

	Episodisch	Structuur	Integraal	Activiteiten	Organisatie
Ontwikkelen organisaties	++	+	+	++	+

*Figuur 7: Ontwikkelen organisaties*

### **Lean Thinking** (Womack & Jones, 2003)

Een andere methode om een organisatie geheel anders te organiseren met als doel meerwaarde voor de klant genereren is Lean. De methode uit Japan die velen kennen van Toyota. Centraal bij het Leandenken staat de focus op zaken die in het proces richting klant waarde toevoegen aan product of dienst. En de zaken die geen waarde toevoegen, oftewel verspilling, te elimineren. Dit wordt Muda genoemd. Door alles wat van waarde is te benoemen en op de beste manier samen te voegen en effectiever te stroomlijnen, ontstaat er flow in de processen. Verder zijn de voornaamste kenmerken: een platte hiërarchie, meer verantwoordelijkheid en competentie aan de basis, elimineren van verliezen, verbeterde communicatie met klanten en concentreren op wat echt belangrijk is. Voordeel van de methode is dat alles is gericht op optimaliseren van aspecten die waardevol zijn voor de klant. Daarnaast

zorgt deze manier van werken ook voor meer voldoening in het werk, omdat men gezamenlijk de bevoegdheden en mogelijkheden heeft om zelf het werk te optimaliseren. Medewerkers beschikken daarmee over regelbevoegdheid. Daar staat tegenover dat doordat alle energie uitgaat naar het verbeteren van het betreffende proces, de dienstverlening of de productie, er minder oog is voor innovatie.

Ook in de medische wereld kan Lean worden ingevoerd: “*First, the patient would be placed in the foreground, with time and comfort included as key performance measures of the system*” (Womack & Jones, 2003, p. 289). Hierbij worden er medische multidisciplinaire teams geformeerd en rondom de behoefte van de patiënt georganiseerd. Daarbij wordt de patiënt actief onderdeel van dit proces. Gezamenlijk wordt gezorgd dat aan de behoefte, ‘beter worden’, ‘oorzaak vinden’ etc. wordt voldaan.

De methodiek Lean vormt een interessante en passende leidraad voor de organisatiekundige kant van het veranderen van een organisatie. Veranderkundig geeft het echter een oppervlakkige richtlijn die meer gericht is op het monitoren van de filosofie en het proces. Qua organisatie geeft het geen compleet beeld, het gaat bijvoorbeeld niet in op hoe de juiste mensen wanneer en waar in te zetten. Ook geeft het geen input voor de complexe kant van het veranderen van organisaties met een hoge parameterwaarde. Daarbij is het model vooral van toepassing op de operationele structuur en processen en mindere mate op de bestuurs- en stafstructuur van een organisatie.

	Episodisch	Structuur	Integraal	Activiteiten	Organisatie
LEAN	+	+	+	+	+

*Figuur 8: Lean thinking*

### **3D-model** (Achterbergh & Vriens, 2019)

Om interventies te realiseren binnen organisaties met een complexe structuur is zoals reeds eerder gesteld een episodische interventie nodig. Het 3D-model (Achterbergh & Vriens, 2019) vormt een leidraad voor het begeleiden van deze – complexe – vorm van organisatieverandering.

Het 3D-model in het kort. Het is een situationeel en cybernetisch model dat tot doel heeft een (episodische) interventie in een organisatie (met een hoge parameterwaarde structuur) te realiseren. Het 3D-model bevat drie dimensies. De functionele dimensie heeft tot doel een goed ontworpen structuur gerealiseerd te krijgen. De activiteiten om dit voor elkaar te krijgen bestaan uit Diagnose, Ontwerp, Implementatie en Evaluatie. Echter met alleen het doen van functionele activiteiten is er nog geen verandering gerealiseerd. Een organisatie is immers een sociaal systeem, zoals eerder toegelicht. Hiervoor is de sociale dimensie. Deze dimensie heeft tot doel de functionele activiteiten geaccepteerd en geïntegreerd te krijgen. Om dit voor elkaar te krijgen is het eerste doel mensen gemotiveerd te krijgen, dan pas kan de verandering aangenomen worden, geadopteerd en het derde en laatste doel is de verandering te integreren. De derde dimensie is de infrastructurale dimensie. Om de functionele en sociale doelen te realiseren in een complexe organisatie is een interventieorganisatie nodig. Hierin worden de benodigde taken, middelen, mensen, kwaliteiten en bevoegdheden geselecteerd en samengesteld teneinde de interventieactiviteiten op de twee dimensies te organiseren en te realiseren. Ofwel om het doel van de gehele interventie te realiseren is een goed ontworpen interventie-infrastructuur nodig, bestaande uit de juiste interventiestructuur, interventietechnologie en HR.

Het 3D-model vormt een integraal model waarbij zowel de organisatiekundige als veranderkundige kant gedetailleerd wordt belicht. Het werkt vanuit de overtuiging dat een hoge parameterwaarde organisatie onvoldoende in staat is te veranderen. Voor verandering is het nodig om de parameterwaarde omlaag te brengen, op basis van de grondgedachte van de moderne sociotechniek.

Daarbij is het een situationeel en iteratief model. Dit betekent onder meer dat het niet zonder meer voorschrijft wat te doen, als wel welke doelen van belang zijn om te realiseren en met welke belangen en afhankelijkheden er rekening gehouden dient te worden. Het maakt het model ook complexer en completer dan het wellicht op het eerste gezicht lijkt. Het is geen lineair stappenplan, de drie dimensies hangen met elkaar samen en werken op elkaar in en het is van belang de wisselwerking continu te monitoren en te adapteren.

	Episodisch	Structuur	Integraal	Activiteiten	Organisatie
3D-model	++	++	++	++	++

Figuur 9: 3D-model

### 2.2.1 Selectie theorie

In dit onderzoek staat een episodische interventie centraal. Een bewust ingezette grootschalige interventie waarbij de structuur object is van de verandering. Dit heeft gevolgen voor de theorie die geschikt is om de organisatievernieuwing van het Amaliaziekenhuis te kunnen evalueren. In figuur 10 worden de vijf hierboven beschreven theorieën onderling vergeleken ten opzichte van de criteria.

	Veranderkunde Nieuwe stijl	Design thinking	Ontwikkelen organisaties	Lean	3D model
Episodisch	+	+	++	+	++
Structuur	-	-	+	+	++
Integraal	++	-	+	+	++
Activiteiten	++	+	++	+	++
Organisatie	+	+	+	+	++

Figuur 10: Selectie theorie

Zowel Boonstra (Ontwikkelen organisaties) als Cozijnsen en Vrakking (Veranderkunde Nieuwe stijl) benoemen de noodzaak van een integrale aanpak. Een aanpak waarbij in ieder geval zowel de organisatiekundige als de veranderkundige kant wordt belicht. Waar zij echter minder aandacht aan besteden is de complexiteit die de verandering van een hoge parameterwaarde organisatie met zich mee brengt.

Zij geven wel relevante input maar niet een compleet model. Cozijnsen en Vrakking maken duidelijk wat er komt kijken bij een grote verandering en hoe je integraal een verandering begeleidt. Interessant is hun betoog voor meer evidence based interventiekunde. Hun model geeft echter niet veel handvatten voor de aanpak van de structuurkant van organisaties.

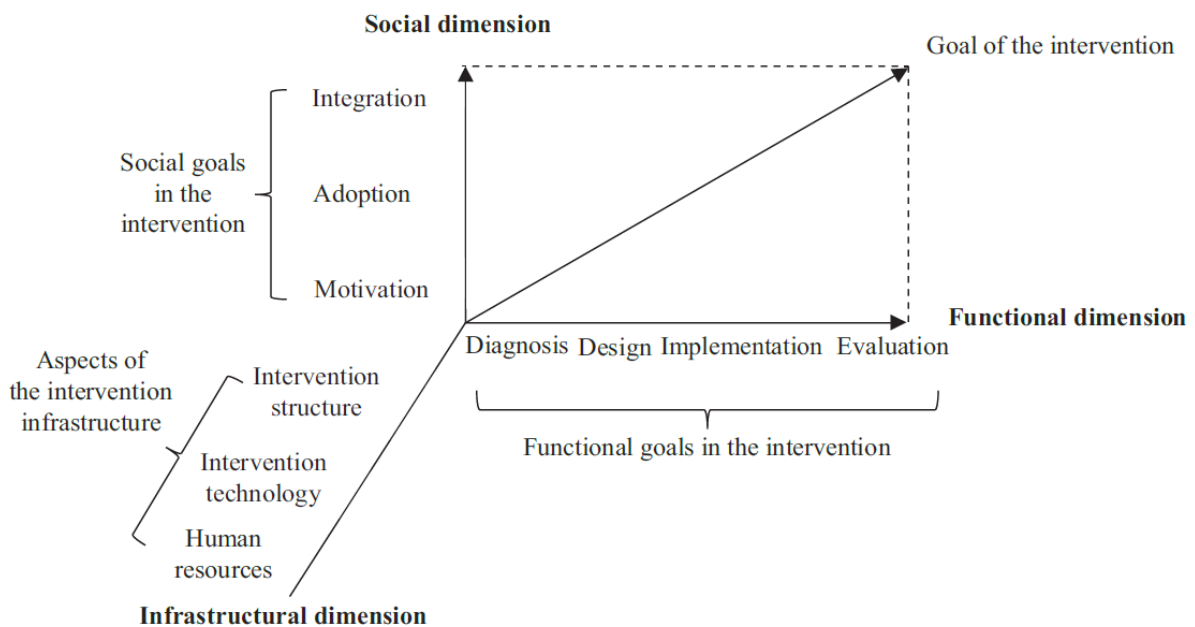
Design thinking geeft een totaal ander perspectief. De kracht van het model in relatie tot episodische verandering van complexe organisaties is dat er wordt gedacht in oplossingen; in hoe het uiteindelijke organisatie-model eruit zou kunnen zien, zonder zich af te laten leiden door problemen van de huidige organisatie. Dat lijkt precies te zijn wat een complexe organisatie nodig heeft. Het laat vervolgens de inhoudelijke expertise die nodig is voor succesvolle toepassing over aan de selectie van de juiste personen. Er is dan ook nog andere theorie nodig om deze werkwijze toe te kunnen passen.

Ook Womack en Jones (Lean) geven interessante inzichten qua organisatie inrichting, maar het vormt geen compleet model en geeft ook geen antwoord op een grootschalige verandering van een complexe organisatie. Achterbergh en Vriens gaan met hun relatief nieuwe 3D-model specifiek in op alle aspecten van een geplande episodische verandering van een organisatie met een hoge parameterwaarde. Zij beschrijven gedetailleerd en methodisch de werking van de drie dimensies en de wisselwerking tussen de drie dimensies. Daarbij is het een integraal, zowel veranderkundig als organisatiekundig model. Daarom zal dit model verder gebruikt worden in dit onderzoek.

## 2.3 Het 3D model

Hieronder worden de onderdelen van het 3D-model die relevant zijn voor dit onderzoek verder uitgediept om tot een aantal normatieve criteria te komen. Met als start ter illustratie het 3D-model, in figuur 11. Het draait om de volgende drie hoofdtaken:

1. Het realiseren van functionele en sociale doelen.
2. Het monitoren van de verbinding en affiniteiten tussen de functionele en sociale activiteiten en de inrichting van de interventieorganisatie.
3. Het inrichten van de interventieorganisatie gegeven de functionele en sociale doelen.



Figuur 11: Het 3D-model (Achterbergh en Vriens 2019, p. 9)

Hieronder allereerst een toelichting van de functionele dimensie van het model.

### 2.3.1 Functionele dimensie

De functionele dimensie heeft tot doel te zorgen voor een goed ontworpen structuur, die het doel van de interventie ondersteunt. Op de functionele dimensie staan vier activiteiten geformuleerd wat ook de doelen in de interventie worden genoemd. Deze vier doelen zijn: het realiseren van een goede diagnose, het ontwikkelen van een ontwerp, het implementeren van het ontwerp en evaluatie van het ontwerp.

Aangezien het interventietraject bij het Amalia nog niet geheel is afgerond, worden in dit onderzoek van de functionele dimensie alleen de diagnose en het ontwerp behandeld. Hieronder wordt verder uitgewerkt hoe een goede diagnose en ontwerp volgens het 3D-model tot stand komt en waar ze aan dienen te voldoen.

#### 2.3.1.1 Diagnose

Meerdere auteurs (Boonstra, et al., 1996; Caluwe & Vermaak, 2006) benadrukken dat de eerste fase van interventies van cruciaal belang is. Elk proces start met het analyseren van de huidige situatie, wat helderheid moet geven over het belang, de drijvende factoren, waar op te richten en welke sleutelfiguren betrokken moeten worden (Anders & Cassidy, 2014). Het (laten) doen van een diagnose is al een interventie op zich. Het praten met mensen over mogelijke knelpunten en oorzaken kan al gevolgen hebben. Positieve omdat men zich realiseert dat er actie nodig is en aan de slag gaat. Maar ook negatieve omdat men zich bekritiseerd voelt of omdat het angst voor verandering oproept. Hoe dan ook, van belang is te realiseren dat elke stap mogelijke gevolgen kan hebben.

Binnen het 3D-model van Achterbergh en Vriens (2019) levert een diagnose een knelpuntenanalyse, een oorzakenanalyse en een oplossingsrichting op. Dit is een heldere en gestructureerde manier om een probleem - het verandervraagstuk - te analyseren. De definitie die zij hanteren is:

*“The identification of the organization’s current problems in terms of, for instance, quality of organization or quality of work, the analysis of the structure-related causes of these problems, and the construction of a solution space that identifies the parameters of the organization structure that should be changed in order to be able to realize the goal of the intervention”* (Achterbergh & Vriens, 2019, p.143). Dit wordt hieronder verder uitgelegd.

Bij het doen van een diagnose binnen een episodische interventie staat het achterhalen van structuur gerelateerde oorzaken of factoren centraal die veranderd dienen te worden in relatie tot het gewenste doel.

1. De eerste stap (binnen het 3D-model stap 0 genoemd) is het specificeren van het doel van de interventie. Het gaat meestal om een doel in relatie tot een (vernieuwde) strategische visie. Wat wil de organisatie veranderd hebben in relatie tot haar omgeving? Deze stap is van belang omdat het helpt te kaderen en te focussen, *it provides a background for selections made on the functional dimension (Achterbergh en Vriens, 2019, p. 156)*.
2. De tweede stap is doen van de knelpuntenanalyse. Hierbij gaat het om te achterhalen wat bepalend is voor het realiseren van het uiteindelijke interventiedoel. Met welke organisatievariabelen is iets mis? En welke norm zouden deze organisatievariabelen moeten hebben? Meestal is het niet zonder meer mogelijk hier uitspraken over te doen. De norm van variabelen is context afhankelijk. Daarbij is er kennis nodig over de betreffende variabelen, die vergaard moet worden. Op basis van theorie en de context wordt het mogelijk om bepaalde normen te stellen. Op het moment dat bepaald is wat de normen van de betrokken variabelen zijn, kan worden onderzocht wat de feitelijke prestaties op de variabelen zijn. Hiermee wordt een gapanalyse gemaakt; een vergelijking tussen Ist en Soll. Daarmee kan worden vastgesteld of er een problematisch verschil bestaat tussen de gestelde normvariabelen en de feitelijk geconstateerde variabelen. Op het moment dat dit helder is beschik je over een knelpuntenanalyse.
3. Vervolgens is het van belang te onderzoeken wat de oorzaak is van de gap, het verschil tussen de feitelijke en gewenste situatie. Oftewel over te stappen naar de oorzakenanalyse. Hierbij wordt op zoek gegaan naar de “knoppen” die van invloed zijn op de knelpunten: de parameters. Om vervolgens te onderzoeken waar deze parameters aan zouden moeten voldoen. Ook hier is het van belang gebruik te maken van een theorie die de relatie verklaart tussen de parameters en de variabelen (gegeven de context). Wanneer er een lijst is met parameters en hun gewenste waarde, dan kan die vergeleken worden met de werkelijke situatie: hoe wordt er daadwerkelijk gescoord op de parameterwaarde. Dit onderzoek leidt tot een lijst met parameters en hoe deze scores, de oorzakenanalyse.
4. Wanneer bekend is welke parameters niet of onvoldoende scores dan wordt ook helder in welke richting de oplossing kan worden gezocht. In deze stap kan worden bepaald welke parameters die onvoldoende scores gekozen worden om te veranderen. Hierbij wordt gekeken naar de relevantie, impact en haalbaarheid. Dit is tevens de stap die als input wordt gebruikt voor het ontwerp van de interventie.

Tot slot, het is van belang te realiseren dat er een relatie is tussen de functionele en de sociale dimensie. Denk hierbij aan het eerste doel 'motivatie'. Door na te denken over hoe en wie te betrekken bij het doen van de diagnose kan dit de motivatie voor de gewenste verandering doen toe- of afnemen. Zie hiervoor ook paragraaf 2.3.2.1.

#### **Normatief kader:**

1. Er is een helder doel geformuleerd tegen de achtergrond van een strategische visie.
2. Er is een diagnose gedaan in het licht van het geformuleerde doel.
3. De diagnose vereist een theoretisch kader dat de diagnose ondersteunt. In dit onderzoek dient dit een theoretisch kader te zijn dat de eigenschappen van de structuur van een organisatie causaal verbindt met de prestaties van die organisatie
4. De diagnose vereist dat aan de hand van bovengenoemde theorie een drietal opeenvolgende activiteiten worden verricht:
  - 4.1 Knelpuntenanalyse
  - 4.2 Oorzakenanalyse
  - 4.3 Formuleren van een oplossingsrichting.
5. Bij het doen van de diagnose vindt er een wisselwerking plaats met de activiteiten op de sociale dimensie.

### 2.3.1.2 Ontwerp

Bij het ontwerp wordt voortgeborduurd op de diagnose en de lijst met problematische parameters. Het functionele doel van het ontwerp is het uitvinden van een structuur waarmee de waarde van de parameters kunnen worden verlaagd zodat deze geen belemmering meer vormen. Ook bij het maken van een structuurontwerp wordt gewerkt aan de hand van een theorie. Achterbergh en Vriens werken met de ontwerptheorie van de Sitter (1994 & 1997). Deze theorie heeft als uitgangspunt een structuur te ontwerpen met een zo laag mogelijke parameterwaarde en met voldoende regelmogelijkheden. Bij het ontwerp wordt daarom gestart bij de productie, oftewel het operationeel proces. Hoe beter het operationeel proces wordt ontworpen, hoe minder kans op verstoringen. En hoe minder kans op verstoringen, hoe eenvoudiger vervolgens de controlestructuur kan worden ontworpen. Hieronder worden de opeenvolgende stappen kort geschetst:

1. Parallellisatie op macroniveau: identificeren van onafhankelijke werkstromen gekoppeld aan een order of output.
2. Segmentatie op mesoniveau: identificeren van zelfstandige onderdelen binnen de hiervoor geselecteerde werkstroom.
3. Instellen groeps-(of team-)taken op microniveau die zorgdragen voor de output van de gesegmenteerde onderdelen.
4. Regelbevoegdheden toevoegen aan de groep op microniveau, zodat men zo autonoom mogelijk kan opereren.
5. Regelbevoegdheden instellen tussen de segmenten op mesoniveau.
6. Regelbevoegdheden instellen tussen de werkstromen op macroniveau.

Een structuur als hier beschreven zorgt voor meer zicht op het totale proces richting klant/patiënt, met minder afhankelijkheden en meer regelmogelijkheden. Niet alleen neemt de kans op minder verstoringen toe, ook de kans op meer betrokkenheid en meer leren en innoveren. Met als gevolg een organisatie die flexibeler wordt en beter in staat is waar nodig (continue) te veranderen.

Er zijn meerdere ontwerptheorieën die zorgdragen voor het realiseren van een lagere parameterwaarde. Van belang in ieder geval is dat er een ontwerptheorie is gekozen aan de hand van de diagnose en dat deze theorie heldere ontwerpdoelen en -normen aanreikt. Overigens staat of valt het ontwerp met het feit of de mensen daadwerkelijk achter de keuze voor het ontwerp gaan staan en ook daadwerkelijk hun manier van (samen)werken gaan aanpassen. Daarom heeft het ontwerp niet alleen een relatie met de diagnose op de functionele dimensie maar ook een relatie met de sociale dimensie. Door mensen te betrekken bij het maken van het ontwerp wordt tevens gewerkt aan het realiseren van het motivatie en adoptiedoel op de sociale dimensie.

#### **Normatief kader:**

1. Bij het ontwerp van de structuur wordt een theorie gehanteerd die het verlagen van de parameterwaarde ondersteunt. De structuur wordt zo ontworpen dat problematische parameters (hoge waarde) geen belemmering meer vormen.
2. De gehanteerde ontwerptheorie geeft helderheid over hoe te komen tot ontwerpdoelen en waar deze doelen aan dienen te voldoen (bij de Sitter variabelen en normen genoemd) in relatie tot het doel van de interventie.
3. De te hanteren theorie geeft helderheid over wat er dient te gebeuren, aan welke knoppen er gedraaid moet worden, om deze ontwerpdoelen te realiseren. Oftewel: welke parameters moeten veranderd worden om de beoogde variabelen in de gewenste richting te veranderen?
4. Bij het ontwerpen van de structuur wordt tevens aandacht besteed aan het draagvlak bij mensen die het ontwerp moeten gaan adopteren en integreren.

### 2.3.2 Sociale dimensie

Het veranderen van mensen en hun gedragingen is geen sinecure. Niet voor niets zijn er boeken vol geschreven over weerstand bij verandering en hoe mensen mee te krijgen. Het doel van de sociale dimensie is interventies geïntegreerd en geaccepteerd te krijgen. *“Organizational interventions are interventions ‘for’, ‘by’, and ‘in’ organizations as social systems. As such, they also have a social dimension. In the end, this social dimension is about organization members interactively changing their*



*interaction premises and the interactions based upon them as a result of an intervention*". (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 209)

In het 3D-model wordt gesproken over het uiteindelijke doel van de interventie, oftewel het doel van de gehele organisatieverandering, en die heeft een relatie met de functionele dimensie. Het uiteindelijke doel van de sociale dimensie is dat de mensen in de organisatie de interactie premisses aanpassen, waardoor de onderlinge interacties zelf veranderen. Hiermee wordt als het ware de nieuwe structuur en organisatie gerealiseerd. Om dit voor elkaar te krijgen dient een aantal doelen gerealiseerd te worden. Veel auteurs geven aan dat mensen die onderwerp zijn van de verandering door een bepaald proces dienen te gaan. Een van de grondleggers hiervan is Lewin, die spreekt over fasen. Diverse onderzoekers hebben voortgeborduurd op zijn gedachtegoed. Achterbergh en Vriens (2019) beschouwen de volgende drie factoren als doelen die gerealiseerd dienen te worden. Daarmee bestaat de sociale dimensie uit drie (sub)doelen:

1. Motivatie. Zorgen dat de betrokken mensen open gaan staan voor verandering (paragraaf 2.3.2.1).
2. Adoptie. Hier wordt ook wel over veranderen en transformeren gesproken. Het gaat er hierbij om dat de betrokken mensen zich de gewenste verandering gaan eigen maken (paragraaf 2.3.2.2).
3. Integratie. Integreren van nieuwe interacties gebaseerd op nieuwe premisses. Het doel van integratie is de verandering geïnternaliseerd te krijgen. Kotter (1995, p. 67) heeft het over het verankeren van de verandering. *"Until new behaviors are rooted in social norms and shared values, they are subject to degradation as soon as the pressure for change is removed"*. Hiervoor is het nodig dat mensen het nieuwe gedrag gaan integreren en internaliseren (Achterbergh & Vriens, 2019).

De eerste twee doelen worden verder uitgewerkt, het derde doel Integratie niet, omdat dit verder geen deel uitmaakt van dit onderzoek.

#### 2.3.2.1 Motivatie ontwikkelen

Om ervoor te zorgen dat mensen gemotiveerd raken voor de verandering, zijn interventies nodig. Kotter (1995) zegt in dit kader dat het enerzijds van belang is een gevoel van urgentie te creëren, met als doel mensen de noodzaak te laten inzien. En anderzijds een visie te ontwikkelen die de verandering ondersteunt en hierover veel met de betrokken mensen te communiceren. Schein (1987) benoemt drie cruciale factoren, namelijk dat mensen zich gaan disconformereren aan de oude situatie (te vergelijken met het ontleren van De Moor, 1998). Hiervoor zou het nodig zijn om een zekere angst te voelen, het inzicht en gevoel "als we nu niet gaan veranderen dan." Daarmee ontstaat ook een gevoel van eigenaarschap, medeverantwoordelijkheid. Om de motivatie te ontwikkelen om te gaan veranderen is ook een bepaalde psychologische veiligheid nodig, waarbij men niet het gevoel krijgt dat tot nu toe alles fout was. Dus het is van belang om gevoelens te ontwikkelen die helpen om in te zien dat huidig gedrag en interactie anders moeten, zonder dat men het gevoel krijgt dat men waardeloos is omdat zij tot op heden zo met elkaar hebben gewerkt. In het 3D-model wordt gesproken over dat men gemotiveerd open gaat staan voor andere interacties met elkaar. Op basis van andere premisses. Dat mensen tevens gaan inzien dat het middel om de verandering te realiseren de episodische interventie is (Achterbergh & Vriens, 2019).

Kortom, gevoelens die nodig zijn om motivatie te ontwikkelen zijn angst, zodat men bereid is het oude los te laten, en verlangen, zodat men uitgaat zien naar een nieuw alternatief (een gedeelde visie). Hieruit volgt dat interventies nodig zijn die zowel cognitieve als emotie gerelateerde reacties oproepen. De medewerker dient zowel het waarom te gaan begrijpen als dat er gevoelens worden ontwikkeld die aanzetten tot verandering. De interventies zijn context en doelafhankelijk en zijn dan ook maatwerk.

Een van de mogelijk interventies om deze doelstellingen te realiseren zou kunnen zijn om mensen te betrekken bij het doen van de diagnose. Door zelf te constateren welke knelpunten er zijn en welke mogelijke oplossingsrichting kan men worden aangezet om de urgentie van de problemen onder ogen te zien en open te staan voor de mogelijke oplossingsrichting. Er zijn twee niveaus van interventie. De

eerste is gericht op het individu en de tweede op de context van het individu, de groep. Hiermee wordt niet enkel geïnterveneerd om het gedrag van het individu te veranderen maar ook dat van de omgeving. Tot slot is het van belang zich bewust te zijn dat er factoren van invloed zijn op de motivatie om deel te nemen aan interventies. Het is in een hoge parameterwaarde structuur te verwachten dat het besluit om in te grijpen in de structuur enkel wordt genomen door managers op een hoger niveau en dat daarmee personeel op een grotere afstand blijft en zich niet betrokken voelt. *“In high parameter value structures, separation between operational and control tasks is high. High separation can imply that workers (including professionals) and managers come to live in what seem to be almost different worlds. Workers are immersed in their world of daily activities and problems. Managers live in their world of targets and strategies (including their underlying theories and conceptual frameworks needed to realize these targets)”* (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 286).

### **Normatief kader**

1. De interventies die worden toegepast hebben als doel de doelgroep te motiveren tot veranderen; de huidige interactie premisses en -patronen los te laten en de episodische verandering hiervoor als middel te zien.
2. Hiertoe worden interventies toegepast die zowel cognitie als emotie gerelateerde reacties oproepen.
3. De interventies worden op maat gemaakt, rekening houdend met de context en zowel op individueel- als op groepsniveau. Hierbij wordt gezorgd voor de benodigde psychologische veiligheid, door:
  - Disconfirmatie van huidige situatie. Door middel van interventies die urgentie (mogelijk angst) oproepen in relatie tot de noodzaak van verlangen.
  - Bevestiging van en verlangen naar een zinvolle en haalbare toekomst. Door onder meer te werken aan een gezamenlijke en heldere visie.
4. Er wordt waar mogelijk een relatie gelegd met een of meerdere functionele doelen, denk aan diagnose of ontwerp.

#### **2.3.2.2 Adoptie**

Hier is het de bedoeling dat mensen die het betreft via hulp en begeleiding daadwerkelijk anders gaan handelen, kijken, reageren en voelen. Hiervoor is het nodig dat mensen kunnen zien en ervaren hoe het anders werkt, doordat anderen het voortouw nemen, een voorbeeld vormen en/of er informatie voorhanden is die hen in deze fase ondersteunt (Schein 1987). Achterbergh en Vriens (2019) beschrijven dat mensen het gerechtvaardigd vertrouwen moeten hebben om de nieuwe manier van interacteren te adopteren en oude aannames te vervangen voor de nieuwe.

Bij de episodische interventie, gaat het ook over het leren over organisatiestructuur en -prestaties. (Achterbergh & Vriens, 2019). Wanneer mensen gemotiveerd zijn om te veranderen en inzien dat een hoge parameterstructuur niet werkt, dan kunnen ze gaan zoeken naar nieuwe manieren om de kwaliteit van de organisatie te verbeteren.

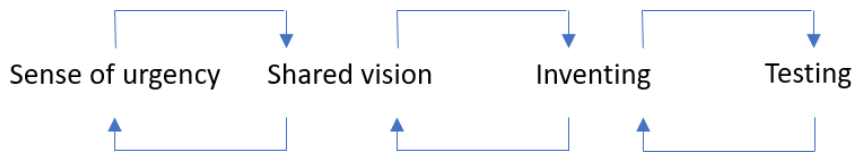
Centraal bij het werken naar adoptie van de verandering staan uitvinden en testen. Het is een leerproces waar niet meer passende gewoontes worden afgeleerd. Het gezamenlijk zoeken naar nieuwe manieren om te werken en interacteren. Een proces van zingeving, exploratie en experimenteren in de praktijk. Concreet gaat men bezig met:

- Uitvinden: zoeken naar en creëren van nieuwe premisses en interactiepatronen (waarmee de structuur verbeterd wordt)
- Testen: het onderzoeken of de nieuwe premisses en interactiepatronen daadwerkelijk bijdragen aan het gewenste doel.

Er is een relatie met het eerste doel “motivatie”. Door een gevoel van urgentie is de stap naar uitvinden, het zoeken naar alternatieven, makkelijker gemaakt. Een gedeelde visie stuurt en kadert het proces van uitvinden. Daardoor wordt door te onderzoeken en te testen de visie verder ontwikkeld en verfijnd. Voor het realiseren van het adoptiedoel zullen meerdere cycli van uitvinden en testen nodig zijn. Door als



medewerker te participeren in meerdere van deze cycli zal deze ook meer en meer overtuigd raken van het nut en de noodzaak.



Figuur 12: Achterbergh en Vriens (2019, p. 228)

### Normatief kader

Bij het werken aan het realiseren van bepaalde interventiedoelen, dient er aandacht besteed te worden aan het daadwerkelijk veranderen zelf, oftewel het stap voor stap door de doelgroep adopteren van de gewenste verandering.

1. Teneinde de interventie geadopteerd te krijgen wordt een leerproces op gang gebracht met de betreffende doelgroep en wordt er zorg gedragen voor informatie, concrete ervaringen en voorbeelden van hoe het kan gaan werken.
2. De doelgroep wordt gestimuleerd en begeleid om (met elkaar) alternatieven te gaan zoeken (uitvinden) en te gaan onderzoeken of deze voldoende werken (testen).
3. De cycli van uitvinden en testen wordt samen met de doelgroep waar nodig meerdere malen doorlopen.
4. Het leerproces, de cycli van uitvinden en testen, wordt gekaderd door de geformuleerde visie en levert een bijdrage aan het doel van de interventie.

### 2.3.3 Infrastructurele dimensie

Zowel de functionele als de sociale activiteiten lijken een logisch lineair proces te impliceren, Achterbergh en Vriens (2019) zien het echter als een iteratief en reflectief proces. Aangezien interventies een experimenteel karakter hebben, is het immers nooit zeker of de interventie tot het gewenste resultaat leidt en vereist het proces continue beoordeling en indien nodig aanpassing. Om dit proces te sturen en te monitoren zullen de interventies georganiseerd moeten worden. Hiertoe dient een interventieorganisatie opgericht te worden. *This intervention organization is a temporary organization, on top of the 'standing' organization, that is devoted to the actual performance and regulation of the episodic intervention* (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 256).

Deze interventieorganisatie is geen statisch gegeven: de organisatie houdt zichzelf regelmatig tegen het licht en past de inrichting aan, passend bij de fase waarin het proces zich op de functionele en sociale dimensie voltrekt. Daarmee is de eerste functie van de infrastructuur de zorgdragen voor de monitoring en afstemming van de functionele en sociale activiteiten, gegeven de doelen. De tweede functie van deze dimensie is het inrichten van de infrastructuur teneinde de functionele en sociale doelen in de interventie te realiseren. Dit betekent dat:

- De interventieorganisatie rekening dient te houden met de relatie tussen de functionele- en sociale dimensie zodat de wisselwerking tussen deze twee dimensies met de inrichting geoptimaliseerd worden (paragraaf 2.3.3.1).
- Interventietaken moeten worden gespecificeerd (interventiestructuur, paragraaf 2.3.3.2).
- De daarvoor benodigde interventietechnologie dient te worden geselecteerd (paragraaf 2.3.3.3).
- Er mensen moeten worden aangesteld die interventietaken uitvoeren of daarbij betrokken worden (Interventie HR, paragraaf 2.3.3.4).
- Er gemonitord dient te worden op saboterende dan wel faciliterende krachten als macht- en veranderrelaties (paragraaf 2.3.3.5).

### 2.3.3.1 *Relatie functionele, sociale en infrastructurele dimensie*

De drie dimensies staan zoals gezegd niet op zichzelf. Het is de “taak” van de infrastructurele dimensie om de drie dimensies te sturen en op elkaar af te stemmen. Stap voor stap worden de nodige activiteiten opgestart en wordt er, gegeven de doelen, bepaald wat er nodig is om die activiteiten zo optimaal mogelijk te verrichten. Door middel van interactie worden deze activiteiten bepaald. Door eerst de vraag te stellen ‘wat’ er moet gebeuren om een bepaald doel te bereiken, vervolgens wordt bepaald ‘hoe’ dit het beste kunnen plaatsvinden om afhankelijk daarvan te bepalen ‘wie’ dit het beste zou kunnen gaan doen. Met deze wat, hoe en wie vragen (meestal ook in deze volgorde) kan continu worden bepaald wat er qua infrastructuur nodig is om dit proces te ondersteunen. Voor het doen van de diagnose worden andere taken verricht dan elders in het proces. Hier zijn mogelijk andere expertise en technieken nodig en zijn mogelijk andere belangen mee gemoeid. In deze fase worden dan ook qua inrichting andere keuzes gemaakt. Daarbij is het van belang een relatie te leggen met de sociale dimensie en vice versa. Door mensen te betrekken in de diagnosefase kan door hen zelf vastgesteld worden dat er sprake is van een probleem en wat er voor nodig is om dit te veranderen. Zo wordt er gewerkt aan het doel motivatie. Doordat de betrokken mensen al een beeld krijgen van de oplossingsrichting kan er ook weer een relatie gelegd worden met adoptie. En door middel van het uitvinden en uittesten van mogelijkheden kan de relatie worden gelegd met ontwerp. Het doel van beide dimensies is wel anders, maar door gebruik te maken van de wisselwerking tussen de twee, kan het een versterkend proces worden.

#### **Normatief kader:**

De interventieorganisatie wordt zo ingericht dat het de functionele en sociale dimensie optimaal stuurt en monitort en dat de onderlinge affiniteiten optimaal worden benut. Hierbij:

- Wordt per activiteit middels interactie (wat, wie en hoe) bepaald welke inrichting nodig is om de activiteit zo goed mogelijk te verrichten teneinde het doel te realiseren.
- Wordt het verrichten van de activiteiten gemonitord zodat de inrichting waar nodig kan worden aangepast en bijgestuurd.
- Wordt bij het organiseren van de juiste infrastructuur voor het doen van activiteiten op de functionele dimensie bepaald in welke mate er mogelijk affiniteiten zijn op de sociale dimensie en vice versa, denk hierbij aan:
  - bij werken aan de diagnose wordt er tevens bepaald in welke mate en op welke wijze er mogelijk gewerkt kan worden aan het doel om motivatie te ontwikkelen;
  - bij het werken aan de oplossingsrichting wordt er tevens gekeken in welke mate en op welke wijze mensen betrokken kunnen worden bij het werken aan adoptie;
  - bij het werken aan adoptie wordt er tevens bepaald of mensen betrokken kunnen worden bij het ontwerp.

### 2.3.3.2 *Interventiestructuur*

Op basis van de geselecteerde functionele en sociale doelen wordt een interventiestructuur ontworpen, en die wordt aangepast naarmate de interventie zich ontvouwt. Dit betekent dat er twee vereisten zijn:

- De structuur moet passen en inspelen op de geformuleerde functionele en sociale doelen. Hierbij dient er “doelgericht geregeld” te worden: in staat zijn de volgende functionele of sociale doelen te selecteren en deze nieuwe doelen te vertalen naar een daarbij passende infrastructuur.
- Daarbij moet de structuur in staat zijn aanpassingen te maken aan de infrastructuur. Hier gaat het om “verbetering gestuurd regelen”: Het verbeteren van de infrastructuur naarmate de interventie zich ontvouwt, gezien de nieuwe geselecteerde doelen of bij gesignaleerde problemen.

In de interventiestructuur worden operationele en regulerende interventieactiviteiten gegroepeerd en toegewezen aan een netwerk van interventietaken. De interventiestructuur dient in staat te zijn om: (Achterbergh & Vriens, 2019):

- Functionele en sociale doelen van de interventie te bepalen (strategisch reguleren)

- Een interventie-infrastructuur te bouwen die in staat stelt operationele interventieactiviteiten uit te voeren en bij te sturen die functionele en sociale doelen kunnen realiseren (ontwerpregulering).
- Verstoringen van het operationele interventieproces bij te sturen (operationele regulering).
- Operationeel interventieactiviteiten te verrichten die functionele en sociale doelen realiseren (operationeel interventieproces)
- De voortgang te monitoren en te beoordelen van de episodische interventie ten opzichte van geselecteerde functionele en sociale doelen.

### **Normatief kader**

Er is een interventie infrastructuur ingericht die gekoppeld is aan het behalen van functionele en sociale doelen:

- De volgende functionele en sociale doelen kunnen worden bepaald en gespecificeerd (is strategisch regelen).
- Er wordt nagedacht over de inrichting van de infrastructuur in relatie tot deze doelen (ontwerpregelen).
- Verstoringen in het interventieproces kunnen worden gesignaleerd en worden verbeterd of opgelost.
- Operationeel in staat zijn interventies te doen die functionele en sociale doelen realiseren.

#### *2.3.3.3 Interventietechnologie*

Onder interventietechnologie wordt alles verstaan wat de betrokken mensen ondersteunt bij het doen van interventieactiviteiten (Achterbergh & Vriens, 2019). Van een communicatiemiddel, interventiespel, een beleidsplan tot een ICT-systeem ter ondersteuning van het interventieproces. De technologie dient zowel te ondersteunen bij het behalen van de interventiedoelen als aan te sluiten bij de kennis en kunde van de betrokken mensen.

Het is van belang bij de keuze van technologie het behalen van de interventiedoelen voorop te stellen. De interventietechnologie moet wel zo worden ingezet dat ze bruggen slaat tussen datgene wat nodig is om de gestelde doelen te realiseren en de beschikbare kennis, vaardigheden of motivatie van mensen die bij de interventie zijn betrokken.

### **Normatief kader**

- De interventietechnologie die wordt geselecteerd is ondersteunend aan de betreffende interventies bij het realiseren van de gestelde interventiedoelen.
- Hierbij wordt rekening gehouden met beschikbare kennis, vaardigheden en motivatie van de mensen betrokken bij de interventies.

#### *2.3.3.4 Human Resources*

*“Episodic interventions in high parameter value structures are organizational interventions – that is, interventions ‘in’ and ‘by’ organizations. As such, these interventions necessarily involve human resources.”* (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 329). Om de taken die zijn geselecteerd te kunnen uitvoeren zijn gekwalificeerde en gemotiveerde mensen nodig. En om tot de juiste mensen te komen wordt er steeds een koppeling gelegd met de functionele en sociale doelen. Welke interventie is nodig, welke kwalificaties en wie dient hierbij betrokken te zijn?

### **Participatie:**

In meerdere artikelen wordt participatie gezien als een cruciale factor om veranderingen te laten slagen. Kotter (1995), noemt het “empowerment van brede actie”. Waarmee hij doelt op het betrekken van mensen bij de veranderplannen door ze te laten meedenken over ideeën en oplossingen aangaande de verandering. Best et al. (2012) die een uitgebreide review heeft gedaan naar organisatietransformaties in ziekenhuizen, komt tot de conclusie dat (afhankelijk van het interventiedoel) ook patiënten en families betrokken zouden moeten worden. Daarnaast betoogt hij dat ook artsen een

rol toebedeeld zouden moeten krijgen, vanwege hun vaak aparte rechtspositionele en vaak ook dominante positie. Echter veelal worden mensen uit de organisatie slechts minimaal betrokken. Ook Achterbergh en Vriens (2019, p. 329) betogen dat *“in our view, should reach higher levels of participation, making organization members, clients, etc. into the co-creators of the organizational structure they work in.”* Wanneer mensen worden betrokken, zijn er vier punten te noemen om over te besluiten:

- Wie te betrekken;
- Bij welke activiteiten (operationele, regelende);
- Op welke manier (door vertegenwoordiging of direct);
- En de mate van inspraak (worden mensen enkel geïnformeerd, geraadpleegd of mogen mensen meebeslissen).

Om succesvol te kunnen zijn dient het volgende te gebeuren:

1. De object gerelateerde interactie premisses en de interacties dienen te veranderen zodat het betreffende functionele ontwerp interactief wordt gerealiseerd;
2. Men dient betrokken te zijn in de interventies die zorgen dat de beoogde interactie premisses en interacties kunnen veranderen.

Bij deze manier van kijken naar veranderen is het van belang te realiseren dat in principe alle organisatorische interventies participatief zijn.

### **Mate van participatie**

De betrokkenheid kan hoog of laag zijn (Achterbergh & Vriens, 2019). Niveaus van deelname kunnen variëren van laag tot hoog en ze kunnen vast of variërend zijn. In het laatste geval variëren de niveaus van participatie naarmate de interventie vordert. Hierbij worden geleidelijk meer en meer leden van de organisatie betrokken. Een hoge mate van participatie heeft een positief effect op het behalen van doelen, het doet echter ook een beroep op bepaalde kennis, vaardigheden en motivatie. Ook kan het de relatie met de organisatie complexer maken. In elk geval is het belangrijk dat de mensen die betrokken worden bij een interventie de kennis, vaardigheden en motivatie hebben om zowel 'hun' interventietaken uit te voeren als de geselecteerde interventietechnologie te gebruiken.

### **Toewijzen**

In een interventieproces worden om verder te komen steeds nieuwe functionele en sociale doelen gesteld. Op basis hiervan worden de volgende operationele interventieactiviteiten gedefinieerd en gegroepeerd in taken. Deze taken worden toegewezen aan (groepen van) organisatieleden (medewerkers en ook klanten, leveranciers, enz.), die hun kijk of gedrag zouden moeten veranderen overeenkomstig deze nabije functionele en sociale doelen, zoveel als de gewenste niveaus van participatie toestaan.

### **Normatief kader**

1. Bij de verschillende interventies wordt nagedacht over de participatie van mensen in het kader van gespecificeerde functionele en sociale doelen.
2. De participatie is er op gericht om de object gerelateerde interactie premisses en de interacties zelf te veranderen zodat het betreffende functionele ontwerp interactief wordt gerealiseerd;
3. Hierbij wordt geselecteerd op:
  - a. Benodigde kennis en vaardigheden en/of;
  - b. mensen die hun gedrag dienen te veranderen en/of;
  - c. die van belang zijn om bij de betreffende interventie te betrekken.
4. Er wordt nagedacht over de vorm en mate van participatie in het licht van de te behalen doelen.

#### 2.3.3.5 *Macht, veranderrelaties en andere beïnvloedende factoren*

Een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van de doelen op de sociale dimensie is dat de relatie tussen betrokkenen goed is. Dat de kwaliteit van de relatie de interventies niet in de weg staat of anders gezegd: de interventies ondersteunt. De veranderrelatie kan van invloed zijn op het al dan niet realiseren van veranderdoelen. Het gaat hierbij om de relatie tussen personen, betrokkenen, partijen die van belang zijn in het verandertraject. Wanneer deze relatie om de een of andere reden niet goed is zal dit gevolgen hebben voor de uitkomst van een interventie. Dit betekent dat de verschillende relevante relaties en verstandhoudingen gemonitord, waar nodig gecreëerd en ook onderhouden dienen te worden. Achterbergh & Vriens, 2019, p. 216 stellen dan ook dat: *“creating and maintaining change relationships’ as a ‘generic’ social condition that should be realized in order to realize all three goals on the social dimension.”*

Macht is ook een factor waar rekening mee dient te worden gehouden. Machtsprocessen kunnen plannen doorkruisen, gevoel van invloed teniet doen en besluitvorming beïnvloeden. Macht kan ook een doorslaggevende positieve factor zijn, zorgen voor beweging en versnelling.

Binnen hoge parameterwaarde structuren is de scheiding tussen de werkvloer en het management groot, maar ook de specialisatiegraad tussen het management onderling is hoog. Beide tendensen zorgen voor een verschillende kijk op dezelfde situatie. (Achterbergh & Vriens, 2019). Ook kan er sprake zijn van onkunde, bijvoorbeeld dat het management zich niet bewust is dat de structuur van invloed is op de prestatie van een organisatie. Ook de focus van management om enkel de eigen functioneel georganiseerde afdeling te optimaliseren is een veel voorkomende factor. Begrijpelijk gezien de historie maar het kan wel het proces frustreren om de functionele concentratie van de organisatie als geheel te verminderen.

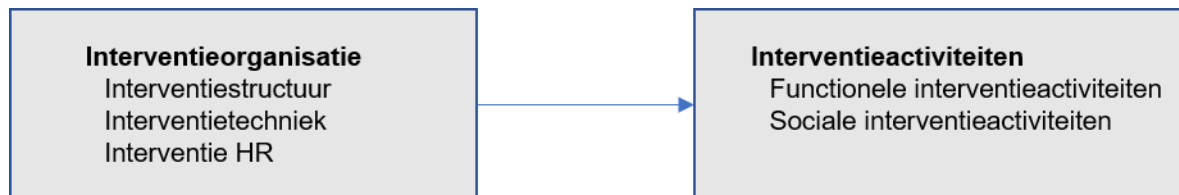
Deze factoren kunnen saboterend werken tijdens het interventieproces. Er dient bij het inrichten van de interventiestructuur en inzetten van mensen hiermee rekening gehouden te worden.

#### **Normatief kader**

1. Veranderrelaties, relaties die van belang zijn in het interventieproces, dienen gemonitord, waar nodig gecreëerd en onderhouden te worden.
2. Macht is een factor waar tijdens het gehele interventieproces rekening mee gehouden dient te worden, en waar nodig op geïntervenieerd.

## 2.4 Normatief kader

In dit hoofdstuk is aan de hand van theorie gewerkt aan een normatief kader. Aan de hand van dit kader zal het veranderproces bij het Amalia worden geëvalueerd. De theorie heeft geleid tot het volgende definitieve conceptuele model.



*Figuur 13: Definitief conceptueel model*

In dit conceptuele model wordt de kwaliteit van de, afhankelijke variabele, interventieactiviteiten, bestaande uit functionele en sociale interventieactiviteiten beïnvloed door de kwaliteit van de inrichting van de interventieorganisatie, bestaande uit de interventiestructuur, -technologie en -HR. Daarbij wordt de kwaliteit van de interventieactiviteiten tevens beïnvloed door de mate waarin er bij de inrichting van de interventieorganisaties continu gemonitord en afgestemd wordt op de interventieactiviteiten.

Er is voor gekozen om de functionele en sociale interventieactiviteiten niet als losse variabelen in het conceptueel model weer te geven. Dit omdat de interventieactiviteiten in het licht van de geformuleerde doelen gezien moeten worden en onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Daarbij zou deze keuze het onderzoek beïnvloeden. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is immers het verbeteren van de interventieactiviteiten als geheel, binnen het Amalia.

Het normatief kader volgt de theoretische vragen uit dit onderzoek.

### 2.4.1 Welke interventieactiviteiten

*Wat is vanuit de theorie bekend over welke interventieactiviteiten op welke wijze verricht dienen te worden teneinde de daaraan gekoppelde interventiedoelen te realiseren:*

#### **Functionele interventieactiviteiten**

*Welke functionele activiteiten dienen er volgens de theorie op welke wijze verricht te worden:*

1. Er is een helder doel geformuleerd tegen de achtergrond van een strategische visie.
2. Er is een diagnose gedaan in het licht van het geformuleerde doel.
3. De diagnose vereist een theoretisch kader dat de diagnose ondersteunt. In dit onderzoek dient dit een theoretisch kader te zijn dat de eigenschappen van de structuur van een organisatie causaal verbindt met de prestaties van die organisatie
4. De diagnose vereist dat aan de hand van bovengenoemde theorie een drietal opeenvolgende activiteiten worden verricht:
  - Knelpuntenanalyse
  - Oorzakenanalyse
  - Formuleren van een oplossingsrichting.
5. Bij het doen van de diagnose vindt er een wisselwerking plaats met de activiteiten op de sociale dimensie.
6. Bij het ontwerp van de structuur wordt een theorie gehanteerd die het verlagen van de parameterwaarde ondersteunt. De structuur wordt zo ontworpen dat problematische parameters (hoge waarde) geen belemmering meer vormen.
7. De gehanteerde ontwerptheorie geeft helderheid over hoe te komen tot ontwerpdoelen en over waar deze doelen aan moeten voldoen (bij de Sitter variabelen en normen genoemd) in relatie tot het doel van de interventie.

8. De te hanteren theorie geeft helderheid over wat er dient te gebeuren, aan welke knoppen er gedraaid moet worden, om deze ontwerpdoelen te realiseren. Oftewel: welke parameters moeten veranderd worden om de beoogde variabelen in de gewenste richting te veranderen?
6. Bij het ontwerpen van de structuur wordt tevens aandacht besteed aan het draagvlak bij mensen die het ontwerp moeten gaan adopteren en integreren.

<b>Kernbegrip functionele interventieactiviteiten</b>		
<b>Dimensie</b>	<b>Topic</b>	<b>Indicator</b>
<b>Doel(en)</b>		Er zijn een of meerdere doelstelling(en) geformuleerd o.b.v. strategische visie.
<b>Diagnose</b>		Er is een diagnose gedaan in het licht van het geformuleerde doel.
	Theoretisch kader	Bij de diagnose is een theorie over structuur versus prestatie organisatie gehanteerd.
	Knelpuntenanalyse	Knelpunten zijn geïnventariseerd in relatie tot theorie.
	Oorzakenanalyse	Oorzaken van deze knelpunten zijn geïnventariseerd.
	Oplossingsrichting	Op basis van de theorie en analyse ontstaat een beeld van de mogelijke oplossingen.
	Wisselwerking sociale dimensie	Tijdens het werken aan diagnose is tevens gedacht aan het betrekken van mensen en het werken aan motivatie en mogelijk adoptie.
<b>Ontwerp</b>	Theoretisch kader	Er is een theorie gehanteerd bij het maken van het ontwerp.
		De theorie gaat in op het verlagen van parameterwaarde dan wel vergelijkbare theorie.
		De theorie geeft input voor het formuleren van ontwerpdoelen.
		De theorie geeft aan hoe tot deze doelen te komen door stappen of fasen en andere handvatten voor te schrijven.
	Ontwerpen	Bij het ontwerpen is er gewerkt aan het oplossen van de knelpunten en het verlagen van de parameterwaarde.
	Wisselwerking sociale dimensie	Tijdens het ontwerpproces is tevens rekening gehouden met het werken aan adoptie en integratie, door mensen te betrekken.

### **Sociale interventieactiviteiten**

*Wat is er vanuit de theorie bekend over welke sociale interventieactiviteiten er op welke wijze verricht dienen te worden:*

1. De interventies die worden toegepast hebben als doel bij de doelgroep de motivatie te wekken om te willen veranderen; de huidige interactie premisses en -patronen los te laten en de episodische verandering hiervoor als middel te zien.
2. Hiertoe worden interventies toegepast die zowel cognitie als emotie gerelateerde reacties oproepen.
3. De interventies worden op maat rekening houdend met context gedaan op zowel individueel als groepsniveau, waarbij gezorgd wordt voor de benodigde psychologische veiligheid, gericht op:
  - Disconfirmatie van huidige situatie. Door middel van interventies die urgentie (mogelijk angst) oproepen in relatie tot de noodzaak van verlangen.
  - Bevestiging van en verlangen naar een zinvolle en haalbare toekomst. Door onder meer te werken aan een gezamenlijke en heldere visie.

4. Er wordt waar mogelijk een relatie gelegd met een of meerdere functionele doelen, denk aan diagnose of ontwerp.
5. Bij het werken aan het realiseren van bepaalde interventiedoelen, dient er aandacht besteed te worden aan het daadwerkelijk veranderen zelf, oftewel het stap voor stap door de doelgroep adopteren van de gewenste verandering.
6. Teneinde de interventie geadopteerd te krijgen wordt een leerproces op gang gebracht met de betreffende doelgroep en wordt er zorg gedragen voor informatie, concrete ervaringen en voorbeelden van hoe het kan gaan werken.
7. De doelgroep wordt gestimuleerd en begeleid om (met elkaar) alternatieven te gaan zoeken (uitvinden) en te gaan onderzoeken of deze voldoende werken (testen).
8. De cycli van uitvinden en testen wordt samen met de doelgroep waar nodig meerdere malen doorlopen.
9. Er wordt zorggedragen dat het leerproces, de cycli van uitvinden en testen, afgebakend wordt door de geformuleerde visie en een bijdrage levert aan het doel van de interventie.

Kernbegrip sociale interventieactiviteiten		
Dimensie	Topic	Indicator
Motivatie	Interventies gericht op het opwekken van motivatie bij de doelgroep t.a.v. de gewenste verandering	Interventies die zowel gericht zijn op cognitie als emotie, gericht op begrijpen en voelen dat de verandering nodig is.
		Interventies gericht op zowel individu als groep.
		Interventies die zorgen voor disconfirmatie. Gaan inzien dat men het oude achter zich dient te laten. En te gaan voelen dat dit ook urgent is door middel van gevoelens als angst.
Adoptie	Interventies gericht op doelgroep om te veranderen	Interventies die het verlangen naar een andere toekomst bewerkstelligen door middel van een gezamenlijke visie en delen van informatie
		Interventies die met doelgroep een leerproces op gang brengen door middel van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het delen van informatie.</li> <li>- Het werken aan concrete nieuwe ervaringen.</li> <li>- Het delen van voorbeelden aangaande nieuwe situatie.</li> </ul>
		Het samen met de doelgroep werken aan oplossingen en alternatieven richting gewenste doelen (uitvinden) en deze ook te testen.
		Dit proces van uitvinden en testen meerdere keren samen te doorlopen.
		De interventies en dit proces wordt gekaderd door de geformuleerde doelen en visie.

#### 2.4.2 Inrichting interventieorganisatie

*Wat is er vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het bepalen van de inrichting van de interventieorganisatie in relatie tot de te verrichten interventieactiviteiten teneinde de gestelde doelen te realiseren:*

#### **Interventieorganisatie**

De interventieorganisatie wordt zo ingericht dat het de functionele en sociale dimensie optimaal kan sturen en monitoren en dat de onderlinge affiniteiten optimaal worden benut teneinde het doel van de interventie te realiseren. Hierbij:



1. Wordt per activiteit middels interactie (wat, wie en hoe) bepaald welke inrichting nodig is om de activiteit zo goed mogelijk te verrichten teneinde het doel te realiseren.
2. Wordt het verrichten van de activiteiten gemonitord zodat de inrichting waar nodig kan worden aangepast en bijgestuurd.
3. Wordt bij het organiseren van de juiste infrastructuur voor het doen van activiteiten op de functionele dimensie bepaald in welke mate er mogelijk affiniteiten zijn op de sociale dimensie en vice versa, denk hierbij aan:
  - Bij werken aan de diagnose wordt er tevens bepaald in welke mate en op welke wijze er mogelijk gewerkt kan worden aan het doel om motivatie te ontwikkelen.
  - Bij het werken aan de oplossingsrichting wordt er tevens gekeken in welke mate en op welke wijze mensen betrokken kunnen worden die mogelijk betrokken worden bij het werken aan adoptie.
  - bij het werken aan adoptie wordt er tevens bepaald of mensen betrokken kunnen worden bij het ontwerp.

### **Interventiestructuur**

*Wat is er vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het bepalen van de inrichting van de interventiestructuur:*

4. Er wordt een interventie infrastructuur ingericht die gekoppeld is aan het behalen van functionele en sociale doelen.
5. De (volgende) functionele en sociale doelen kunnen worden bepaald, gewijzigd en gespecificeerd (is strategisch regelen).
6. Er wordt nagedacht over de inrichting van de infrastructuur in relatie tot deze doelen (ontwerpregelen).
7. Verstoringen in het interventieproces kunnen worden gesignaleerd en worden verbeterd of opgelost.
8. Er wordt gezorgd dat er operationeel interventies gedaan kunnen worden die functionele en sociale doelen realiseren.

### **Interventietechnologie**

*Wat is er vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het bepalen van de juiste technologie ter ondersteuning van de te verrichten interventieactiviteiten:*

9. De interventietechnologie die wordt geselecteerd is ondersteunend aan de betreffende interventies bij het realiseren van de gestelde interventiedoelen.
10. Hierbij wordt rekening gehouden met beschikbare kennis, vaardigheden en motivatie van de mensen betrokken bij de interventies.

### **HR**

*Wat is er vanuit de theorie bekend over welke keuzes en stappen van belang zijn bij het betrekken en/of selecteren van mensen ter ondersteuning van de te verrichten interventieactiviteiten.*

11. Bij de verschillende interventies wordt nagedacht over de participatie van mensen in het kader van gespecificeerde functionele en sociale doelen.
12. De participatie is er op gericht om de object gerelateerde interactie premisses en de interacties te veranderen zodat het betreffende functionele ontwerp interactief wordt gerealiseerd.
13. Hierbij wordt geselecteerd op:
  - benodigde kennis en vaardigheden en/of
  - mensen die hun gedrag dienen te veranderen en/of
  - die van belang zijn om bij de betreffende interventie te betrekken
14. Er wordt nagedacht over de vorm en mate van participatie in het licht van de te behalen doelen.
15. Veranderrelaties, relaties die van belang zijn in het interventieproces, dienen gemonitord, waar nodig gecreëerd en onderhouden worden.
16. Macht is een factor waar tijdens het gehele interventieproces rekening mee gehouden dient te worden, en waar nodig op geïntervenieerd moet worden.

Kernbegrip interventieorganisatie		
Dimensie	Topic	Indicator
Interventieorganisatie	De interventies zo inrichten en organiseren dat functionele en sociale doelen kunnen worden gerealiseerd.	Per activiteit wordt bepaald welke inrichting nodig is om het functionele en/of sociale doel te realiseren.
		Het interventieproces wordt gemonitord zodat er kan worden bijgestuurd.
		De onderlinge affiniteiten tussen de dimensies worden benut.
Interventiestructuur	De interventiestructuur zo inrichten dat doelen kunnen worden gerealiseerd.	In staat zijn (volgende) doelen te bepalen, te wijzigen en te specificeren (strategisch regelen).
		In staat zijn de interventiestructuur te ontwerpen en te wijzigen (ontwerpregulering).
		In staat zijn verstoringen te beheersen en bij te sturen.
		In staat zijn operationeel interventies te kunnen uitvoeren.
Interventietechnologie	Het selecteren van benodigde middelen voor het kunnen doen van interventies .	De middelen zijn ondersteunend aan interventies bij het realiseren van de doelen.
		Bij selectie wordt rekening gehouden met kennis, vaardigheden en motivatie betrokkenen.
Interventie HR	Het zorgen voor participatie van mensen bij interventies.	Bij het bepalen van participatie wordt er een relatie gelegd met het behalen van functionele en/of sociale doelen.
		Hierbij wordt gedacht aan benodigde expertise.
		Hierbij wordt gedacht aan mensen die van belang zijn om te betrekken.
		Hierbij wordt gedacht aan mensen die object zijn van verandering.
		Hierbij wordt gedacht om mensen die participeren waar nodig van opleiding en/of ondersteuning voorzien.
Veranderrelaties	Het monitoren van relaties tussen (groepen) mensen die van belang zijn in het veranderproces.	Het zicht hebben op relaties in de organisatie die van belang zijn bij het realiseren van interventie doelen.
		Het waar nodig creëren en onderhouden van veranderrelaties om interventiedoelen te realiseren.
Macht	Interne en externe krachten die van invloed kan zijn op het interventieproces.	Het bewust zijn van onvoorziene invloed en krachten op het interventieproces die het realiseren van doelen in de weg staan. En hier waar nodig op interveniëren.

## Hoofdstuk 3. Methodologie

Dit hoofdstuk beschrijft de gebruikte methoden van onderzoek. Om de empirische vragen uit hoofdstuk 1 te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van praktijkgericht kwalitatief onderzoek.

Aan de hand van het normatief kader uit hoofdstuk 2 worden bronnen benaderd en de data die dat oplevert worden geanalyseerd. Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te vergroten wordt systematisch en methodisch gewerkt.

Eerst wordt de onderzoeksstrategie beschreven, gevolgd door de casus; het organisatievernieuwingstraject. Vanwege de complexiteit van het traject wordt een overzicht in tijd gegeven van de relevante acties, besluiten en betrokkenen. Dit overzicht is tot stand gekomen aan de hand van een analyse van de documenten en ondersteuning van de beleidsadviseur van het Amalia. Daarna wordt beschreven welk materiaal gehanteerd is en hoe de data zijn geanalyseerd en wordt behandeld hoe de betrouwbaarheid en validiteit is gewaarborgd. Afsluitend is er aandacht voor de geïnterviewde respondenten.

### 3.1 Onderzoeksstrategie

Dit onderzoek vormt een enkelvoudige casestudy naar de episodische interventie, het organisatievernieuwingstraject, van het Amalia gedurende 2016 - 2019. Het betreft een kwalitatief onderzoek gericht op het Amalia in zijn geheel met als doel interventies in de toekomst te helpen verbeteren. Er is gekozen voor een deductieve benadering, waarvoor in hoofdstuk 2 het theoretische raamwerk is vastgesteld. Aan de hand hiervan wordt de redenering die men tijdens het interventieproces heeft gevolgd geëvalueerd door het af te zetten tegen het normatief theoretisch kader. Het onderzoek zelf vormt ook een interventie. Hierbij wordt niet enkel gezocht naar informatie maar wordt ook gekeken naar hoe er een verandering op gang gebracht kan worden. Onderzoek als interventie kan helpen om meer te weten te komen over de gewenste richting van de verandering (Smit & Verdonschot, 2010).

### 3.2 Overzicht organisatievernieuwingstraject

Vanaf 2012 is reeds gestart met het komen tot een apart Kinderziekenhuis. De samenwerking tussen afdelingen liep niet goed. De patiënt had er last van en de medewerkers ook. "Er moest met erg veel mensen op verschillende afdelingen samengewerkt worden, die ieder op zijn eigen manier vond hoe die zorg geregeld moest worden. Het kon gebeuren dat er 14 verschillende afdelingen bij een patiënt betrokken waren en dat alle dokters weer anders geïnstrueerd werden". Toen is er besloten in een samenwerkingsverband van afdelingshoofden leiding te geven aan het kindziekenhuis tot 2016. Dit functioneerde echter niet voldoende: "dat werd te veel gepolder en gaf te veel gedoe".

In 2016 werd een stuurgroep opgericht onder leiding van de heer F. Sweep, wat leidde tot het rapport "Stuurgroep doorstart Amalia". Naar aanleiding hiervan besloot eind 2016 de Raad van Bestuur (RvB) van het Radboudumc een vervolgstap te zetten met het Amalia met de ambitie om tot de beste kindziekenhuizen van Nederland te behoren.

Kees Noordam en Jessica Vogel kregen de transitieopdracht van de RvB om met het Amalia aan de slag te gaan. Kees Noordam was daarvoor afdelingshoofd Kindergeneeskunde en heeft zich aangeboden om de slag naar een kindziekenhuis te gaan maken. Hij werd voorzitter van het Amalia en Jessica Vogel solliciteerde en werd transitie-manager. In deze transitieopdracht werd verloskunde ontvlecht uit verloskunde/ gynaecologie en samen met de afdeling kindergeneeskunde onder het Amalia gebracht.

Van januari 2017 tot juni 2017 werd deze opdracht uitgewerkt. Vanaf februari kwam Rutger Vogel erbij en vormde samen met Jessica Vogel en Kees Noordam het kernteam.

Gedurende deze periode werd het bedrijfsconcept en organisatieontwerp ontwikkeld en leidende organisatie principes bepaald. Daarnaast werden er visiedocumenten geschreven op drie pijlers: zorg, onderwijs en onderzoek.

De eerste stap was het samenbrengen van afdeling verloskunde en kindergeneeskunde. Daarna is in kaart gebracht waar binnen het Radboudumc kindzorg werd geleverd, welke afdelingen daarbij betrokken zijn en welke volgorde er in de overdracht van kindzorg gehanteerd zou worden. Er is toen

gekozen voor de grootste partijen eerst. Hierbij ontstond een overlegcyclus met de betrokken afdelingshoofden en de bedrijfsleiders om dit proces tot stand te brengen.

Dit resulteerde in een voorgenomen besluit en advies aanvraag aan de OR in juni 2017. Eind juni was er akkoord:

- De afdeling Kindergeneeskunde werd integraal overgebracht naar het Amalia.
- En er werden drie tactisch managers aangesteld met een opdracht:
  - Focus op procesoptimalisatie
  - Nadenken over inrichting faciliteiten
  - Bij en nascholing van verpleegkundigen ontwikkelen
  - Visie op arbeidsmarkt

Vervolgens werd er een veranderconcept ontwikkeld op basis van bedrijfskunde en sociotechniek, met:

1. Een grofmazig organisatiemodel en model voor governance
2. Een zorgmodel en zorgpad ontwikkeltraject
3. Een visie op de verpleegkundige beroepsgroep
4. Inrichtingsopdrachten op o.a.: zorg, wetenschap, personeel en bedrijf

In oktober 2017 werd dit verandervoorstel ingediend door het Amalia, met akkoord van de RvB, waarop de OR met een positief advies kwam in november en eind november het uitvoeringsbesluit werd genomen. Hierin stond onder meer:

- Het Amalia wordt een resultaat verantwoordelijke eenheid. Kees Noordam is integraal verantwoordelijk en Jessica Vogel wordt vanaf april 2018 centrummanager.
- Het Amalia kan starten met inrichten van eigen faciliteiten, waarbij het principe regeert: "geïntegreerd in het centrum, tenzij doelmatiger centraal".
- Er wordt een vakgroep kindergeneeskunde ingericht, die tot doel heeft het bevorderen van de kwaliteit van medisch specialisten. Deze specialisten worden ingehuurd voor het werk binnen de zorgketens.

Deze plannen en (voorgenomen) besluiten werden gecommuniceerd naar betrokken medewerkers via bijeenkomsten en brochures. Zo werden afdelingshoofden betrokken via ontbijtsessies en werden met verpleegkundigen diverse zogenaamde koffierondjes gehouden. Er werd gevraagd om input. Bedoeling was om op informele manier iedereen te betrekken.

De OR uitte meerdere malen tevreden te zijn over de samenwerking met de medezeggenschap.

Januari 2018 maakt de RvB een aantal inhoudelijke strategische keuzes en geeft de opdracht aan de centrumleiding van het Amalia om de implicaties hiervan voor de kindzorg verder uit te werken. En daarnaast te werken aan lange termijn plan over de ontwikkeling van kindzorg. Er worden hierbij ordenende principes meegegeven. De RvB biedt ondersteuning aan het transitieteam om tot het plan te komen en vraagt om dit plan voor 1 april in te dienen.

April 2018 komt de formele opdracht van de RvB aan de centrumleiding:

- Ontwikkel het Amalia tot een resultaat verantwoordelijke eenheid.
- Werk de strategie van het Radboud uit voor het Amalia op met name persoonsgericht en innovatief gebied

Daarnaast geeft het de afdeling kindergeneeskunde de opdracht om zich in 2018 te ontwikkelen tot vakgroep. Er wordt in 2018 een plan van aanpak gemaakt voor de integratie van kindzorg vanuit de 23 betrokken afdelingen. Er worden regiehouders aangewezen die naast hun functie de regie voeren op een aantal terreinen: kwaliteit, veiligheid & innovatie; integrale zorg, wetenschap, leren & ontwikkelen. Eind 2018 vindt er een beleidsmiddag plaats waar de inrichting van zorgprocessen centraal staat en de theorie van Christensen hierbij als mogelijk model besproken wordt.

Het Amalia is resultaatverantwoordelijk voor alle kindzorg in het Radboudumc per 1 januari 2019.

### 3.3 Onderzoeksmateriaal

#### 3.3.1 Bronnen

Tijdens het onderzoek zijn twee soorten bronnen gehanteerd. Aangezien er onderzocht is welke redenering er is gevolgd door de mensen betrokken bij het traject, zijn deze bronnen geselecteerd als zijnde geschikt voor het doel.

##### **Documenten**

Er zijn documenten die relevant zijn voor het onderzoek verzameld en onderzocht. Het gaat hier om documenten die informatie verschaffen over welke interventieactiviteiten het Amalia heeft willen doen en/of informatie geven over de redenering die men heeft gevolgd teneinde de interventieorganisatie in te richten. Denk hierbij aan interventieplannen, strategische plannen, presentaties en correspondentie tussen betrokkenen in relatie tot het organisatievernieuwingstraject gedurende 2016 – 2019. Aan de hand van het normatief kader zoals geformuleerd in hoofdstuk 2 zijn deze documenten bestudeerd.

##### **Personen**

Er zijn personen benaderd als bron. Betrokkenen die informatie kunnen geven over een van de deelvragen zijn benaderd. Personen die het organisatievernieuwingstraject hebben geïnitieerd, personen die de interventieactiviteiten hebben bedacht en/of aangestuurd en personen die de interventieorganisatie hebben bedacht en/of aangestuurd..

#### 3.3.2 Dataverzameling

Alle documenten die binnen het Amalia die informatie verschaffen over het organisatievernieuwingstraject gedurende vermelde periode zijn bestudeerd. Hierbij zullen openbaar, binnen het Amalia voor een ieder toegankelijk, gepubliceerde stukken worden verzameld. Documenten zijn opgevraagd bij betrokkenen in het interventieproces, waarbij ook gebruik gemaakt is van de zogenoemde sneeuwbalmethode. Door documenten te bestuderen en personen te spreken zijn nieuwe verwijzingen naar informatie naar boven gekomen, die vervolgens opgevraagd of opgezocht zijn. Tevens is gevraagd naar relevante documenten die niet openbaar toegankelijk zijn.

Alle personen die betrokken zijn geweest bij het organisatievernieuwingstraject en informatie kunnen verschaffen over de twee empirische deelvragen zijn geïnterviewd. Met de opdrachtgever, tevens transitie-manager zijn de betreffende personen bepaald, waarna ze door onderzoeker zijn benaderd. Dit zijn in totaal zeven personen, waarvan één heeft aangegeven niet te kunnen meewerken. Met hen zijn face-to-face half gestructureerde open interviews afgenomen. Hierbij zijn de vragen vooraf vastgelegd, waarbij de personen in hun eigen woorden de antwoorden kunnen formuleren (Bleijenbergh, 2015). Dit is van belang omdat er onderzocht wordt welke keuzes het Amaliakinderziekenhuis wil maken en welke redenering men heeft gevolgd. Wanneer de vragen volledig zouden zijn gestructureerd zouden ze te sturend worden en zou deze informatie niet meer valide zijn. Tegelijkertijd dient er wel enige structuur te zijn om te zorgen dat bij alle personen daadwerkelijk het gehele traject wordt geëvalueerd en het vergelijkbare informatie oplevert om de deelvragen te kunnen beantwoorden. De interviews zullen, na toestemming, worden opgenomen. In bijlage 1 staat de vragenlijst die bij de interviews zijn gehanteerd. Er is een letterlijk transcript van de interviews gemaakt, om zorg te dragen voor de kwaliteit en controleerbaarheid van het materiaal (Bleijenbergh, 2015).

De personen die zijn geïnterviewd blijven in dit onderzoek anoniem om de privacy te waarborgen en om zo open en eerlijk als mogelijk de vragen te kunnen beantwoorden. De personen krijgen de verslaglegging van het interview voorgelegd om misinterpretatie te voorkomen en bij personen duidelijk te maken dat met informatie zorgvuldig wordt omgegaan, om openheid tijdens de interviews te stimuleren. Gezien de gevoeligheid van de informatie is besloten om de analyse van de transcripties niet op te nemen in de bijlage zodat uitspraken van respondenten niet voor een ieder toegankelijk zijn en mogelijk herleid kunnen worden naar betrokkenen.

### 3.3.3 Data-analyse

Nadat alle bronnen zijn geraadpleegd en alle data zijn verzameld is er een kwalitatieve analyse van de inhoud verricht. De eerste stap is het opzetten van een normatief kader aan de hand van de theorie, in hoofdstuk 2. Hierbij zijn variabelen gekozen en de bijbehorende topics bepaald. Aan de hand hiervan zijn de interviews afgenomen. Van deze interviews zijn letterlijke transcripties gemaakt. Alle transcripties zijn onderzocht en gecodeerd aan de hand van het normatieve kader, de variabelen en de topics. Vervolgens zijn de uitspraken van alle respondenten per topic geclusterd.

Aan de hand van het theoretische normatieve kader zijn tevens alle documenten onderzocht en gecodeerd. Ook hierbij zijn de relevante stukken tekst per topic geclusterd. Aan de hand van deze clustering is alle geclusterde data geanalyseerd. Om de kwaliteit van de inhoudsanalyse te vergroten is triangulatie toegepast. Hierbij zijn de analyses onderling vergeleken en beoordeeld tegen het licht van de vastgestelde normen. Door dit te doen worden waarnemingen, die subjectief kunnen zijn, door personen vergeleken met de meer feitelijke waarneming van de documenten.

Door de feitelijke waarde per variabele af te zetten tegen de gewenste waarde per variabele en de feitelijke waarde ook onderling te vergelijken kunnen zogenoemde 'errorwaardes' worden bepaald. Om vervolgens uitspraken te doen over wat de relatie is tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Een overweging is nog om de respondenten te betrekken bij de inhoudsanalyse. Dit kan de betrouwbaarheid vergroten en mogelijk ook een bijdrage leveren aan de interventiekracht van dit onderzoek.

### 3.4 Validiteit, betrouwbaarheid en onderzoeks-ethiek

Door (vrijwel) alle betrokkenen te interviewen en alle relevante documenten te bestuderen en triangulatie toe te passen neemt de interne validiteit toe. "Onder validiteit wordt verstaan de mate waarin de gevolgde werkwijze en de technieken van de gegevensverzameling en analyse van de gegevens in staat stellen om terechte uitspraken te doen gegeven de reikwijdte van het onderzoek. Waarbij interne validiteit aangeeft of dit geldig is voor de situatie zoals onderzocht" (Doorewaard et.al, 2015, pp 142,143) De externe validiteit, waarbij de resultaten ook geldig zijn voor andere situaties (Doorewaard et.al, 2015) buiten de onderzochte case, is hier niet zonder meer van toepassing. Het betreft hier immers een praktijkgericht kwalitatief onderzoek, gericht op de praktijk binnen het Amalia. Doordat het een evaluatief onderzoek betreft naar de gemaakte keuzes en de redenering die is gevolgd, wordt enkel de situatie, de case, onderzocht en is daarvoor valide. Wel kan met de resultaten bekeken worden of de organisatie van interventieactiviteiten veranderd moet worden en of dit op andere interventieactiviteiten van toepassing is binnen andere onderdelen van het Radboudumc.

Door aan de hand van het theoretisch kader systematisch alle data te analyseren wordt gestreefd naar een betrouwbaar onderzoek. Onder betrouwbaarheid wordt verstaan, de mate waarin bij herhaling van dit onderzoek het tot dezelfde resultaten zal leiden (Doorewaard et.al, 2015. p 144).

Om de betrouwbaarheid te verhogen wordt respondenten gemeld wat het doel is van het interview, krijgen ze de mogelijkheid de transcripties te lezen en daarop te reageren of zich terug te trekken. Dit wordt gedaan om zorgvuldig om te gaan met de informatie van de respondenten en de kans op betrouwbare informatie zo groot mogelijk te maken. Er wordt gewerkt met topics en indicatoren als leidraad voor de interviews. Daar ligt aan ten grondslag te achterhalen welke redenering betrokkenen hebben gevolgd. Dat kan subjectief worden geïnterpreteerd, maar het geeft ook een duidelijke invalshoek bij het stellen van de vragen en het interpreteren van de documenten. De resultaten worden vergeleken met de analyses van de documenten. Om de betrouwbaarheid verder te vergroten zal getracht worden om nog andere personen mee te laten kijken. De begeleider van de universiteit wordt eerst geraadpleegd bij belangrijke besluiten.

Multi-interpretatie bij deze vorm van onderzoek kan niet volledig worden voorkomen. Daarom zal er ook met zorg worden gerapporteerd en teruggekoppeld.

### 3.5 Respondenten, rol in het traject

Er zijn zes mensen gesproken die in meer of mindere mate deel uit maken van het organisatievernieuwingstraject. De centrumleiding, directeur en centrummanager, van het Amalia en de beleidsadviseur, gedrieën behorend tot het kernteam van de organisatievernieuwingstraject. De centrumleiding was vanaf het begin van het traject betrokken en heeft de opdracht van de RvB van het Radboudumc aangenomen. Vanaf begin tot april 2018 waren zij vrijgesteld voor het traject, in respectievelijk de functie van voorzitter en transitie manager. Vanaf april 2018 werd het een gecombineerde rol van verantwoordelijkheid voor het vernieuwingstraject en de verantwoordelijkheid voor de aansturing van het Amalia. De beleidsadviseur is vanaf februari 2017 betrokken en tot op heden grotendeels vrijgesteld en bezig met het organisatievernieuwingstraject. Er is gesproken met een strategisch adviseur van de RvB. Voorafgaand en gedurende het traject was hij een van de leden van het transitieteam van het Radboudumc, dat zich bezighield met de organisatieontwikkeling van het totale Radboudumc. Het transitieteam was zijdelings betrokken “met name om bij te houden in hoeverre de ontwikkeling binnen het Amalia paste bij de beweging die in het huis (gehele Radboud) werd gemaakt”. Er is gesproken met een van de zorgmanagers en een bedrijfsleider van een vakgroep, gekoppeld aan het Amaliakinderziekenhuis.

## Hoofdstuk 4. Resultaten en analyse

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten uiteengezet op basis van de analyse van de transcripties van de interviews met betrokkenen en analyse van de documenten in het kader van het organisatievernieuwingstraject van het Amalia. Hiermee wordt antwoord gegeven op de empirische vragen van dit onderzoek, te weten: welke interventieactiviteiten heeft men willen doen binnen het Amalia en welke redenering heeft men gevolgd bij het inrichten van een interventieorganisatie binnen het Amalia in het licht van de gekozen interventieactiviteiten. In dit hoofdstuk wordt ook de stap gemaakt naar de analyse van de bevindingen.

Bij de opbouw van dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader en de vragenlijst gehanteerd als volgorde in paragrafen om de resultaten te beschrijven. In elke paragraaf wordt één van de variabelen behandeld, waarbij de normwaarde, zo ver mogelijk, wordt afgezet tegen de feitelijke waarden, waarna een deelconclusie wordt getrokken. Er wordt gestart met de afhankelijke variabele.

### 4.2 Kernbegrip functionele interventieactiviteiten

#### 4.2.1. Doel(en) en visie

**Norm:**

1. Er zijn een of meerdere doelstellingen geformuleerd gebaseerd op basis van een (strategische) visie.

**Feitelijk:**

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat de visie en de strategie langzamerhand zijn ontstaan als gevolg van diverse signalen en ontwikkelingen uit de organisatie en de omgeving. Meerdere malen noemde men het falen van de huidige organisatie en de langer bestaande wens om de zorg voor kinderen bij elkaar te brengen. Daarbij vermeldt iedere respondent dat er een omslag moest komen naar meer patiëntgericht opereren. Waarbij de gedachte is te zorgen dat de patiënt niet alleen dicht bij huis zorg kan vinden maar ook weer zo snel als mogelijk naar huis kan. Ook de medewerker wordt centraal gesteld vanuit de gedachte dat een gemotiveerde en goede medewerker de beste zorg levert. Niet alleen binnen het Amalia maar ook Radboud breed is nagedacht hoe de patiëntenzorg meer patiëntgericht georganiseerd kan worden. Om dit voor elkaar te krijgen moet de zorg ingericht worden in zorgpaden is de gedachte. Hierbij worden naar aanleiding van het advies van de stuurgroep van F. Sweep een paar keuzes gemaakt om alle kindzorg bij het Amalia te brengen, het een resultaatverantwoordelijke eenheid te maken en om de structuur te veranderen. Hierbij zijn er drie pijlers: alle specialisten vallen onder vakgroepen, zodat kennis en kunde kan blijven ontwikkelen; alle faciliteiten, OK, bedden etc. onder faciliteiten; de dienst, de zorg zelf, onder de zorgdomeinen, oftewel de zorgpaden. De zorgdomeinen worden zoveel mogelijk georganiseerd rondom de vraag van de patiënt. En de faciliteiten en vakgroepen 'leveren' aan de zorgdomeinen.

In een van de documenten wordt de visie als volgt verwoord:

“Onze visie is dat kinderen met een aangeboren aandoening en hun familie het meest gediend zijn bij persoonsgerichte zorg in levensloop perspectief. Kind- en familiegerichte kindzorg binnen het Amalia zal uniform en aantoonbaar onderscheidend zijn op patiënt en ouder uitkomsten.

De waarde die we toevoegen voor de patiënt en de focus op kwaliteit (uitkomsten in de zorgketen) staan hierbij centraal. We groeien toe naar een model waar we de zorg organiseren rondom de patiënt en zijn of haar aandoening ten behoeve van een optimale patiëntervaring tegen aanvaardbare kosten.”



**Citaten visie:**

*“Het gedachtegoed van die familie en kindgerichte zorg leeft hier al jaren”. “Wil je echt meedoen in de Nederlandse UMC, was als het ware een wedstrijd over kindzorg. Je zag dat organisaties zich hierom gingen groeperen.”*

*“Zorgen dat iedere patiënt de juiste zorg krijgt dicht bij huis”.*

*“Gewoon goed regelen dat de kinderen hier een zo rimpelloos mogelijk verblijf hebben en zo snel mogelijk weer thuis zijn”.*

*“is Melvin Samson echt een belangrijk figuur geweest, die zei: ‘jongens, het gaat niet om ons, maar om de patiënt en om de student. Wij zijn experts van ziekte en patiënten experts van de eigen ziekte, laten we die krachten combineren.”*

*“De patiënt staat centraal was toen nog waarover gesproken werd, later werd simpelweg gezegd: de professional dient een stap terug te doen en de patiënt wordt leidend in hoe je de organisatie inricht.”*

Naar aanleiding van dit gedachtegoed zijn er doelen gesteld en die worden door alle respondenten en documenten bevestigd. Bij de vraag naar het doel van het organisatievernieuwingstraject komt de focus op kindzorg het meest duidelijk naar voren. Zorgen dat alle kindzorg onder één paraplu wordt gebracht en hier een resultaatverantwoordelijke eenheid van te maken. Om vervolgens deze resultaatverantwoordelijke eenheid zo te organiseren dat dit draait rondom de vraag van de klant, het kind en de familie, en niet meer rondom het aanbod of het specialisme.

Wel wordt er door iedere respondent een andere manier van verwoorden gekozen, wat tevens duidelijk maakt dat het doel voor meerderlei uitleg vatbaar is. Een respondent kiest focus en samenhang als doel, een ander om te blijven leren van elkaar in teams rondom de patiënt. Een derde zegt dat er meer vanuit de vraag in plaats van het aanbod georganiseerd moet gaan worden. De vierde zegt de zorg zo kwalitatief en effectief mogelijk inrichten. De vijfde heeft het over ‘gaan voor de gezondheid van het kind’ en de zesde om meer zichtbaarheid in het land te krijgen. In de documenten wordt een overkoepelend doel vermeld: “het verbeteren van de kwaliteit van onze zorg”. In twee interviews en in de documenten komt terug dat het traject ook gaat om de beste medewerkers en om het leerproces van de medewerker te vergroten.

De adviesaanvraag eind 2016 die ten grondslag ligt aan de opdracht van het transitieteam, verwoordt het doel als volgt:

- Het zetten van een vervolgstap met het Amalia Kinderziekenhuis met de ambitie tot de beste kinderziekenhuizen van Nederland te behoren
- Verandering van structuur met een eenhoofdige leiding
- Onderbrengen van alle medewerkers van Kindergeneeskunde en Verloskunde bij het Amalia.

Vervolgens blijkt uit documenten die later zijn gepubliceerd dat het ministerie van VWS eisen heeft opgesteld waar toekomstige zorgorganisaties aan dienen te voldoen. De eisen die het VWS heeft gesteld zijn mede als leidraad gehanteerd om het organisatievernieuwingstraject vorm te geven en zijn terug te vinden in de doelen en uitgangspunten.

Samengevat staat in het organisatievernieuwingstraject centraal dat de kwaliteit van zorg verbeterd moet door de zorg rondom de patiënt te gaan organiseren.

Vervolgens worden er een aantal uitgangspunten geformuleerd die gezamenlijk tot het centrale doel dienen te leiden:

- Uitstekende strategische en stevige concurrentiepositie creëren
- De zorg leveren die voor de patiënt van waarde is
- De medische uitkomstmaten en de patiënt ervaring zijn concreet meetbaar en toetsbaar.
- De beste zorgprofessionals leveren de beste zorg (it's all about the people)
- De medewerker ervaring is net zo belangrijk als die van de patiënt
- Maatschappelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid nemen

Uit de interviews en documenten blijkt dat er gewerkt is met doelstellingen die gerealiseerd dienen te zijn aan het einde van het gehele organisatie vernieuwingstraject. Ook per interventieactiviteit zijn doelstellingen opgesteld. Er zijn geen doelstellingen in relatie tot een diagnose geformuleerd, wel in

relatie tot een oplossingsrichting, ontwerp en implementatie. Of voor alle deelactiviteiten doelstellingen zijn opgesteld is gezien de omvang van het traject niet goed te achterhalen. Uit de documenten blijkt wel dat diverse leidinggevendende inrichtingsopdrachten hebben gekregen met daarin doelstellingen verwerkt (implementatie). Deze doelen hebben veelal de insteek om te zorgen dat de verschillende afdelingen, processen en/of mensen samengevoegd worden onder het nieuw te vormen Amalia om praktisch te kunnen gaan opereren. Voor zover inzichtelijk zijn aan het begin van het traject bij diagnose en ontwerp vrijwel geen sociale interventiedoelstellingen beschreven. Verderop in het traject wel. Zeker bij de inrichting van de zorgpaden worden zowel functionele als ook sociale doelen geformuleerd.

#### **Citaten doel**

*“De opdracht vanuit de RvB was alle kindzorg onder één lijn te brengen. Met één aansturing en het zo in te richten dat de patiënt daarmee zo goed mogelijk geholpen wordt”.*

*“Dat je een flow hebt met het team wat die zorg aan de patiënt verleent en dat het team ook input krijgt: hebben we niet te lange wachtlijsten, zijn de patiënten tevreden, en loop ik fluitend naar mijn werk”.*

*“Dat de zorg wordt ingericht rond het perspectief van de patiënt, welk traject (zorgpad) legt de patiënt af. En hoe eraan, het kind dat, van binnenkomst tot ontslag.”*

*“De beste medewerker levert de beste zorg”*

#### **Verschil norm en feitelijk**

1. Er zijn doelen gesteld op basis van een breed gedragen gedachtegoed, oftewel visie voor het gehele organisatievernieuwingstraject. Er zijn geen doelen gesteld in relatie tot de functionele interventieactiviteit diagnose, wel voor ontwerp en implementatie. Sociale interventiedoelen zijn in mindere mate opgesteld. De doelstellingen hebben veelal betrekking op de inrichting van het Amalia, functionele doelen, en niet op het motiveren of veranderen van gedrag van mensen, sociale doelen. Later in het traject worden deze wel geformuleerd.

#### **Deelconclusie**

Het is duidelijk dat het organiseren van de zorg rondom de patiënt het doel en gedachtegoed is wat in het traject centraal staat. Uit de documenten blijkt de zorgvuldigheid waarmee men heeft gewerkt aan de doelstellingen en de onderbouwing daarvan. Opvallend hierbij is wel de hoeveelheid subdoelstellingen als ook uitgangspunten, leidraadpunten die zowel in de documenten als tijdens de interviews worden aangehaald. Dit kan er voor zorgen dat het doel en het waarom vertroebeld en voor een minder duidelijke focus zorgt en heeft gezorgd. Daarbij wordt doel en middel soms door elkaar gebruikt. Op zichzelf is dat geen probleem, maar dat wordt het wel wanneer er mogelijk meerdere en wellicht zelfs betere wegen zijn om het doel te bereiken. De vraag die hierbij gesteld kan worden of er voldoende onderzocht is of de doelstellingen die zijn geformuleerd ook het juiste middel zijn om het uiteindelijke doel te bereiken. Zie hiervoor ook diagnose (4.2.2).

Doordat het een omvangrijk traject is, is tijdens de interviews vooral gesproken over de grote lijnen, waardoor het minder duidelijk is of men ook per interventieactiviteit met doelstellingen heeft gewerkt. Sowieso is er geen doelstelling in relatie tot de functionele activiteit diagnose gesteld, wel in relatie tot het ontwerp en implementatie. De doelstellingen ten aanzien van sociale activiteiten van het gehele traject en in beginstadium van deelactiviteiten zijn minimaal geformuleerd. Later in het traject wordt dit wel gedaan. Het formuleren van doelstellingen lijkt wellicht een detail, maar is tegelijkertijd het ijkpunt van elke interventieactiviteit. Op het moment dat een doelstelling wordt uitgesproken (en belegd) is de kans groot dat er aan wordt gewerkt en waar mogelijk ook wordt gerealiseerd. Ook bij Amalia lijkt het er op dat aan alle doelstellingen die zijn geformuleerd ook daadwerkelijk aandacht is besteed. Maar dat het vooral de vraag is of alle doelstellingen die nodig zijn om het gehele traject tot een goed einde te brengen zijn vastgesteld.

#### 4.2.2. Diagnose

##### Normen:

1. Er is een diagnose gedaan in het licht van het geformuleerde doel.
2. De diagnose vereist een theoretisch kader dat de diagnose ondersteunt. In dit onderzoek dient dit een theoretisch kader te zijn dat de eigenschappen van de structuur van een organisatie causaal verbindt met de prestaties van die organisatie
3. De diagnose vereist dat aan de hand van bovengenoemde theorie een drietal opeenvolgende activiteiten worden verricht:
  - Knelpuntenanalyse
  - Oorzakenanalyse
  - Formuleren van een oplossingsrichting.
4. Bij het doen van de diagnose vindt er een wisselwerking plaats met de activiteiten op de sociale dimensie.

##### Feitelijk:

De respondenten geven verschillende reacties bij de vraag naar een diagnose. Dat er wel rapporten zijn geschreven en er een wat oppervlakkige analyse is gedaan (waarschijnlijk verwijzend naar rapport stuurgroep Sweep) en dat er diverse voorbeelden waren waaruit bleek dat de huidige situatie niet meer werkte. Twee respondenten weten het niet zeker, maar denken niet dat er een diagnose heeft plaatsgevonden. Snelheid wordt genoemd als reden om geen diagnose te doen, twee anderen zien niet echt de meerwaarde, één lijkt het lastig om goede variabelen hiervoor te bepalen.

Allen geven in meer of mindere mate aan dat er duidelijke signalen speelde binnen de organisatie en dat er bij belangrijke spelers (rond RvB) een helder beeld was in welke richting de oplossing zou moeten liggen. Helder was dat de voormalige constructie, waarbij het Amalia werd aangestuurd door een gremia van afdelingshoofden niet werkte. Het rapport van de stuurgroep gaf input voor de opdracht van de RvB. Wel wordt er gesproken over een bepaald gedachtegoed dat meer en meer ging leven, waarbij duidelijk was dat de huidige manier van werken niet meer afdoende was en dat de onderlinge samenwerking tussen afdelingen niet goed verliep. Hierbij speelde schaalgrootte rondom kindzorg een rol, factoren als concurrentie, bedreigingen en kansen en hoe het Amalia zich daartoe zou moeten verhouden. Daar is een adviesrapport geschreven door een extern adviesbureau. Later is ook onderzocht wat dit betekent voor de interne organisatie, in 2016 door een stuurgroep onder leiding van F. Sweep die een advies uitbracht naar de RvB. Dit advies is gebaseerd op interviews met betrokkenen en zover te beoordelen niet op een bepaalde theorie. Naar aanleiding daarvan heeft de RvB een opdracht geformuleerd die door de nieuw aangestelde centrumleiding, in eerste instantie de voorzitter en transitie manager, is opgepakt. Aan de hand van de opdracht vanuit de RvB is de centrumleiding met ondersteuning (gezamenlijk het kernteam genaamd) aan de slag gegaan om dit te vertalen in een plan. In dit plan staat een plan van aanpak en een eerste schets op hoofdlijnen van een ontwerp, hier is wel theorie bij gebruikt (zie ontwerp). In deze conceptontwikkelingsfase zijn geen andere mensen dan het kernteam betrokken. In de documenten is terug te vinden dat er criteria zijn bepaald die meetbaar zijn en als voorwaarden zijn benoemd om het doel (verbeteren van kwaliteit van de zorg) te bereiken, maar dat is in een fase verder in het traject waarbij het specifiek om het bepalen van de zorgpaden gaat.

##### **Citaten diagnose**

*“Kinderen die 5 keer in de maand terug moesten komen en waar geen heldere afstemming was onderling.”*

*“Helder was dat we teveel vanuit onszelf dachten en te weinig vanuit het perspectief van de patiënt. Maar er is geen analyse gedaan.”*

*“Ik geloof niet zo in een nulmeting en dat we dan daarna weer gaan meten”. Er is wel een globale diagnose geweest, dat we te veel vanuit onszelf denken en te weinig van uit het perspectief van de patiënt. Ik denk dat die analyse wel stap voor stap tussen de oren van de mensen is gaan komen. Binnen het Radboud gingen steeds meer mensen aangeven dat het anders moest en sommigen gingen daar zelf al naar handelen. En uiteindelijk zie je dat die diagnose en innovaties als het ware ontstaan is, waarna de RvB daar een ‘strik’ omheen heeft gedaan”.*

*“Van meet af hebben we wel geweten wat we wilde, namelijk die klantreis van de patiënt, gewoon zo strak als mogelijk laten lopen”.*

### **Verschil norm en feitelijk**

1. Er is geen specifieke diagnose gedaan zoals in de theorie wordt beschreven.
2. Er is niet aan de hand van theorie gewerkt in de diagnosefase.
3. Er is niet aan de hand van een theorie een analyse gemaakt met normen en afwijking van de normen. Er is niet expliciet in kaart gebracht wat de knelpunten zijn en de onderliggende oorzaken. Wel is de stap gemaakt richting een mogelijke oplossing
4. Er heeft geen wisselwerking plaats gevonden, zodat er direct gewerkt kon worden aan motivatie en adoptie

### **Deelconclusie:**

Het traject is door de centrumleiding opgepakt vanaf het moment dat zij een opdracht kregen van de RvB, waarvoor reeds een rapport was geschreven door een stuurgroep. Hierbij kregen ze ook de opdracht vaart te maken. Het lijkt erop dat er vanuit een breed gedragen gedachte in de organisatie en op basis van de adviezen uit het rapport direct de stap is gemaakt naar een opzet voor de nieuwe structuur. Ook het rapport Sweep is niet volgens het normatief kader gedaan maar op basis van gesprekken en de eigen expertise is men tot een advies gekomen.

Er is dus geen diagnose verricht die gekoppeld is aan een bepaalde theorie, waarbij knelpunten en oorzaken zijn geïventariseerd. Dit betekent dat er een minder expliciete uitgangssituatie staat. Er is aangenomen maar niet vastgesteld welke knelpunten er zijn en wat de oorzaken hiervan zijn. Dit betekent ook dat bij het formuleren van de oplossingsrichting (belangrijke) factoren over het hoofd kunnen zijn gezien. Daarbij kan bij het doen van een diagnose gewerkt worden aan de motivatie aangaande en adoptie van de benodigde verandering bij de doelgroep. Door geen diagnose te doen kon dit ook niet plaatsvinden. Bij het onderzoek van de stuurgroep zijn wel mensen, met name management en specialisten, betrokken, maar dus niet volgens de theorie waarin men gefundeerd zicht krijgt op knelpunten, oorzaken en mogelijke oplossingen.

De diagnose houdt direct verband met het vorige punt doelstellingen. Wanneer er geen diagnose wordt verricht, wordt het lastig om vast te stellen welke knelpunten opgelost moeten worden om het uiteindelijke doel te realiseren. Oftewel hier wordt de kans gemist om alle subdoelstellingen op een rij te krijgen die gerealiseerd dienen te worden om het uiteindelijke doel van het gehele traject te realiseren. Dit is een cruciaal punt en heeft consequenties voor de rest van een interventietraject.

#### **4.2.3. Ontwerp: ontwerp van de structuur en theoretisch kader**

##### **Normen:**

1. Er is een theorie gehanteerd bij het maken van het ontwerp
2. De theorie gaat in op het verlagen van parameterwaarde of vergelijkbaar
3. De theorie geeft input voor het formuleren van ontwerpdoelen
4. De theorie geeft aan hoe tot deze doelen te komen
5. Bij het ontwerpen is er gewerkt aan het oplossen van de knelpunten en het verlagen van de parameterwaarde
6. Er is rekening gehouden in dit proces met adoptie en integratie door mensen te betrekken

##### **Feitelijk**

De centrumleiding heeft een opdracht van de RvB gekregen en heeft op basis daarvan een organisatieconcept uitgewerkt. Op basis van het opgestelde organisatieconcept zijn er uitgangspunten geformuleerd voor de nieuwe inrichting en die zijn besproken met de RvB, waarna de inrichting verder is uitgewerkt. Een van de respondenten vertelt dat er weinig publicaties te vinden zijn over optimale organisatievormen in de zorg, waardoor vooral op basis van literatuuronderzoek gekeken is naar wat een goede basis zou zijn om de organisatie anders in te richten.

Van de respondenten zijn er twee die gedetailleerd benoemden welke theorie ten grondslag ligt aan het organisatie vernieuwingstraject in het algemeen en het ontwerp in het bijzonder. Dit zijn tevens de mensen die het ontwerp hebben bedacht en uitgewerkt. Datgene wat ze vertellen komt overeen met de documenten en het daadwerkelijke ontwerp. De andere respondenten benoemden de theorie zelf niet

of verwezen naar de transitie-manager. Eén respondent noemde het een ingewikkeld ontwerp en vindt het moeilijk uit te leggen.

Er wordt meerdere malen verwezen naar het Karolinska, het ziekenhuis waar een van de voormalig bestuurders Melvin Samson naar is overgestapt en een van de voorgangers was van het gedachtegoed rondom *patiënt centred healthcare* binnen het Radboudumc. Voor het Amalia is een combinatie aan theorieën gebruikt. Het waardenmodel van Porter gaf richting, Bohmer gaf inzicht in het veranderen van de gezondheidszorg, en de sociotechniek (van Amelsvoort en de Sitter) gaf handvatten om de zorg in flows te organiseren, richting *patiënt centred care*. In deze theorie wordt duidelijk gesteld hoe parameterwaarde omlaag kan worden gebracht en hoe ontwerpdoelen te formuleren en hoe daar te komen. Naast deze theorie is het kernteam, omdat men de medewerker centraal wilde stellen, ook naar een theorie over motivatie op zoek gegaan en kwam uit bij Deci en Ryan. Daarvan kan niet goed worden vastgesteld hoe dit is toegepast.

Het kernteam leek zich bewust te zijn van de hoge parameterwaarde van de organisatie, alleen niet in die bewoordingen. In de documenten worden de negatieve kenmerken van de oude structuur beschreven en ook in twee interviews wordt gesproken over het werken aan structuur die onder andere meer betrokkenheid en regelcapaciteit met zich meebrengt. Er was in de voorgaande structuur sprake van een hoge functionele concentratie. Dit zorgde onder meer voor gebrek aan zingeving, gebrek aan invloed op het proces en te weinig focus op kerntaken. Aan de hand van dit theoretisch onderzoek, een vergelijkende analyse tussen verschillende mogelijke organisatievormen en een vergelijking met het werk van het transitieteam is men tot een nieuwe organisatievorm gekomen. Er is besloten om van deze functionele organisatiestructuur rondom specialismen naar een organisatie over te gaan met parallelle eenheden met gemeenschappelijk gebruik van ondeelbare faciliteiten:

- Faciliteiten: stemmen capaciteit, infrastructuur en inzet vanuit zorg af
- Vakgroepen zijn gericht op kwaliteit en ontwikkeling
- Centra: borgen kwaliteit van zorg, koppelen faciliteiten en expertise
- Zorgprocessen: worden gestuurd op kwaliteit van de zorgketen
- Centrum brede aandachtsgebieden krijgen vorm in platforms en gestuurd door regiehouders.

Het traject heeft betrekking op een groot gedeelte van de activiteiten met betrekking tot kindzorg. Voor het uiteindelijke ontwerp zijn bepaalde keuzes gemaakt die niet helemaal passend zijn bij de theorie op basis van schaalgrootte en op basis van de nadelen die het theoretisch model weer met zich mee brengt. Hieruit blijkt wel dat er waar mogelijk gewerkt is aan het realiseren van ontwerpdoelen in relatie tot het verlagen van parameterwaarde. Of dit op alle knelpunten is gebeurd is niet vast te stellen aangezien geen diagnose heeft plaatsgevonden. Twee respondenten noemen de zorgpaden zoals die nu worden ingericht 'managerial', te weinig met de mensen samen en erg generiek.

Bij het ontwerpen zijn verder geen (externe) experts betrokken. Daarnaast is geprobeerd mensen te laten participeren om input te verkrijgen en te werken aan draagvlak in dit proces, maar daar zag men weinig verbondenheid of eigenaarschap. Wel is hierover gesproken met een paar afdelingshoofden.

Bij het ontwerp van een onderdeel van het traject, de ontwikkeling van de zorgpaden, worden wel mensen betrokken. Hier werd expliciet benoemd dat de patiënt en de medewerker betrokken moeten worden.

**Citaten ontwerp:**

*"Er is zeker theorie gebruikt. Er is weinig geschreven over organisatievormen in de zorg." Er is gekeken naar het voorbeeld ziekenhuis in Zweden het Karolinska. Verder is gewerkt met de Sitter, van Amelsvoort, Bohmer en motivatietheorieën van Deci & Ryan.*

*"Bij het bepalen van die theorieën waren er steeds twee pijlers klant oriëntatie en lerende organisatie die ik in gedachte had. Later is daar ook Christensen bijgekomen". "Als je het gedachtegoed van Bohmer, De Sitter en Christensen kunt combineren met hoe je kunt werken aan intrinsieke motivatie van zorgprofessionals. En dat toepasbaar weet te maken, dan zet je wel echt iets nieuws neer."*

*"Het gaat ook over de gedeelde faciliteiten. Als je dat vanuit de Sitter bekijkt is dat een complicerende factor. We zijn niet groot genoeg om alles zelf te doen."*

*"Het is een vrij ingewikkeld model, ook om uit te leggen."*

*"Het is alsof je tegen Uber zegt ga ook de auto's onderhouden en een onderhoudsbeurt geven."*

### **Verschil norm en feitelijk:**

1. Er is theorie gebruikt bij het maken van het ontwerp
2. Deze theorie gaat in het op het verlagen van parameterwaarde.
3. De theorie geeft input voor het formuleren van ontwerpdoelen
4. De theorie geeft aan hoe tot deze doelen te komen
5. Het is niet duidelijk of er gewerkt is aan het oplossen van álle knelpunten en daarmee het verlagen van de parameterwaarde. Dit is mede gelegen in het gegeven dat er geen diagnose gedaan is. Het lijkt eerder globaal te zijn gebeurd.
6. Er zijn bij het ontwerpproces van het gehele traject op hoofdlijnen geen mensen betrokken zodat er tevens gewerkt kan worden aan adoptie en integratie. Wel bij het ontwerpproces van de zorgpaden.

### **Deelconclusie**

Er is aan de hand van theorie gewerkt aan een nieuwe organisatiestructuur. Uit de documenten en twee van de interviews wordt het gedachtegoed duidelijk, wat ook vertaald is in het ontwerp. Er is voor theorie gekozen die zorgt dat parameters worden verlaagd. Omdat er niet een diagnose zoals in de theorie wordt beschreven aan ten grondslag ligt wordt niet duidelijk of er gewerkt is aan het oplossen van alle knelpunten. Dit kan tot gevolg hebben dat factoren zijn gemist bij het bepalen van het ontwerp. Het ontwerp en de theorie die daaronder ligt is in kleine kring tot stand gekomen en er zijn vrijwel geen mensen bij betrokken. Hiermee is waarschijnlijk wel een kans gemist om mensen die van belang zijn in het proces en/of die object zijn van de verandering mee te laten denken en al mee te krijgen in de verandering. Een structuur gaat pas “leven” wanneer mensen zich ernaar gaan gedragen en bijbehorend gaan interacteren. Later in het traject lijkt bij de zorgpaden wel volgens het 3D-model te worden gewerkt. Er zijn zowel functionele als sociale doelen gesteld. En bij het ontwerp worden patiënten en medewerkers betrokken en is extra expertise ingezet.

## **4.3 Kernbegrip sociale interventieactiviteiten**

### **4.3.1 Motivatie en adoptie**

#### **Normen:**

1. Motivatie: interventies gericht op het opwekken van motivatie bij de doelgroep door middel van onder meer disconfirmatie van het oude en verlangen naar het nieuwe.
2. Adoptie: interventies gericht op doelgroep om te veranderen door middel van een leerproces.

#### **Feitelijke situatie**

Aan het begin van het traject worden vooral functionele activiteiten geïnitieerd. Hierbij zijn niet expliciet sociale doelen gesteld. Door drie respondenten, uit het kernteam, werd verteld dat er veel tijd en aandacht is gestoken in de besluitvorming en het draagvlak bij de RvB en de ondernemingsraad, het ontwerp zelf en het bouwen van de organisatie. Hierbij is wel gestuurd op het meekrijgen van de mensen die spreken namens de medewerkers. Er is vooral top-down gewerkt. Vanaf de eerste fase is de medezeggenschap in de vorm van de OR aangehaakt. In die stukken is terug te vinden dat er door de OC (onderdeelcommissie) wordt verzocht om aandacht te houden voor het meenemen van medewerkers in de ontwikkelingen. Ook wordt hier gesproken over een communicatieplan, maar bij navraag blijkt dat een document over de nieuwe overlegstructuur te zijn. Bij de vraag of er wat gedaan is om mensen mee te informeren en mee te krijgen benoemen alle respondenten dat er diverse activiteiten ondernomen zijn om mensen te informeren met als doel ze mee te krijgen in de verandering. Samen met communicatie zijn vooral bijeenkomsten georganiseerd en is informatiemateriaal gemaakt gericht op verpleegkundig personeel en op leidinggevenden. De plannen en (voorgenomen) besluiten werden gecommuniceerd naar betrokken medewerkers via bijeenkomsten en brochures. Zo werden afdelingshoofden betrokken via ontbijtsessies en werden met verpleegkundig personeel diverse zogenaamde koffierondjes gehouden. Er werd gevraagd om input. Bedoeling was om op informele manier iedereen te betrekken. Daar was niet veel animo voor. De urgentie was niet voelbaar en het bleef voor medewerkers een ver weg en abstract verhaal. Een van de respondenten wijdt dit ook aan



verandermoeheid en de managerial kant van het traject. Bij het bouwen van die organisatie was niet veel ruimte en tijd om aandacht te besteden aan het veranderen van mensen richting de gewenste situatie, of zoals letterlijk aangehaald “het gaan leven van de structuur”. Er wordt letterlijk gezegd dat de kans bestaat dat ondanks dat medewerkers op een andere plek in de organisatie zijn gepositioneerd, tegelijkertijd de kans aanwezig is dat ze het gevoel hebben dat er niets is veranderd.

Om verandering in gedrag te stimuleren is bij de implementatie gekozen om mensen op de juiste posities te zetten. Mensen met de juiste competenties passend bij de verandering werden ingezet. Dit vond plaats op verschillende niveaus, niveaus van management en ook verplegend personeel. Bij personeel was ook weerstand en het riep vragen bij hen op of ze hun werk daarvoor niet goed deden. Er is vooral top-down gewerkt waarbij management op de hoogste posities als eerste zijn aangesteld als een soort kwartiermakers met een opdracht in het kader van het verandertraject. Deze opdrachten waren vooral functioneel gericht op het inrichten van de nieuwe structuur. Zij werden ondersteund door middel van bijeenkomsten waarin veel uitwisseling was over het nieuwe gedachtegoed. Er zijn beleidsdagen georganiseerd en er is een leiderschapsprogramma bedacht en ingezet aan de hand van de input van het kernteam met mensen van HR. Over dit programma is meer te vinden in een van de documenten en vond plaats eind 2018, begin 2019. Daarnaast lopen er ook programma's vanuit het Radboud zoals 'toekomstbestendig verplegen'. Hier werd ook op gestuurd en gemonitord zodat dit paste bij de ontwikkeling van het Amalia. Uit de documenten valt nog wel te halen dat bij het inrichten van de zorgpaden medewerkers en de patiënt zijn betrokken, maar verder niet of hierbij gewerkt wordt aan ander gedrag.

Opvallend was dat de respondenten met name uit zich zelf de veel informerende bijeenkomsten deelden maar de activiteiten gericht op verandering van gedrag niet of minimaal aanhaalden. Pas bij doorvragen werd hier meer over gedeeld. Ook bij de respondent die het meest betrokken is bij het stuk leren en ontwikkelen leeft niet de gedachte dat er al veel gebeurd is inzake het veranderen van gedrag. Het lijkt erop dat de aandacht met name uitgegaan is naar het inrichten van de nieuwe structuur. Ook in de documenten wordt weinig gesproken over verandering van houding, gedrag en/of interactie. Pas later in het traject wordt dit concreter, wordt er gesproken over (persoonlijk) leiderschapsprogramma's en hoe in overleg met de paramedische beroepsgroep tot een samenwerkingsvorm wordt gekomen. Al met al lijkt het erop, zoals ook één van de respondenten schetste, dat er in eerste instantie vooral voorwaardenscheppend is gewerkt, de omstandigheden zo creërend dat er nu in een setting zoals gewenst gewerkt kan gaan worden zodat er daarna ook op gedrag gestuurd kan gaan worden.

Een ander opvallend punt dat werd opgemerkt gaat over de verandering van de vakgroepen. Hieraan voorafgaand heeft een vergelijkbare verandering gespeeld met het onderwijs binnen het Radboud. Hier was blijkbaar bijna geen weerstand, terwijl nu bij de vakgroepen die weerstand er in veelvoud blijkt te zijn. De betreffende respondent koppelde dit aan het gegeven dat onderzoek blijkbaar meer van belang voor de identiteit wordt geacht dan onderwijs. Tegelijkertijd kan de vraag worden gesteld of er voldoende is gedaan om te werken aan motivatie en adoptie specifiek gericht op deze doelgroep.

**Citaten motivatie en adoptie:**

*“Bij verloskunde en gynaecologie was veel draagvlak, daar wachtte men eigenlijk al jaren op. Wanneer gaat het nu eens gebeuren. Maar bij andere teams was veel minder draagvlak. Hebben we top-down gewerkt. Een dilemma is steeds geweest als je dat niet had gedaan, had je dan de vaart kunnen maken. Die hele organisatieverandering was wat ver weg van de werkvloer. Als we dan bijeenkomsten organiseerden, dan stond je daar iets conceptueels te vertellen waar de meeste zorgprofessionals erg glazig van begonnen te kijken.”*

*“We leggen te veel nadruk op waar het heen moet gaan in plaats van hoe gaan we dat reflecteren inrichten.”*

*“Het liefst wil je dat mensen de urgentie vanuit zichzelf gaan zien. Het wonderlijke is dat je kunt zeggen tegen zorgprofessionals: he de wereld verandert, er komt minder geld, meer zorgvraag, meer thuis. Dat zijn perspectieven die echt op ons afkomen. Dat ze toch lang denken van: maar dat geldt niet voor mij.”*

*“We hebben geprobeerd dat wij-gevoel te creëren. Trotsheid zeg maar voor het bedrijf. Verhalen zaaien en voor het voetlicht brengen. Dat laden is gaandeweg wel gelukt”.*

*“Ik merk daar in gesprekken niet zozeer het effect van, wel grote betrokkenheid bij de patiënt maar niet bij de organisatieverandering. Tegelijkertijd zit het daadwerkelijk gerealiseerd krijgen ook in wat we nu aan het doen zijn.”*

*“Dat onderzoek dat is voor mensen blijkbaar veel belangrijker dan onderwijs. Draagt veel meer je academische identiteit zeg maar.”*



## **Verschil norm en feitelijk**

1. Er zijn verschillen waarneembaar gedurende het traject. Door alle betrokkenen wordt beaamd dat er in alle fases veel aan informatieverstrekking is gedaan teneinde betrokkenheid en draagvlak te creëren. Ook is aan het begin van het traject geprobeerd input te halen, maar daar was weinig animo. Het werken aan disconfirmatie waarmee ruimte kan ontstaan voor verlangen naar het nieuwe lijkt niet (bewust) te zijn gebeurd. Daarbij kan de vraag worden gesteld of er voldoende is gewerkt aan motivatie onder de doelgroep vallend onder de vakgroepen, omdat daar nu een tegenbeweging gaande is.
2. Wat betreft adoptie is in eerste instantie top-down gewerkt, door het aanstellen van mensen op posities. Het lijkt er met name op dat bij het ontwerp van het grote plaatje vooral hoger management is betrokken en dat met hen ook gezamenlijk een leerproces is ingegaan. Met het management is een traject in gegaan waarin ze begeleid werden om de nieuwe manier van werken in te voeren en over te dragen, al lijkt dit vooral te gaan over de structuur kant waarbij minder is gesproken over de verandering van gedrag. In een later stadium wordt samen met medewerkers en patiënten gewerkt aan het ontwikkelen van de zorgpaden, bewust vanuit de gedachte om hen te betrekken om de verantwoordelijkheid te kunnen ervaren en nemen

## **Deelconclusie**

Doordat er veel aandacht naar de functionele kant van het traject is gegaan, is er in eerste instantie minder aandacht geweest voor de sociale interventieactiviteiten. Sociale interventiedoelen zijn niet expliciet bepaald. Complexiteit en zorgen dat de vaart er in bleef, waren de hiervoor genoemde beweegredenen. Doelgroepen werden veelvuldig geïnformeerd, maar bij de vraag om input trof men niet veel animo. Hierdoor zijn mogelijk andere interventieactiviteiten niet geprobeerd of bedacht. Later in het traject wordt op deelgebieden hier wel aandacht aan besteed en samen met doelgroepen gewerkt aan het ontwerp van de nieuwe organisatie.

Hier ligt wel een risico. Juist omdat het gaat om een organisatie met een hoge parameterwaarde is de kans groot dat afstand tussen werkvloer en management groot is. Dat medewerkers zich minder betrokken voelen en zich daarbij naar de oude structuur zijn gaan gedragen. Dit vergt extra inzet om medewerkers mee te krijgen in de nieuwe structuur en daarmee de nieuwe manier van interacteren te bewerkstelligen. Ook de weerstand van de vakgroepen kan gelegen zijn in het gegeven dat er wellicht te weinig aandacht is geweest in het samen met hen werken aan motivatie en adoptie.

Hier is wel sprake van een cruciaal aandachtspunt, door te weinig en/of niet op tijd te werken aan motivatie en adoptie kunnen (groepen) mensen zich letterlijk of figuurlijk van de nieuw te vormen organisatie afkeren. Dit kan consequenties hebben voor het al dan niet slagen van het gehele traject.

## **4.4 Kernbegrip interventieorganisatie**

### **4.4.1 Inrichting interventieorganisatie**

#### **Normen interventieorganisatie:**

1. Per interventieactiviteit wordt door middel van interactie (wat, wie en hoe) bepaald welke inrichting nodig is.
2. De onderlinge affiniteiten tussen de dimensies worden benut.
3. Het interventieproces wordt gemonitord en bijgestuurd.

De interventieorganisatie is in staat om:

4. De interventiestructuur zo in te richten dat interventiedoelen kunnen worden gerealiseerd.
5. De functionele en sociale interventiedoelen te bepalen
6. Het interventieproces te beheersen en bij te sturen.
7. De operationele interventies te kunnen uitvoeren.

#### **Feitelijke situatie:**

De inrichting is gestart met de stuurgroep die in 2016 de RvB adviseerde en met de aanstelling van de centrumleiding werd opgeheven. De centrumleiding bestond in eerste instantie uit een voorzitter en

transitiemanager en zij kregen gezamenlijk de opdracht van de RvB om de transitie op zich te nemen. Vervolgens breidde de inrichting onder hun leiding zich stap voor stap uit. De centrumleiding verzocht en kreeg als eerste ondersteuning op bedrijfskundig terrein, er werd een beleidsadviseur aan het team toegevoegd. Gezamenlijk vormden zij het kernteam. In het eerste jaar van het traject was het kernteam vrijwel volledig vrijgespeeld om het proces vorm te geven, hierbij hadden zij vrij veel speelruimte binnen de kaders van de opdracht. Alle respondenten verwijzen bij de inrichting naar de directeur, transitiemanager en later de beleidsadviseur die het traject hebben vormgegeven en gemonitord, en daar stap voor stap waar nodig expertise hebben ingeschakeld. Er is niet per stap bedacht welk volgende functionele of sociale doel zou gerealiseerd dienen te worden en dat hierop de interventieorganisatie werd aangepast. De interventieorganisatie was ingericht om met name functionele activiteiten te verrichten.

Het eerste functionele doel waar door hen aan is gewerkt is het maken van een algeheel organisatieconcept en -ontwerp voor de inrichting van het Amalia. Hierbij is over de inrichting van de interventieorganisatie nagedacht in relatie tot het functionele doel en onderliggende doelen (vaart maken met beschikbare beperkte middelen). Tijdens deze fase is geen koppeling gelegd met sociale interventieactiviteiten, behalve dat er wat gespard is met een paar afdelingshoofden.

Na akkoord OR en RvB kon gewerkt worden aan het verder uitwerken van het organisatieontwerp. Gedurende deze periode werd communicatie-expertise toegevoegd ter ondersteuning van het kernteam. Waarna de doelgroepen geïnformeerd werden en er geprobeerd werd input te verkrijgen.

Na akkoord van de OR en de RvB werd gestart met fase 2, de implementatie. De inrichting hiervan werd bepaald door de centrumleiding op basis van het ontwerp van het ziekenhuis en de verschillende pijlers die ingericht moesten worden. Aan de hand hiervan werd bepaald waar sturing nodig was. Voor deze sturende posities werden functieprofielen gemaakt met ondersteuning vanuit HR en voorgelegd aan de RvB voor akkoord. Op het moment dat mensen werden aangesteld op deze sturende posities kregen ze zowel de verantwoordelijkheid voor de sturing van de dagelijkse gang van zaken als een stem in het vervolg en kregen daarmee ook verantwoordelijkheid voor het verdere interventieproces. Zij kregen een inrichtingsopdracht, deze opdracht ging met name in op de feitelijke implementatie van de nieuwe organisatie(structuur). In deze opdrachten is niet terug te zien dat er ook aandacht aan sociale interventieactiviteiten moest worden geschonken. Ook in de interviews wordt niet gemeld dat de inrichting is geselecteerd om sociale doelstellingen te realiseren.

In een later stadium wordt het ontwerpen van de zorgpaden opgestart. Uit de documenten valt af te leiden dat wordt besloten om het ontwerp van de zorgpaden zo in te richten dat zowel functionele als sociale doelen kunnen worden gerealiseerd.

In dezelfde documenten staan plannen die ingaan op leren en ontwikkelen, het betrekken van mensen en werken aan gewenst gedrag, waar ook zijdelings in de interviews over wordt gesproken. Dit is in een later stadium en hierbij lijkt niet gedacht te zijn aan de mogelijke wisselwerking met een van de functionele activiteiten.

De inrichting van de organisatie wordt gekoppeld aan de interventieactiviteiten die het interventieteam in gang zet. Alleen lijkt het meer een lineair traject waarbij er voor gekozen is eerst de organisatie zo in te richten als bedacht om daarna de mensen te gaan betrekken en hen te ondersteunen en te begeleiden naar gewenst gedrag. Er lijkt weinig gestuurd te zijn op de onderlinge affiniteiten tussen de dimensies. Sowieso komt niet uit de interviews naar voren dat er op die manier is gedacht.

Uit alle interviews komt naar voren dat aan bijsturing en monitoring veel aandacht is gegeven.

Het team wist niet hoe het organisatievernieuwingstraject zich precies zou ontwikkelen. Er is gewerkt met hoofddoelstellingen waarbij het proces vrijwel dagelijks werd gemonitord. Er werd niet expliciet gewerkt met meetbare indicatoren. In de documenten zijn die wel terug te vinden ten aanzien van de zorgpaden. Jaarlijks werden de strategie en de acties geëvalueerd. Er werd gewerkt met jaarverslagen en jaarplannen (one paper strategies). Hierin werd per doel uitgewerkt en toegelicht welke acties zijn gedaan, de uitkomsten en het vervolg daarvan.

De centrumleiding had de eindverantwoordelijkheid voor het organisatievernieuwingstraject en van het Amalia. Binnen deze kaders kon de leiding en het interventieteam in principe zelf doelen wijzigen en stellen (strategisch regelen), het kon bepalen hoe de interventiestructuur eruit kon zien (met beperkte

financiële middelen), storings monitoren en bijsturen en operationeel interveniëren. Hierbij heeft zich men vooral gezorgd dat de functionele operationele interventieactiviteiten verricht konden worden, wat trouwens op zichzelf al een omvangrijk project is. Er was redelijk wat vrijheid om de transitieopdracht vorm te geven. Beperkende factoren in de structuur waren de afhankelijkheden van de rest van het Radboudumc waar vrijwel geen zeggenschap was. Hier wordt door respondenten wel over gezegd dat het voordeel van een apart kinderziekenhuis is dat het relatief gemakkelijk valt los te koppelen van de andere processen. Daarbij lukte het soms ook, omdat het Amalia een voorloper was binnen het Radboudumc, om waar nodig te interveniëren in aanverwante processen buiten de kaders van het Amalia. Er werd top-down gewerkt, waarmee elke laag binnen de kaders die het echelon boven hen had vastgesteld de veranderopdracht kon vormgeven. Dit is gezien de omvang van de interventieorganisatie en het traject een heel logische gedachte, maar daarmee zijn wel kansen gemist. Hier aan toevoegend is een opmerking van een respondent relevant die aangaf dat het beter was geweest wanneer meer mensen vrijgespeeld hadden kunnen worden om het veranderproces vorm te geven. Sowieso lukte het beter het veranderproces vorm te geven wanneer de leidinggevende minder "gekleurd" was doordat hij/zij niet uit een vergelijkbare functie kwam.

Aan de doelstellingen om zorg te dragen dat alle kindzorg samengevoegd zou worden onder één paraplu en de inrichting volgens het ontwerp gerealiseerd kon worden, kon met deze interventieorganisatie worden gerealiseerd. Echter deze interventieorganisatie en -structuur is niet ingericht om ook sociale doelen te realiseren. Volgens het 3D-model is dat wel wat had moeten gebeuren.

#### **Citaten interventieorganisatie**

*"Zo breidde de club zich steeds verder uit en bij elke uitbreiding hadden ook die mensen een stem in wat er gebeurde".*

*"Ze konden niet meer zeggen 'we gaan het anders doen', maar wel meedenken over het vervolg."*

*"Er werd natuurlijk periodiek gecheckt: wat is de voortgang en is de richting nog steeds akkoord". "er moest ook simpelweg een opdracht uitgevoerd worden, maar soms is er wel verder gegaan dan waar het mandaat lag, om bijvoorbeeld iets te vinden over de gehele organisatie (Radboud breed)."*

*"Maar het zorgde er soms ook voor dat mensen soms al een te grote operationele rol hadden en niet konden gaan doen waar het ons om te doen was". "Ik merkte dat het makkelijker was voor mensen om de verandering door te voeren die daarvoor niet een vergelijkbare management rol hadden. Het was moeilijke voor mensen die in de oude structuur al zo'n rol hadden en nu om moesten gaan."*

#### **Verschil norm en feitelijk**

1. Er is op hoofdlijnen vastgesteld wat de doelen van de verschillende fasen zijn. Waarbij met name de functionele doelen zijn vastgesteld en de sociale doelen in mindere mate. Bij diverse interventieactiviteiten is nagedacht welke inrichting nodig was om het gewenste doel te realiseren. Het valt niet te achterhalen of zo is gehandeld bij alle interventieactiviteiten.
2. Er is niet (bewust) gestuurd op het benutten van onderlinge affiniteiten, waar bij functionele interventieactiviteiten direct ook gewerkt wordt aan sociale en visa versa. De aandacht is meer gegaan naar het stap voor stap inrichten van de organisatie en daarmee meer naar de functionele activiteiten. Waarna los daarvan sociale interventieactiviteiten zijn georganiseerd
3. Het proces is continue gemonitord en bijgestuurd maar zover bekend niet op specifiek vastgestelde indicatoren.
4. Er was mandaat om de inrichting van de interventiestructuur vrij in te richten, interventiedoelen te bepalen, aan te passen en te reguleren, maar wel binnen de kaders van de opdracht van de RvB. Doordat het kernteam relatief klein is en werkt met korte lijnen, was het direct betrokken bij het gehele organisatievernieuwingsproces en had daarmee invloed op de meeste interventies en lijkt er daarmee voor gezorgd te hebben om zelf op bij te sturen. Maar dit is minder zichtbaar, dus minder transparant en de kans is aanwezig dat dit veel van het team heeft gevergd.
5. De operationele interventies die het team beoogde konden worden uitgevoerd. Voor bijvoorbeeld de implementatiefase is de interventieorganisatie ingericht zodat men in staat was

(met name) de functionele interventies uit te voeren. Ook was het mogelijk om gedeeltelijk te werken aan de operationele sociale activiteit, motivatie. Op andere operationele activiteiten was de interventieorganisatie (in eerste instantie) niet ingericht, denk hierbij aan het doen van een diagnose, werken aan disconformatie of aan adoptie.

### **Deelconclusie**

Er is een interventieorganisatie gebouwd op basis van de vraag om alle kindzorg onder het Amalia te brengen. Er zijn met name functionele doelen gesteld en de interventieorganisatie was in eerste instantie vooral ingericht teneinde deze functionele doelen te realiseren. Het is en was een klein interventieteam die gedurende korte tijd bovenop de staande organisatie heeft kunnen opereren, wat voor slagkracht, eigenzinnigheid en snelheid heeft gezorgd en daarmee aan de opdracht van de RvB heeft kunnen voldoen. Er is voor gekozen eerst de nieuwe organisatie in te richten, waar de interventieorganisatie ook voor was ingericht. Dit betekent ook dat de interventieorganisatie niet in staat was om alle benodigde activiteiten volgens de gestelde normen te kunnen oppakken. Met name het inrichten van een organisatie die ook sociale doelen kon realiseren is in mindere mate gebeurd. Wel heeft communicatie vanaf het begin deel uit gemaakt van de interventieorganisatie. Dit is terug te zien in de aandacht die er is besteed aan informatieverstrekking.

De redenering die het team heeft gevolgd is om per fase mensen aan te trekken die op basis van een functiebeschrijving zijn aangesteld. Hierbij kreeg men direct een inhoudelijke verantwoordelijkheid en een bepaalde taak in het organisatievernieuwingstraject. Bij het bouwen van de nieuwe organisatie kregen alle betrokkenen, ook het kernteam, een gecombineerde taak en ging de interventieorganisatie op in de staande organisatie. Dit brengt volgens de theorie een risico met zich mee. Door al op te gaan in de staande organisatie vermindert simpel gesteld de interventiekracht. De invloed van de oude manier van interacteren neemt toe. Hierdoor neemt de kans toe dat oude patronen, manieren van werken de overhand krijgen en dat het moeilijker wordt gewenste interventiedoelen te realiseren. De interventieorganisatie heeft geprobeerd dit te voorkomen door met name 'jongere' mensen aan te stellen op cruciale posities. Maar geeft ook aan dat wanneer de middelen voorhanden waren geweest, men liever langer meer mensen had vrijgespeeld. Doordat weinig sociale doelen zijn gesteld is er ook in beginsel minder aandacht geweest voor sociale activiteiten en was de interventieorganisatie hier ook niet op ingericht. Hierdoor kunnen er, zoals al verwoord bij sociale interventieactiviteiten, kansen zijn gemist. De interventieorganisatie lijkt met name organisatiekundig te zijn ingericht en in mindere mate veranderkundig en daarmee niet integraal. En juist een integrale aanpak is volgens meerdere auteurs (zie ook paragraaf 2.1.3), als Boonstra en Achterbergh en Vriens, nodig om een episodische interventie te kunnen begeleiden.

#### 4.4.2 Interventie HR

##### **Normen interventie HR:**

Het zorgen voor participatie van mensen bij interventies (in relatie tot doelen). Hierbij wordt gedacht aan:

1. Benodigde expertise
2. Mensen die van belang zijn te betrekken
3. Mensen die object zijn van verandering
4. Om participanten waar nodig van opleiding/ondersteuning te voorzien

##### **Feitelijke situatie:**

Door de RvB zijn Kees Noordam als voorzitter en Jessica Vogel als transitie-manager aangewezen om de transitie naar het Amalia vorm te geven. Hierbij was de gedachte om een duo te vormen van medische pediatrie expertise en bedrijfsvoering. Samen vormen zij de centrumleiding. Door hen werd ook over de eigen rol nagedacht in relatie tot de interventiedoelen, waarbij van rol werd gewisseld waar nodig. Waar de hardere kant van de transitie meer werd gedaan door de transitie-manager en later het geleidelijk veranderen goed gecombineerd werd met de dagelijkse leiding door de voorzitter (nu directeur). Ook aan het begin van het traject is stilgestaan bij de gedachte of de directeur, iemand van

binnen en al goed op de hoogte van alles of toch beter iemand van buiten de verandering, moest gaan begeleiden. Uiteindelijk is gekozen voor het eerste.

Zij hebben diverse mensen, diverse expertise, betrokken in het interventieproces, waar de respondenten elkaar aanvullen in het benoemen van betrokkenen. Als eerste is een beleidsadviseur toegevoegd aan het kernteam om het gedachtegoed te vertalen in beleid, daarna werd er communicatie expertise aan het team toegevoegd om de communicatie richting de doelgroep te verzorgen. Op een gegeven moment, toen het over personele consequenties ging werd er ondersteuning vanuit HR geregeld. In het vierde kwartaal 2018 is er ondersteuning geweest van een team “organisatie en besturing” onder leiding van een externe. Door het kernteam was aangegeven naar de RvB dat er hulp nodig was om te zorgen dat de vaart er in bleef en dat kregen ze in de vorm van dit team. Dat hielp het Amalia om een resultaatverantwoordelijke eenheid te kunnen worden.

Op sturende posities werden managers aangesteld die zowel de taak hadden om de dagelijkse gang van zaken aan te sturen als de interventie mede vorm te geven. Deze aanstelling vond plaats op basis van functiebeschrijvingen opgesteld door het kernteam met behulp van HR. Zij werden ondersteund in hun opdracht met behulp van beleidsstukken, beleidsdagen en andersoortige bijeenkomsten waarin het gedachtegoed werd gedeeld en vragen beantwoord.

Er is nagedacht over het inzetten van externe expertise op terreinen die nodig waren en niet in het team aanwezig. Hierbij is vooral gekeken naar het eigen netwerk, denk aan de Radboud Health Academy voor het vormgeven van de lerende organisatie, informatiemanagement voor het kunnen meten van doelstellingen en Jan Achterbergh voor input over het ontwerp van de organisatie. Verder is ook veel door het team zelf uitgezocht op basis van theorie om tot bepaalde oplossingen te komen omdat er weinig praktijkvoorbeelden voor handen waren over hoe zorg optimaal is in te richten. Er werd niet veel externe of extra expertise ingeschakeld vanwege tijd en geld. Medewerkers die object zijn van de verandering zijn minimaal ingeschakeld, het management daarentegen wel. Bij de ontwikkeling van de zorgpaden, wat pas later in het organisatievernieuwingstraject plaatsvindt, zijn zowel medewerkers als patiënten (en familie van) betrokken. Procesondersteuning werd geregeld vanuit het projectbureau PVI.

#### **Interventie HR**

*“Klopt, je betreft verschillende mensen in verschillende mate. Maar je had nog steeds als tactisch manager of zorgdomeinleider invloed op hoe gaan we dan die onderdelen inrichten die we hebben bedacht. Dus nee ze konden niet meer zeggen: we gaan het anders doen, maar ja ze konden wel meedenken over het vervolg.”*

*“Toen hebben we tegen het bestuur gezegd hier moet even stuk regie en ondersteuning op. Toen is een extern iemand gehoord om dat te regelen.”*

*“Dus dat was ook een kwestie van doen en kijken hoe het uitpakt.”*

*“Er is later in de uitvoering ingezet op IM, HR capaciteit. In het ombouwen en meedenken daar is veel capaciteit in gaan zitten.”*

#### **Verschil norm en feitelijk**

1. Er is expertise ingeschakeld gekoppeld aan doelen die zijn gesteld. De aansturing is in handen van dezelfde paar mensen en waar nodig is uit eigen netwerk hulp ingeschakeld. Alleen doordat niet alle doelstellingen zijn gesteld is er waarschijnlijk ook bepaalde cruciale expertise niet ingeschakeld.
2. Op managementniveau zijn mensen die van belang zijn betrokken. Bij andere doelgroepen is dat in eerste instantie minder gedaan.
3. Ook op managementniveau zijn zij die object van de verandering zijn, betrokken. Er is geprobeerd om ook medewerkers die object zijn van verandering te betrekken, maar daar was weinig animo voor.
4. Het management is ondersteund met informatie en discussiebijeenkomsten om het gedachtegoed te begrijpen en te kunnen uitdragen.

## Deelconclusie

De expertise die is ingeschakeld had in eerste instantie tot doel om het Amalia in te richten en kindzorg daar onder te brengen. Volgens het 3D-model had in deze fase ook gewerkt kunnen worden aan sociale interventieactiviteiten, dat is wel gebeurd door communicatie expertise in te schakelen maar geen expertise om te werken aan doelen als disconfirmatie en adoptie.

Omdat er niet veel middelen waren is veel gewerkt met expertise in combinatie met de uitvoering van een bepaalde functie. Zo is er voor gekozen management in hun nieuwe functie te plaatsen en die tevens verantwoordelijk te maken voor het werken volgens de nieuwe inrichting. Er is weinig gewerkt met het laten participeren van mensen die object van de verandering zijn, al is dat wel geprobeerd. Wanneer er meer expertise was rondom veranderen, om met mensen een leer en ontwikkeltraject in te gaan dan was wellicht de kans groter geweest dat het gelukt was om mensen die object zijn van verandering in een eerder stadium mee te krijgen. Hierbij moet de kanttekening geplaatst dat het interventieteam ook opdracht had om vaart te maken en niet voldoende middelen om hier meer uit te halen. En er lijkt voor een andere volgorde te zijn gekozen, eerst zorgen dat de organisatie staat om dan meer veranderkundig aan de slag te gaan. Hier is waarschijnlijk wel een kans gemist. Door in een vroeg stadium te werken met expertise die zowel in staat is te werken aan sociale als functionele doelen is de kans groter dat de doelgroep eerder zal participeren en meedenken wat de kans op het bepalen van doelstellingen vergroot.

### 4.4.3 Interventietechnologie

#### Normen interventietechnologie:

1. Het selecteren van benodigde middelen voor het kunnen doen van interventies
2. Hierbij wordt rekening gehouden met beschikbare kennis, vaardigheden en motivatie van de mensen betrokken bij de interventies.

#### Feitelijke situatie

Ten eerste is het organisatieontwerp zelf en het gedachtegoed hieromheen, interventietechnologie die is gehanteerd. Dit ontwerp is meerdere malen besproken met de leidinggevenden die het verder moesten gaan implementeren. Hiervoor werden beleidsdagen ingepland waar het gedachtegoed werd besproken en vragen werden gedeeld. Een van de respondenten gaf aan dat het een moeilijk gedachtegoed was om uit te leggen. Tegelijkertijd was het volgens dezelfde respondent niet nodig om ondersteuning te krijgen om het weer aan zijn mensen uit te kunnen leggen.

Verder werden er veel stukken geschreven en gedeeld ten aanzien van diverse doelgroepen. Informatie om betrokken te blijven bij de voortgang, om helder te maken wat de vorderingen en stand van zaken was en om thuis te geraken in het gedachtegoed. Hierover wordt enerzijds gezegd dat er veel moeite is gedaan om mensen te informeren, anderen uiten wel kritiek op de hoeveelheid "lijvige stukken" die zijn geproduceerd.

Er werden diverse informatiebijeenkomsten georganiseerd. Koffierondes voor het verplegend personeel en ontbijtsessies met specialisten, bedoeld om op een laagdrempelige manier te informeren en input te vergaren. Hiervoor was volgens respondenten niet veel animo.

In een later stadium, in 2018, zijn Amalia zeepkistsessies georganiseerd in samenwerking met een lid van de RvB, die door ca 200 medewerkers werd bezocht. Hierbij werd in gesprek gegaan met de medewerkers om ideeën en verhalen uit te wisselen in het kader van de centrale Radboudstrategie om het meest persoonsgerichte en innovatieve UMC te worden

Wat verder niet genoemd werd maar wel als interventietechnologie kan worden aangemerkt is dat ook de huisstijl en het uiterlijk van locatie waar het Amalia is gevestigd is aangepakt. De uitstraling moest meer kindvriendelijk worden. Ook de externe communicatie is aangepakt om de "kind- en familiegerichte werkwijze te profileren.

#### **Interventie Technologie**

*"Van een afstandje gezien heb ik gedurende het proces toen ze dat de transitieperiode noemde heb ik wel gezien dat er hele lijvige stukken zijn geschreven dat er geïnvesteerd is in een beeldmerk, in kleur in een uitstraling waarbij ik vooral denk dat die laatste zaken meer effect hebben van samenhang, in ieder geval om iets te creëren van bijval, onder de vlag van."*

*"Ik denk wel, wat we wel gedaan hebben meer het wij gevoel te creëren. Trotsheid zeg maar voor het bedrijf. Toch maar steeds de verhalen te zaaien of voor het voetlicht te brengen."*



## Deelconclusie

Er zijn vooral waar nodig communicatiemiddelen ingezet. Er is veel en zorgvuldig gecommuniceerd over het gedachtegoed, de voortgang, evaluaties en voorgenomen plannen en strategie. Daarnaast zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd, die vooral neerkwamen op het zenden van informatie. Alleen, zover bekend, het management is intensiever begeleid bij het toepassen en implementeren van het nieuwe gedachtegoed. Het aanpassen van de huisstijl en inrichting heeft geholpen om meer saamhorigheid te creëren, zodat het personeel zich onderdeel voelt van het Amalia.

Dit beeld past bij de rest van de deelconclusies. De technologie sluit aan bij het beeld van een traject waar in eerste instantie vooral gefocust is op het inrichten van de nieuwe organisatie met relatief weinig middelen. Wanneer er meer focus zou zijn geweest op het realiseren van sociale interventiedoelen en hier de organisatie op zou zijn ingericht, dan zou er ook meer interventietechnologie nodig zijn geweest om deze interventies te ondersteunen.

### 4.4.4 Veranderrelaties en macht

#### Normen

1. Het monitoren van relaties die van belang zijn in het veranderproces
2. Bewust zijn van interne en externe krachten die van invloed kunnen op het proces

#### Feitelijke situatie

Er wordt door vrijwel alle respondenten onderkend dat er gestuurd is op veranderrelaties als dat er sprake was van machtsvraagstukken. Opvallend is dat de respondenten die hier op hebben moeten sturen dit zonder schroom lijken te erkennen en de andere respondenten met meer voorzichtigheid en verzoeken om vertrouwelijkheid reageren. Er is in beginsel vooral gestuurd op het formele besluitvormingsproces via de RvB en de medezeggenschap. Waarbij drie respondenten vermelden dat hierin de RvB niet altijd evenveel duidelijkheid gaf. Een respondent vermeldt dat de medezeggenschap nog het beste heeft meegewerkt.

In de beginfase is samengewerkt met een aantal afdelingshoofden als klankbordgroep. Verder is bewust gestuurd door leidinggevenden gedurende het proces aan te stellen die qua stijl passen bij het doel van de verandering waarbij de gedachte was dat daarmee ook de gewenste verandering doorgevoerd zou gaan worden. Hierbij vult één respondent aan dat er bewust gestuurd werd op de wat jongere generatie om beweging te creëren. Een andere respondent vermeldt dat dit wel wat zorgvuldiger had mogen gebeuren en dat hierdoor ook goodwill is gesneuveld. Verder is actief gewerkt aan stakeholderrelaties, door presentaties te geven, vragen te stellen en antwoorden te zoeken om te zorgen voor voortgang van het proces.

Er waren vele met name interne krachten die meespeelden: het transitieteam, de RvB, mensen die er werkten. Machtsvraagstukken waren duidelijk zichtbaar, of het kwam letterlijk op de agenda of het was voelbaar in het soort vragen en opmerkingen. Zo was er verschil van inzicht tussen de leden van bestuur onderling over hoe de toekomst van Radboudumc eruit zou moeten zien. Daarbij vond een aantal afdelingshoofden het een minder goed idee om naar een integraal kinderziekenhuis over te stappen. Sommige afdelingshoofden hebben volgens twee respondenten daarbij macht en invloed aangewend. Door de centrumleiding werd gekozen hierop vooral te sturen middels formele besluitvorming via de RvB.

Wel blijkt gaandeweg de tijd dat men in de organisatie, Radboud breed, toch gevoelig is voor de druk vanuit de medisch specialisten, de vakgroepen. Hierdoor lijken ondertussen wat tegenbewegingen te ontstaan die ook gevolgen kunnen gaan hebben voor de positionering en invulling van het Amalia.

Van buitenaf was er ook een kracht die positief van invloed was namelijk de patiëntenverenigingen, die het traject ondersteunden.

#### **Citaten veranderrelaties en macht**

*“Dit was een bewuste strategie, afdwingen van bovenaf”. “Er is hier veel in geïnvesteerd, tot een gesprek met de RvB aan toe”.*

*“Tegenkrachten waren duidelijk zichtbaar, machtsvraagstukken zie je snel terug op de agenda.”  
“de patiëntenverenigingen die waren erg positief”.*

*“Er is gestuurd door bewust op de wat jongere mensen te focussen om beweging te creëren”.*



## Verschil feitelijk en norm

1. De centrumleiding monitort de relaties die van belang zijn en heeft hier actief op gestuurd. Of op alle benodigde relaties is gestuurd is niet te zeggen.
2. De diverse krachten (machtsprocessen) waren aanwezig, zichtbaar en meestal niet helpend. Betrokkenen waren zich hier bewust van en hebben hier waar mogelijk op geacteerd. Wel lijkt er nu toch een tegenbeweging gaande die van invloed kan zijn op de uitkomst van het traject.

## Deelconclusie

Het interventieteam monitorde het interventieproces vrijwel dagelijks en was zich bewust van verschillende krachten die speelden en hebben hier op geacteerd. Of men zicht had op alle krachten valt niet zonder meer te zeggen. Ook is er gestuurd op bepaalde veranderrelaties die nodig waren in het interventieproces. Wat betreft veranderrelaties is het de vraag of op alle benodigde veranderrelaties is gestuurd en of er ook andere interventies hadden moeten plaatsvinden. Zeker omdat er nu een tegenbeweging gaande is kan de vraag gesteld worden wat de interventieorganisatie misschien toch nog anders had kunnen doen. Is er voldoende op de relaties met die afdelingshoofden gestuurd. Is de weerstand voldoende onderkend. Had er andere sturing, invloed of interventies aangewend kunnen worden teneinde die weerstand af te zwakken. Wat sowieso opvalt is dat gezegd werd dat er zicht was op. Dit zou ook kunnen betekenen dat er met name reactief geacteerd werd op bepaalde krachten in plaats van proactief te sturen en te beïnvloeden.

## 4.5 Bijvangst

Tijdens het bestuderen van de transcripties en de documenten vallen er een paar uitspraken op die niet direct te relateren zijn aan de gestelde normen op basis van het 3D-model maar wel relevant zijn om te vermelden. Dit gaat met name over de scope van de organisatieverandering en de invloed die het Radboud heeft op het traject bij het Amalia.

Door twee respondenten en in een van de bestudeerde documenten wordt gesproken over dat het Radboud beter in staat zou moeten zijn vraagstukken te analyseren en te evalueren; te leren van eerdere ervaringen, te toetsen en te reflecteren en ook besluiten grondiger voor te bereiden. Dit gaat over de kwaliteit van besluitvorming en in staat zijn als organisatie te leren van ervaringen en elkaar.

Een andere uitspraak gaat over de positionering van de RvB. Volgens een respondent had de RvB zich in woord en daad steviger kunnen scharen achter de verandering van het Amalia. Dit gaat over het mandaat wat men als veranderaars krijgt. Het Amalia had uiteraard het mandaat op papier, maar wanneer hier veel middelen voor vrij worden gemaakt en de RvB eenduidig zou hebben laten zien dat dit de koers is waar men achter staat, dan zou het Amalia ook in woord en gebaar het mandaat hebben gehad wat misschien wel meer waard is dan het mandaat op papier.

Een laatste uitspraak gaat over de organisatieverandering van het gehele Radboud. Een respondent verwijst hier ook naar de RvB en dat het te lang duurt voor de RvB zich uitspreekt en in actie komt inzake de rest van het Radboudumc. Waarmee ook wat wordt gezegd over de grens van het traject. Wanneer heel Radboud een verandertraject zou doormaken van uit hetzelfde gedachtegoed dan zou het traject bij het Amalia met meer wind in de rug kunnen verlopen.

### **Citaten bijvangst**

*“De RvB had haar rol wat mij betreft wat krachtiger mogen pakken en duidelijker achter het Amalia moeten gaan staan. Misschien wat meer middelen vrijmaken nog om het centrum ook echt op te kunnen starten dan was er waarschijnlijk minder ruimte voor ruis geweest.”*

*“Wat ik zelf persoonlijk denk ik het lastigste vind om het totaal te zien is dat je als organisatie één onderdeel wel aan het veranderen bent maar eigenlijk nog geen uitspraken hebt gedaan over wat je met de rest wilt doen. En dat is een impasse, die wat mij betreft, die duurt te lang.”*

*“Je moet eigenlijk na een jaar kijken past het nog bij wat we oorspronkelijk van plan waren. Bij ons kompas. Dat gebeurt hoegenaamd niet. Dan is men al bezig met de analyse van een volgend probleem.”*

### **Deelconclusie**

Het Amalia maakt deel uit van een groter geheel, het Radboudumc, en is daarbij ook afhankelijk van dit groter geheel. Binnen het Radboud is blijkbaar niet gebruikelijk besluiten te nemen op basis van een grondige analyse, regelmatig te reflecteren en vervolgens te leren van genomen besluiten. Dit sluit aan op de eerdere bevindingen waarbij er geen grondige diagnose ten grondslag ligt aan het organisatievernieuwingstraject van het Amalia en waarbij er regelmatig gesproken wordt over “vaart maken”. Dit brengt twee risico's met zich mee, de eerste is bij de diagnose reeds genoemd en de tweede is dat je als organisatie niet leert van eerdere ervaringen. En dat is simpelweg zonde van alle inspanningen die je als organisatie onderneemt. Hier ligt een relatie met de eigenschappen van een organisatie met een hoge parameterwaarde structuur. Dit type organisaties is lastig in staat om te zelf veranderingen door te voeren en verliest daarmee ook haar lerend vermogen. Een eigenschap die onontbeerlijk is om als organisatie flexibel mee te bewegen met haar omgeving en wil kunnen blijven innoveren.

Het gegeven dat het Radboud zich meer achter het Amalia had kunnen scharen met mandaat en middelen en dat er onvoldoende helderheid is over wat zij beoogt met de rest van de organisatie heeft te maken met macht en veranderrelaties, maar dan in die zin dat daar niet zonder meer op te sturen valt. Dit is een hoger echelon en wanneer zij bepaalde besluiten nemen, ondanks de mogelijke invloed die is aangewend, dan is dat hetgeen waarmee een organisatieonderdeel, in dit geval het Amalia het heeft te doen. Maar het zorgt wel degelijk voor of dat organisatieonderdeel bij haar plannen de wind in de rug krijgt of niet.

## Hoofdstuk 5. Conclusies, aanbevelingen en reflectie

In dit laatste hoofdstuk staan de analyses van de bevindingen van dit onderzoek beschreven en zijn de aanbevelingen voor het Amalia geformuleerd. Er wordt afgesloten met een reflectie aangaande dit onderzoek.

De beschrijving van de deelconclusies met betrekking de interventieactiviteiten staat in de eerste paragraaf. Hier is onderzocht welke activiteiten het Amalia heeft willen doen afgezet tegen wat volgens het normatief kader dient te gebeuren. Daarna worden de deelconclusies ten aanzien van de onafhankelijke variabele de interventieorganisatie beschreven, waar is onderzocht welke redenering het Amalia heeft gevolgd bij de inrichting van de organisatie. Hierbij wordt de invloed van deze redenering op de afhankelijke variabele ook tegen het licht gehouden.

### 5.1 Kernbegrip Interventieactiviteiten

#### 5.1.1 Functionele interventieactiviteiten

Binnen dit onderzoek is de afhankelijke variabele: de interventieactiviteiten, bestaande uit functionele en sociale interventieactiviteiten. Eerst wordt ingegaan op de functionele, waarbij de eerste activiteit bestaat uit de diagnose(fase).

##### **Doel(en)**

Een interventietraject staat in het licht van een bepaald doel of meerdere doelen. Dit doel verwoordt waar de organisatie in het kader van haar strategie voor wilt staan en geeft daarmee richting en achtergrond bij het maken van keuzes in een verandertraject (Achterbergh en Vriens, 2019). Ook de diagnose(fase) is hieraan gerelateerd en wordt ingericht aan de hand van het uiteindelijke doel. Dit is dan ook de eerste variabele die is onderzocht:

Het is duidelijk dat het organiseren van de zorg rondom de patiënt het doel en gedachtegoed is wat in het traject centraal staat. Uit de documenten blijkt de zorgvuldigheid waarmee men heeft gewerkt aan de doelstellingen en de onderbouwing daarvan. Opvallend hierbij is wel de hoeveelheid subdoelstellingen als ook uitgangspunten, leidraadpunten die zowel in de documenten als tijdens de interviews worden aangehaald. Dit kan er voor zorgen dat het doel en het waarom vertroebelt en voor een minder duidelijke focus zorgt en heeft gezorgd. Daarbij wordt doel en middel soms door elkaar gebruikt. Op zichzelf is dat geen probleem, maar dat wordt het wel wanneer er mogelijk meerdere en wellicht zelfs betere wegen zijn om het doel te bereiken. De vraag die hierbij gesteld kan worden of er voldoende onderzocht is of de doelstellingen die zijn geformuleerd ook het juiste middel zijn om het uiteindelijke doel te bereiken. Zie hiervoor ook diagnose.

Doordat het een omvangrijk traject is, is tijdens de interviews vooral gesproken over de grote lijnen, waardoor het minder duidelijk is of men ook per interventieactiviteit met doelstellingen heeft gewerkt. Sowieso is er geen doelstelling in relatie tot de functionele activiteit diagnose gesteld, wel in relatie tot het ontwerp en implementatie. De doelstellingen ten aanzien van sociale activiteiten van het gehele traject en in beginstadium van deelactiviteiten zijn minimaal geformuleerd. Later in het traject wordt dit wel gedaan. Het formuleren van doelstellingen lijkt wellicht een detail, maar is tegelijkertijd het ijkpunt van elke interventieactiviteit. Op het moment dat een doelstelling wordt uitgesproken (en belegd) is de kans groot dat er aan wordt gewerkt en waar mogelijk ook wordt gerealiseerd. Ook bij Amalia lijkt het er op dat aan alle doelstellingen die zijn geformuleerd ook daadwerkelijk aandacht is besteed. Maar dat het vooral de vraag is of alle doelstellingen die nodig zijn om het gehele traject tot een goed einde te brengen zijn vastgesteld.

##### **Diagnose**

Uitgaande van een doel kan aan de hand van een theoretisch gedachtegoed normen opgesteld worden waar de gewenste situatie aan dient te voldoen. Wanneer dit helder is kan worden onderzocht waar de huidige situatie niet voldoet aan de normen, wat de knelpunten zijn, om vervolgens te onderzoeken wat de oorzaken kunnen zijn van deze knelpunten. Door dit gestructureerd en per interventieactiviteit te

doen wordt inzichtelijk waar de mogelijke oplossingen liggen en wat er dient te gebeuren om naar de gewenste situatie toe te werken.

Het traject is door de centrumleiding opgepakt vanaf het moment dat zij een opdracht kregen van de RvB, waarvoor reeds een rapport was geschreven door een stuurgroep. Hierbij kregen ze ook de opdracht vaart te maken. Het lijkt erop dat er vanuit een breed gedragen gedachte in de organisatie en op basis van de adviezen uit het rapport direct de stap is gemaakt naar een opzet voor de nieuwe structuur. Ook het rapport Sweep is niet volgens het normatief kader gedaan maar op basis van gesprekken en de eigen expertise is men tot een advies gekomen.

Er is dus geen diagnose verricht die gekoppeld is aan een bepaalde theorie, waarbij knelpunten en oorzaken zijn geïventariseerd. Dit betekent dat er een minder expliciete uitgangssituatie staat. Er is aangenomen maar niet vastgesteld welke knelpunten er zijn en wat de oorzaken hiervan zijn. Dit betekent ook dat bij het formuleren van de oplossingsrichting (belangrijke) factoren over het hoofd kunnen zijn gezien. Daarbij kan bij het doen van een diagnose gewerkt worden aan de motivatie aangaande en adoptie van de benodigde verandering bij de doelgroep. Door geen diagnose te doen kon dit ook niet plaatsvinden. Bij het onderzoek van de stuurgroep zijn wel mensen, met name management en specialisten, betrokken, maar dus niet volgens de theorie waarin men gefundeerd zicht krijgt op knelpunten, oorzaken en mogelijke oplossingen.

De diagnose houdt direct verband met het vorige punt doelstellingen. Wanneer er geen diagnose wordt verricht, wordt het lastig om vast te stellen welke knelpunten opgelost dienen te worden om het uiteindelijke doel te realiseren. Oftewel hier wordt de kans gemist om alle subdoelstellingen op een rij te krijgen die gerealiseerd dienen te worden teneinde het uiteindelijke doel van het gehele traject te realiseren. Daarbij wordt de kans gemist om te werken aan draagvlak onder de doelgroep die object is van de verandering. Dit is een cruciaal punt en kans consequenties hebben voor de rest van het traject.

## **Ontwerp**

Het zou in het Amalia moeten gaan om een episodische verandering. Een radicale verandering die er voor zorgt dat de hoge parameterwaarde structuur een lagere waarde krijgt, waarmee de organisatie weer in staat is zelfstandig de kleinere nodige veranderingen aan te brengen. Dit betekent dat het hier sowieso een verandering van structuur dient te betreffen en dat deze nieuwe structuur zorgt dat de parameterwaarde in de organisatie wordt verlaagd. Om tot dit ontwerp te komen is het van belang dat een aantal stappen worden doorlopen. De bevindingen rondom het ontwerp hebben geleid tot de volgende deelconclusie:

Er is aan de hand van theorie gewerkt aan een nieuwe organisatiestructuur. Uit de documenten en de interviews wordt het gedachtegoed duidelijk. Er is voor theorie gekozen die zorgt dat parameters worden verlaagd. En ook uit de onderbouwing van het gekozen ontwerp blijkt dat hier op is gestuurd. Omdat er niet een diagnose zoals in de theorie wordt beschreven aan ten grondslag ligt wordt niet duidelijk of er gewerkt is aan het oplossen van alle knelpunten. Dit kan tot gevolg hebben dat factoren zijn gemist bij het bepalen van het ontwerp. Het ontwerp en de theorie die daaronder ligt is in kleine kring tot stand gekomen en er zijn vrijwel geen mensen bij betrokken. Hiermee is waarschijnlijk wel een kans gemist om mensen die van belang zijn in het proces en/of die object zijn van de verandering mee te laten denken en al mee te krijgen in de verandering. Een structuur gaat pas "leven" wanneer mensen zich ernaar gaan gedragen en bijbehorend gaan interacteren.

Bij de zorgpaden lijkt wel volgens het 3D-model te worden gewerkt. Er zijn zowel functionele als sociale doelen gesteld. En bij het ontwerp worden patiënten en medewerkers betrokken en extra expertise ingezet.

### **5.1.2 Sociale interventieactiviteiten**

Aan een organisatie verandertraject zit een functionele kant, in het 3D-model de functionele dimensie genoemd, en een sociale kant: de sociale dimensie. Deze sociale dimensie is erop gericht dat de mensen hun gedrag en interactiepatronen gaan aanpassen aan de gewenste nieuwe situatie. Om dit voor elkaar te krijgen is het volgens Achterbergh en Vriens (2019) van belang dat er met de doelgroep gewerkt wordt aan de activiteiten motivatie en adoptie (de derde, integratie, maakt geen deel uit van dit

onderzoek). Uit het onderzoek blijkt dat veel aandacht naar de functionele kant van het traject is gegaan en is er in eerste instantie minder aandacht geweest voor de sociale interventieactiviteiten. Sociale interventiedoelen zijn niet expliciet bepaald. Complexiteit en zorgen dat de vaart er in bleef, waren de hiervoor genoemde beweegredenen. Doelgroepen werden veelvuldig geïnformeerd, maar bij de vraag om input trof men niet veel animo. Hierdoor zijn mogelijk andere interventieactiviteiten niet geprobeerd of bedacht. Later in het traject wordt op deelgebieden hier wel aandacht aan besteed en samen met doelgroepen gewerkt aan het ontwerp van de nieuwe organisatie.

Hier ligt wel een risico. Juist omdat het gaat om een organisatie met een hoge parameterwaarde is de kans groot dat afstand tussen werkvloer en management groot is. Dat medewerkers zich minder betrokken voelen en zich daarbij naar de oude structuur zijn gaan gedragen. Dit vergt extra inzet om medewerkers mee te krijgen in de nieuwe structuur en daarmee de nieuwe manier van interacteren te bewerkstelligen. Ook de weerstand van de vakgroepen kan gelegen zijn in het gegeven dat er wellicht te weinig aandacht is geweest in het samen met hen werken aan motivatie en adoptie.

Hier is wel sprake van een cruciaal aandachtspunt, door te weinig en/of niet op tijd te werken aan motivatie en adoptie kunnen (groepen) mensen zich letterlijk of figuurlijk van de nieuw te vormen organisatie afkeren. Dit kan consequenties hebben voor het al dan niet slagen van het gehele traject.

## 5.2 Kernbegrip: Interventieorganisatie

### 5.2.1 Interventieorganisatie

Om de interventieactiviteiten te bepalen, te sturen en uit te voeren zijn er ook mensen nodig. Die mensen hebben te beschikken over bepaalde kwaliteiten, capaciteiten, middelen en bevoegdheden. Daarbij is ook een bepaalde structuur nodig. Oftewel om het interventieproces te begeleiden is er ook een interventieorganisatie nodig. Deze interventieorganisatie bepaalt welke activiteiten wanneer plaats dienen te vinden op welke manier, door wie en voor wie. Hierbij wordt gekeken of bepaalde activiteiten elkaar ook kunnen versterken (het sturen op affiniteiten van de twee dimensies) en of de organisatie voldoende is ingericht voor de volgende activiteit die wordt ingezet. In dit onderzoek wordt er vanuit gegaan dat de kwaliteit van de interventieorganisatie van invloed is op de kwaliteit van de interventieactiviteiten. De deelconclusie aangaande de interventieorganisatie is als volgt:

Er is een interventieorganisatie gebouwd op basis van de vraag om alle kindzorg onder het Amalia te brengen. Er zijn met name functionele doelen gesteld en de interventieorganisatie was in eerste instantie vooral ingericht teneinde deze functionele doelen te realiseren. Het is en was een klein interventieteam die gedurende korte tijd bovenop de staande organisatie heeft kunnen opereren, wat voor slagkracht, eigenzinnigheid en snelheid heeft gezorgd en daarmee aan de opdracht van de RvB heeft kunnen voldoen. Er is voor gekozen eerst de nieuwe organisatie in te richten, waar de interventieorganisatie ook voor was ingericht. Dit betekent ook dat de interventieorganisatie niet in staat was om alle benodigde activiteiten volgens de gestelde normen te kunnen oppakken. Met name het inrichten van een organisatie die ook sociale doelen kon realiseren is in mindere mate gebeurd. Wel heeft communicatie vanaf het begin deel uit gemaakt van de interventieorganisatie. Dit is terug te zien in de aandacht die er is besteed aan informatieverstrekking.

De redenering die het team heeft gevolgd is om per fase mensen aan te trekken die op basis van een functiebeschrijving zijn aangesteld. Hierbij kreeg men direct een inhoudelijke verantwoordelijkheid en een bepaalde taak in het organisatievernieuwingstraject. Bij het bouwen van de nieuwe organisatie kregen alle betrokkenen, ook het kernteam, een gecombineerde taak en ging de interventieorganisatie op in de staande organisatie. Dit brengt volgens de theorie een risico met zich mee. Door al op te gaan in de staande organisatie vermindert simpel gesteld de interventiekracht. De invloed van de oude manier van interacteren neemt toe. Hierdoor neemt de kans toe dat oude patronen, manieren van werken de overhand krijgen en dat het moeilijker wordt gewenste interventiedoelen te realiseren. De interventieorganisatie heeft geprobeerd dit te voorkomen door met name 'jongere' mensen aan te stellen op cruciale posities. Maar geeft ook aan dat wanneer de middelen voorhanden waren geweest, men liever langer meer mensen had vrijgespeeld. Doordat weinig sociale doelen zijn gesteld is er ook in beginsel minder aandacht geweest voor sociale activiteiten en was de interventieorganisatie hier ook niet op ingericht. Hierdoor kunnen er, zoals al verwoord bij sociale interventieactiviteiten, kansen zijn

gemist. De interventieorganisatie lijkt met name organisatiekundig te zijn ingericht en in mindere mate veranderkundig en daarmee niet integraal. En juist een integrale aanpak is volgens meerdere auteurs (zie ook paragraaf 2.1.3), als Boonstra en Achterbergh en Vriens, nodig om een episodische interventie te kunnen begeleiden.

#### 5.2.2 Interventie HR:

Bij een organisatieverandering zijn mensen nodig in verschillende rollen en met verschillende doelen. Het 3D-model stelt daarmee dan ook dat er gezorgd dient te worden voor participatie van mensen bij interventies in relatie tot de doelen.

De expertise die is ingeschakeld had in eerste instantie tot doel om het Amalia in te richten en kindzorg daar onder te brengen. Volgens het 3D-model had in deze fase ook gewerkt kunnen worden aan sociale interventieactiviteiten, dat is wel gebeurd door communicatie expertise in te schakelen maar geen expertise om te werken aan doelen als disconfirmatie en adoptie.

Omdat er niet veel middelen waren is veel gewerkt met expertise in combinatie met de uitvoering van een bepaalde functie. Zo is er voor gekozen management in hun nieuwe functie te plaatsen en die tevens verantwoordelijk te maken voor het werken volgens de nieuwe inrichting. Er is weinig gewerkt met het laten participeren van mensen die object van de verandering zijn, al is dat wel geprobeerd. Wanneer er meer expertise was rondom veranderen, om met mensen een leer en ontwikkeltraject in te gaan dan was wellicht de kans groter geweest dat het gelukt was om mensen die object zijn van verandering in een eerder stadium mee te krijgen. Hierbij moet de kanttekening geplaatst dat het interventieteam ook opdracht had om vaart te maken en niet voldoende middelen om hier meer uit te halen. En er lijkt voor een andere volgorde te zijn gekozen, eerst zorgen dat de organisatie staat om dan meer veranderkundig aan de slag te gaan. Hier is waarschijnlijk wel een kans gemist. Door in een vroeg stadium te werken met expertise die zowel in staat is te werken aan sociale als functionele doelen is de kans groter dat de doelgroep eerder zal participeren en meedenken wat de kans op het bepalen van doelstellingen vergroot.

#### 5.2.3 Interventietechnologie

Voor het doen van interventies kunnen ook middelen nodig zijn. Denk hierbij aan communicatiemiddelen, instructies, trainingsmateriaal, ICT die bij bepaalde interventies kunnen ondersteunen. Een onderdeel van het een organisatieverandering is dan ook dat er gedacht dient te worden aan of het nodig is bepaalde middelen te selecteren voor het kunnen doen van interventies. En wanneer dat nodig is dat er dan ook gezorgd wordt dat deze middelen adequaat gehanteerd kunnen worden.

Er zijn vooral waar nodig communicatiemiddelen ingezet. Er is veel en zorgvuldig gecommuniceerd over het gedachtegoed, de voortgang, evaluaties en voorgenomen plannen en strategie. Daarnaast zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd, die vooral neerkwamen op het zenden van informatie. Alleen, zover bekend, het management is intensiever begeleid bij het toepassen en implementeren van het nieuwe gedachtegoed. Het aanpassen van de huisstijl en inrichting heeft geholpen om meer saamhorigheid te creëren, zodat het personeel zich onderdeel voelt van het Amalia.

Dit beeld past bij de rest van de deelconclusies. De technologie sluit aan bij het beeld van een traject waar in eerste instantie vooral gefocust is op het inrichten van de nieuwe organisatie met relatief weinig middelen. Wanneer er meer focus zou zijn geweest op het realiseren van meer interventiedoelen, zoals adoptie, en hier de interventieorganisatie op zou zijn ingericht, dan zou er ook meer interventietechnologie nodig zijn geweest om deze interventies te ondersteunen.

#### 5.2.4 Veranderrelaties en macht

Binnen organisatie bestaan allemaal relaties. Relaties tussen individuen en relaties tussen groepen. Sommige van deze relaties kunnen van invloed zijn op veranderprocessen. Ten positieve en ten negatieve. Ook macht speelt een rol: van het individu, van de massa, van externen. Macht kan in allerlei vormen optreden. Daarom is het van belang te weten dat dit van invloed kan zijn, hier zicht op te hebben en hier op te sturen.



Het interventieteam monitorde het interventieproces vrijwel dagelijks en was zich bewust van verschillende krachten die speelden en hebben hier op geacteerd. Of men zicht had op alle krachten valt niet zonder meer te zeggen. Ook is er gestuurd op bepaalde veranderrelaties die nodig waren in het interventieproces. Wat betreft veranderrelaties is het de vraag of op alle benodigde veranderrelaties is gestuurd en of er ook andere interventies hadden moeten plaatsvinden. Zeker omdat er nu een tegenbeweging gaande is kan de vraag gesteld worden wat de interventieorganisatie misschien toch nog anders had kunnen doen. Is er voldoende op de relaties met die afdelingshoofden gestuurd? Is de weerstand voldoende onderkend? Had er andere sturing, invloed of interventies aangewend kunnen worden teneinde die weerstand af te zwakken? Uit bepaalde opmerkingen uit de interviews zou je kunnen afleiden dat er met name reactief geacteerd werd op bepaalde krachten in plaats van proactief te sturen en te beïnvloeden. Ook hier geldt dat wanneer er meer veranderkundige expertise en aandacht voor de veranderkundige kant was geweest gedurende het traject, was de kans vergroot dat hier proactief meer op zou zijn gestuurd en met een grotere verscheidenheid aan interventietechnieken.

### 5.2.5 Bijvangst

Het Amalia maakt deel uit van een groter geheel, het Radboudumc, en is daarbij ook afhankelijk van dit groter geheel. Binnen het Radboud is het blijkbaar niet gebruikelijk besluiten te nemen op basis van een grondige analyse, regelmatig te reflecteren en vervolgens te leren van genomen besluiten. Dit sluit aan op de eerdere bevindingen waarbij er geen grondige diagnose ten grondslag ligt aan het organisatievernieuwingstraject van het Amalia en waarbij er regelmatig gesproken wordt over “vaart maken”. Dit brengt twee risico's met zich mee, de eerste is bij de diagnose reeds genoemd en de tweede is dat je als organisatie niet leert van eerdere ervaringen. En dat is simpelweg zonde van alle inspanningen die je als organisatie onderneemt. Hier ligt een relatie met de eigenschappen van een organisatie met een hoge parameterwaarde structuur. Dit type organisaties is lastig in staat om te zelf veranderingen door te voeren en verliest daarmee ook haar lerend vermogen. Een eigenschap die onontbeerlijk is om als organisatie flexibel mee te bewegen met haar omgeving en wil kunnen blijven innoveren.

Het gegeven dat het Radboud zich meer achter het Amalia had kunnen scharen met mandaat en middelen en dat er onvoldoende helderheid is over wat zij beoogt met de rest van de organisatie heeft te maken met macht en veranderrelaties, maar dan in die zin dat daar niet zonder meer op te sturen valt. Dit is een hoger echelon en wanneer zij bepaalde besluiten nemen, ondanks de mogelijke invloed die is aangewend, dan is dat hetgeen waarmee een organisatieonderdeel, in dit geval het Amalia het heeft te doen. Maar het zorgt wel degelijk voor of dat organisatieonderdeel bij haar plannen de wind in de rug krijgt of niet.

## 5.3 Conclusies en aanbevelingen

Het kernteam wat de episodische interventie heeft vormgegeven en begeleid hebben een groot en ambitieus traject op zich genomen. Binnen de kaders van de opdracht van de RvB en een lastig speelveld hebben zij alles wat mogelijk leek uit de kast getrokken. Niet voor niets viel het woord 'stoutmoedig' in relatie tot het kernteam en het organisatievernieuwingstraject.

De redenering die zij hebben gevolgd is dat zij eerst een organisatie-model hebben ontworpen welke paste bij de opdracht en deze in fasen op hoofdlijnen hebben opgeknipt om daarna in te voeren. Per fase hebben ze stap voor stap al monitorend de organisatie ingevuld samen met de (nieuwe) leidinggevenden die zij op sleutelposities aan hebben gesteld. Veel aandacht is gegaan naar het proces van besluitvorming en medezeggenschap. Bij het creëren van de nieuwe organisatie is vooral gestuurd op het invoegen en samenvoegen van alle afdelingen, processen en mensen behorende bij het nieuwe Amalia kinderziekenhuis. Er is pragmatisch te werk gegaan en er is zoveel mogelijk gecombineerd met de dagelijkse gang van zaken. Op cruciale momenten is ondersteuning gevraagd en verkregen. Participatie vond plaats vanuit het management maar vrijwel niet vanuit andere geledingen waaronder het verplegend personeel. Bij het kernteam heeft men besloten, ook op basis van de opdracht van de RvB, om vaart te maken, eerst de nieuwe organisatie te bouwen, de structuur neer te zetten om daarna te gaan werken aan het “leven van deze structuur”.



Een van de grootste struikelblokken van het nieuwe model zit in de vakgroepen. Hierbij vallen de specialisten onder een vakgroep en worden zij 'op afroep' ingezet al waar dat specialisme nodig is, rondom de vraag van de patiënt. Dit wordt door diverse specialisten als ondermijnd ervaren en belangrijke sleutelfiguren denken hier wisselend over. Deze gang van zaken beïnvloedt de uiteindelijke uitkomst van de opzet van het organisatievernieuwingstraject.

Het lijkt er op dat het kernteam, het interventieteam, een met name organisatiekundig traject hebben ingezet. Een traject waar meer de functionele ontwerp kant centraal staat. Gezien de opdracht van de RvB en wellicht ook de omvang en de beperkte middelen lijkt dit ook een logische invalshoek. Het Radboud echter vertoont kenmerken van een organisatie met een hoge parameterstructuur. En dit type organisaties is gebaat bij een episodische verandering, wil er wezenlijk iets veranderen. Om dit voor elkaar te krijgen is er een integrale organisatieverandering nodig en moet er wat betreft de interventieorganisatie afstand met het dagelijkse operationele proces gecreëerd worden om niet te vervallen in oude gedragingen. Het 3D-model laat zien wat er komt kijken bij een integrale organisatieverandering. Bij een integrale organisatieverandering wordt er zowel geïntervenieerd op sociale als functionele doelen. Hierbij worden interventieactiviteiten waar mogelijk ook gecombineerd om deze meer kracht bij te zetten. En wordt de interventieorganisatie passend bij de benodigde interventieactiviteiten ingericht en waar mogelijk bovenop de bestaande organisatie gepositioneerd. Bij het organisatievernieuwingstraject van het Amalia is een aantal zaken niet of in mindere mate gebeurd die wel aanbevelingswaardig zijn.

In het begin van het traject is er met name gestuurd op het vormgeven van de nieuwe structuur en minder aandacht geweest voor de sociale kant van het veranderproces. Er is voor het gehele organisatievernieuwingstraject geen sociaal doel geformuleerd en ook op deelgebieden is dat niet altijd gedaan. Hier lag ook in eerste instantie niet de focus, maar wanneer het de wens is om een organisatie qua structuur te veranderen dan is er ook altijd sprake van dat er een verandering van houding, gedrag en interactie plaats moet vinden. Om dit te bereiken is het formuleren van sociale doelen een cruciale voorwaarde.

In het organisatievernieuwingstraject heeft er geen diagnose plaatsgevonden. De opdracht die het team kreeg richtte zich meteen al op het ontwerp. Echter door een diagnose te verrichten wordt duidelijk waar het aan schort in relatie tot de ambitie die je als organisatie hebt. Het draagt zorg voor een overzicht aan factoren die in de weg staan. Dat maakt niet alleen duidelijk wat je als organisatie hebt te doen maar het helpt ook om meer medestanders aan je zijde te krijgen. Zeker wanneer ze worden betrokken in dit diagnoseproces. Dit is niet gebeurd wat mogelijk consequenties heeft voor het bepalen van de juiste en daadwerkelijk behalen van de interventiedoelstellingen.

Sowieso is weinig gestuurd op participatie bij interventieactiviteiten en er is weinig gebruik gemaakt van de kracht van de wisselwerking tussen de dimensies. Juist door mensen te betrekken bij een diagnose wordt de urgentie voelbaar en door mee te broeden op een ontwerp wordt het zicht op nieuwe mogelijkheden groter en de weg ernaar toe. Nu was hier weinig animo voor, maar de kans is ook aanwezig dat de aandacht van het interventieteam elders lag door de focus op het ontwerp.

Binnen het interventieteam was niet iemand aangewezen voor de veranderkundige en sociale activiteiten van het traject. Dit had ook externe expertise kunnen zijn. Sowieso zorgt het toevoegen van externe expertise aan de interventieorganisatie er voor dat je stappen zet die je als organisatie niet gewoon bent te maken. Bij het Amalia zou (externe) veranderkundige expertise er voor hebben kunnen zorgen dat er naast de functionele activiteiten gestuurd zou zijn op sociale. Deze had wanneer er weinig animo is om te participeren mogelijk alternatieve interventies in zijn of haar repertoire gehad om alsnog mensen deelgenoot te maken. Wat er nu gebeurt bij het ontwikkelen van de zorgpaden had dan ook bij het ontwikkelen van het geheel kunnen plaatsvinden. Door in een vroeg stadium te werken met expertise die maakt dat er gewerkt kan worden aan zowel sociale als functionele doelen is de kans groter dat de doelgroep eerder zal participeren en meedenken wat de kans op het behalen van doelstellingen vergroot. Veranderkundige expertise kan er ook voor zorgen dat er proactief gestuurd wordt op veranderrelaties die van belang zijn bij het realiseren van doelstellingen.

Als 'bijvangst' kwam naar voren dat men Radboud breed niet gewoon is plannen te maken en besluiten te nemen op basis van grondig onderzoek en op de resultaten en implementatie te reflecteren en hier weer van te leren. Een gezond leerklimaat lijkt wel onderdeel uit te maken van de ambitie van het Amalia. Aangezien dit bevindingen zijn op basis van enkele gesprekken zou het aan te bevelen zijn hier verder onderzoek naar te doen.

De aanbeveling voor het Amalia om toekomstige interventies te verbeteren is te zorgen voor een integraal ingerichte interventieorganisatie. Een interventieorganisatie die bovenop de staande organisatie wordt gepositioneerd en in ieder geval bestaat uit zowel organisatiekundige als veranderkundige expertise die gezamenlijk kunnen zorgdragen voor een integrale organisatieverandering. Waar zowel functionele als sociale doelen worden geformuleerd en de activiteiten integraal worden geïnitieerd en gestuurd. Naast het doen van een diagnose zou vanaf de start in kaart moeten worden gebracht welke partijen en relaties van belang zijn voor het traject en onderwerp zijn van de verandering. Hiermee kan van begin af aan gestuurd worden op motivatie en adoptie door onder andere participatie bij de interventieactiviteiten. De interventieorganisatie dient daarbij mandaat te krijgen van de leiding in de hoogste geledingen, waarbij het niet enkel gaat om mandaat op papier maar ook in handswijze. Dit tezamen maakt dat interventieactiviteiten meer impact hebben en de kans wordt vergroot dat interventiedoelen worden gerealiseerd.

## 5.4 Discussie en reflectie

### 5.4.1 Limitaties

In dit onderzoek is gekozen het onderzoek te concentreren op de invloed van de variabele interventieorganisatie op de afhankelijke variabele interventieactiviteiten. Door de beperkte omvang van de interventieorganisatie is ook het onderzoeksveld en daarmee het aantal te interviewen respondenten beperkt. Hierdoor konden uitspraken van respondenten niet bij alle onderzochte topics onderling worden vergeleken. Dit kan van invloed zijn op de interne validiteit van dit onderzoek. Daar staat tegenover dat alle kernleden van de interventieorganisatie gesproken zijn, wat er voor heeft gezorgd dat er wel een zo compleet mogelijk beeld verkregen kon worden en daarmee de redenering van het interventieteam in kaart kon worden gebracht. Daarbij waren er veel documenten beschikbaar om de bevindingen mee te vergelijken.

Een tweede punt van aandacht is de omvang en lengte van het onderzochte traject. Een interventie staat zoals in het theoretisch kader vermeld, uit meerdere kleine interventies. En elke kleine interventie behelst weer functionele en sociale activiteiten en een organisatie van deze activiteiten. Gezien de omvang in grootte en lengte van dit traject en dat het traject al een paar jaar geleden is opgestart is de kans aanwezig dat niet bij alle topics objectief is achterhaald hoe bij elke activiteit is geredeneerd. Om de betrouwbaarheid te vergroten zijn bevindingen waar nodig getoetst aan de hand van de beschikbare documenten of bij de leden van het kernteam.

Een derde punt van aandacht is dat bij dit onderzoek gebruik is gemaakt van een recent gepubliceerd model 3D-model van Achterbergh en Vriens (2019). Doordat het 3D-model nog niet empirisch is getoetst, kan dit van invloed zijn op de validiteit van het onderzoek. Voor het normatief kader wat aan het empirisch onderzoek ten grondslag licht is vrijwel geen andere wetenschappelijke literatuur gebruikt. Wel is de keuze voor het 3D-model op basis van literatuurstudie en in vergelijking tot andere modellen tot stand gekomen. Uiteindelijk is gekozen voor het 3D-model omdat het een integraal, en uitgebreid onderbouwd, model vormt dat zich expliciet richt op episodische interventies. Geen ander model wat is gevonden was daarmee vergelijkbaar.

Het 3D-model is in dit onderzoek gebruikt voor een evaluatieonderzoek, waarbij niet het gehele model is gebruikt. Dat maakt dat ook niet het model in zijn geheel is getoetst. Zeker omdat het ook een kleine interventieorganisatie betrof, kon dat onderdeel ook niet volledig worden toegepast. Verder praktijkgericht onderzoek binnen grootschalige organisaties met een hoge parameterwaarde structuur is nodig om het model verder te onderzoeken op haar toepasbaarheid.

#### 5.4.2 Reflectie op gehanteerd model

Het 3D-model van Achterbergh en Vriens dat in 2019 is gepubliceerd is tijdens dit onderzoek gehanteerd, waarmee de toepasbaarheid van het model kon worden getoetst.

De kracht van het 3D-model zit in de integrale aanpak, de helderheid van de drie verschillende dimensies en de genuanceerde verdieping en onderbouwing. Met name dit laatste maakt het model ook complex en naar mijn idee alleen voor de ervaren veranderaar toegankelijk, terwijl het 3D-model juist in potentie relatief toegankelijk en toepasbaar zou kunnen zijn.

Gedurende het onderzoek waren er een paar aandachtspunten in relatie tot het model. Een eerste punt is het begin van het model, waar begint de episodische interventie. Begint de interventie bij een partij die een adviesrapport uitbrengt? Of bij de signalen dat de huidige situatie niet werkt? Of bij de opdracht van en Raad van Bestuur? In het boek wordt hierover bij de beschrijving van het model geen expliciete uitspraak gedaan. Aan de ene kant begint de interventie bij de doelstelling waarna de interventieorganisatie kan worden opgetuigd en aan de andere kant kan deze doelstelling gewijzigd worden doordat de interventieorganisatie strategisch moet kunnen regelen en daarmee ook de doelstelling van de interventie moet kunnen wijzigen. Het begin van de interventieorganisatie komt ook ter sprake op p. 264 en 265 waar de *“pre-history of the episodic intervention”* wordt aangehaald: *‘at some point it may even be formally decided that an episodic intervention needs to be performed. Once this happens, the goal of ‘performing an episodic intervention’ can become an interaction premise that actually guides the production of intervention-related follow-up interactions and interaction premises that, together, constitute the ensuing episodic intervention, making the intervention into an organizational reality.*

*So, although these episodic interventions may have long pre-histories involving all kinds of organizational agents, at some point they become an explicit issue of formal decision making in managerial circles.*

Hier wordt duidelijk dat de episodische interventie formeel wordt wanneer het management hier een besluit overneemt. Dus gesteld kan worden dat de interventie begint bij de uitspraak van het management en de opdracht of het doel wat men hier formuleert. Maar wat als dat management een doelstelling formuleert die niet afdoende is. En wat als dat management daarbij ook een dusdanige positie heeft dat er niet zomaar aan die doelstelling zal worden getornd. Tegelijkertijd is die doelstelling wel richtinggevend voor het verdere interventietraject. Hierover geeft het 3D-model geen helderheid. Precies dit punt heeft waarschijnlijk wel een rol gespeeld bij het traject van het Amalia. Een 3D-model zou zich explicieter kunnen uitspreken over de start van het interventietraject, waar dit aan heeft te voldoen en wat de risico's zijn dit niet te doen.

Een tweede punt wat hiermee samenhangt is dat het model niet in gaat op welke interventie-expertise er in ieder geval aanwezig zou moeten zijn. Wel wordt er uiteengezet hoe tot de juiste inrichting te komen. Mijns inziens licht hier een risico wat ook de casus in het Amalia aan het licht brengt. We kunnen stellen dat de opdracht van de RvB als uitgangspunt en daarmee als de doelstelling van de interventie is gehanteerd. Hierin staan geen sociale of veranderkundige doelstellingen verwoord. Op basis hiervan is een interventieorganisatie ingericht die ook beschikte over de bevoegdheid om strategisch te reguleren. Hierbij is geen veranderkundige expertise aangesteld. De kans is aanwezig dat doordat deze expertise niet aanwezig was en het niet in de opdracht van de RvB stond dat daardoor hier ook minder aandacht aan is besteed. Het 3D-model maakt duidelijk dat een episodische interventie ook een integrale interventie betreft. Het is de vraag waarom er dan niet ook wordt uitgesproken dat er dan altijd integrale expertise aanwezig zou moeten zijn. Deze integrale expertise is namelijk niet enkel nodig om integrale interventies te kunnen initiëren, maar ook om de doelstelling(en) te analyseren en waar nodig bij te stellen. Nu is ook het 3D-model afhankelijk van de doelstellingen die een opdrachtgever formuleert en de expertise die in een opdrachtgever inzet. Je zou kunnen zeggen dat wanneer je het 3D-model stap voor stap volgt je alsnog uitkomt bij het inschakelen van integrale expertise, het 3D-model schrijft immers een sociale en een functionele doelstelling voor, maar dat gebeurt dan wel via een omweg. Daarbij is naar mijn idee altijd deze expertise nodig, dus waarom dit dan ook niet zo vermelden, het maakt het 3D-model ook toegankelijker.

Gezien het onderzoek bij het Amalia ben ik geneigd te zeggen dat een goed integraal interventietraject begint bij het formuleren van goede functionele en sociale doelstellingen. Daarbij ben ik van mening dat

er altijd goede veranderkundige en organisatiekundige expertise aanwezig moet zijn. Door te zorgen voor die combinatie van expertise, wordt van meet af aan kritisch gekeken naar de juiste en volledige formulering van doelen. Door de juiste doelen te stellen wordt de kans vergroot dat de juiste interventieorganisatie wordt ingericht wat gevolgen heeft voor de kans van slagen van het interventietraject.

Een derde punt is dat het Amalia onderdeel is van een groter geheel, het Radboudumc. In het boek wordt wel geschreven dat er altijd sprake is van een context waarbinnen de verandering plaatsvindt. De context wordt op twee manieren aangehaald, als aanleiding en als van invloed op het proces. Hierbij wordt vooral benadrukt dat dit een factor is om rekening mee te houden. Onderdeel zijn van een grotere organisatie kan ook worden beschouwd als onderdeel van een context, maar er zijn wel een paar cruciale verschillen. De eerste is dat hierbij het hogere echelon deel uit maakt van de context. Dat echelon kan besluiten nemen die direct van invloed zijn op het interventieproces. De tweede is dat de processen van het onderdeel doorlopen in de processen van de rest van de organisatie. En daarmee is er niet alleen sprake van processen, maar ook van mensen en middelen waar relaties mee zijn en bepaalde afhankelijkheden.

Een belangrijk punt van het 3D-model is dat het stuurt op het verlagen van een hoge parameterwaarde organisatie, door middel van een structuurwijziging, om verandering mogelijk te maken. Maar wanneer alleen de structuur van dat onderdeel wijzigt, wijzigt de rest van de organisatie niet mee. Wanneer dit vanuit de ontwerpkundige kant wordt bekeken heeft dit de volgende implicaties. Het verlagen van de parameterwaarde, vraagt onder meer om de organisatie stroomsgewijs in te richten, zoveel als mogelijk een compleet proces aan elkaar gekoppeld richting de klant. Daarbij is het doel de regelmogelijkheden zo laag als mogelijk te beleggen. Wanneer we enkel deze twee voorwaarden bekijken en dat vervolgens plaatsen in een groter geheel dan worden verschillen en problemen snel zichtbaar. Wanneer in andere onderdelen die regelmogelijkheden niet laag liggen ontstaan er alsnog ingewikkelde communicatie- en beslislijnen. Wanneer men in die stroom afhankelijk is van onderdelen, menskracht en middelen uit de rest van die organisatie wordt de "flow" onderbroken en verlies je op het gedachtegoed. Dit kunnen we ook nog een stap verder doortrekken en dat zien wat het veranderkundig betekent. In het 3D-model wordt dan de stap naar de sociale dimensie gemaakt "*this social dimension is about organization members interactively changing their interaction premises and the interactions based upon them as a result of an intervention. Applied to episodic interventions in organizational structures, this means that, if the intervention is a success, organization members ultimately (re)produce the improved organizational structure by means of their changed interactions and interaction premises: they actually start to 'live' this improved structure, thereby realizing the goal of the intervention*" (pp. 209 en 210)

Om het "leven" van de structuur mogelijk te maken dienen leden de urgentie van de verandering te ervaren, te verlangen naar de nieuwe situatie, gemotiveerd te raken en de stap te maken naar adoptie en integratie van de nieuwe structuur en bijbehorende interactie. Wanneer de rest van de organisatie hier niet in mee beweegt worden opgewekte gevoelens al snel teniet gedaan, het zal dan immers met die noodzaak wel meevallen. Het scheelt bij het Amalia dat het om zo een duidelijk andere doelgroep, het kind, gaat maar dan nog bemoeilijkt dit wel het veranderproces.

Wanneer we dan nog een stap verder gaan dan weten we ondertussen dat de functionele en sociale dimensie twee communicerende vaten (zouden moeten) zijn. Er is een duidelijke relatie. Ook dit wordt bemoeilijkt wanneer de rest van de organisatie niet mee gaat of leidt tot frustraties omdat alleen dat onderdeel wordt veranderd. Wanneer bijvoorbeeld mensen participeren in het maken van een diagnose, dan betreft deze diagnose hoogst waarschijnlijk alleen het proces voor dat onderdeel waarbij het niet voor een ieder even urgent kan zijn. Of andersom de diagnose maakt heel duidelijk dat de hele organisatie eigenlijk zou moeten veranderen, wat dan alleen binnen dat onderdeel gaat gebeuren.

Kortom het lijkt erop dat een episodisch interventietraject bemoeilijkt wordt wanneer slechts een onderdeel gaat veranderen. Het model gaat niet in op interventies van onderdelen van organisaties en hoe dit zich zou moeten verhouden tot de rest van de organisatie. De problemen doen zich voor op de scheidslijn van de organisatie en met de mensen en middelen die worden 'gedeeld'. Door hier bij het maken van het ontwerp rekening mee te houden, de juiste mensen te laten participeren en te zien en te sturen op de veranderrelaties die hier een rol spelen, kan veel worden bijgestuurd. Het verdient de aanbeveling om dit verder te onderzoeken en te beschrijven.

Het 3D-model is een integraal en compleet model wat naar mijn idee van toegevoegde waarde is in het veld van organisatiekundigen en -veranderaars. Het lijkt het enige model te zijn dat zich richt op de episodische interventie van organisaties met hoge parameterwaarde structuren. Naast bovengenoemde punten zou het interessant zijn te onderzoeken of een gecomprimeerde toepasbare variant van het 3D-model de kracht van het model kan behouden, waarmee het toegankelijker wordt voor een bredere doelgroep.

## Literatuuroverzicht

Achterbergh, J., & Vriens, D. (2019). *Organization Development: Designing Episodic Interventions*. New York and London: Routledge, 3-5

Achterbergh, J., Vriens, D. & Doorewaard, D. (2009). *Voer voor methodologen*.

Al-Haddad, S. & Kotnour, T. (2015) "Integrating the organizational change literature: a model for successful change", *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 28 Issue: 2, pp. 234-262,

Amis, J., Slack, T. & Hinings C.R. (2004) The pace, sequence, and linearity of Radical change. *Academy of Management Journal* 2004, Vol. 47, No. 1, 15–39.

Anders, C., & Cassidy, A. (2014). Effective organizational change in healthcare. *International Journal of Healthcare Management*, 7, 132–151.

Appelbaum, S. H., Habashy, S., Malo, J.L., Shafiq, H. (2012) "Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model", *Journal of Management Development*, Vol. 31 pp.764-782.

Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J.E., Carroll, S. & Bitz, J. (2012). Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *The Milbank Quarterly*, Vol. 90

Boonstra, J. J., Steensma, H. O., & Dement, M. I. (1996). *Ontwerpen en ontwikkelen van organisaties*. Utrecht: De Tijdstroom.

Burnes, B. & Jackson P. (2011) Success and Failure In Organizational Change: An Exploration of the Role of Values, *Journal of Change Management*, 11:2, 133-162

Bleijenbergh, I. (2015) *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Buchanan, D., Fitzgerald, J., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J.L., Lamont, S.S., Neath, A. & Whitby, E. (2005) No going back: A review of the Literature on sustaining *Organizational change*. *International Journal of Management Reviews* Volume 7 Issue 3 pp. 189–205

Caluwe, L. de, & Vermaak, H. (2006) *Leren veranderen: Een handboek voor de veranderkundige*. Deventer: Kluwer

Cameron E & Green M. (2012) *Making sense of change management a complete guide to the models, tools & techniques of organizational change*. 3rd ed. London: Kogan Page.

Cozijnsen, A. J., & Vrakking, W. J. (2018). *Basisboek integrale veranderkunde*. Alphen aan den Rijn: Vakmedianet.

Dorst, K. (2011). The core of 'design thinking' and its application. *Design Studies*, 32(6), 521–532.

Fernandez, S. & Rainey, H.G. (2006) Managing Successful Organizational Change in the Public Sector. *Public Administration Review*, March April 2006

Ford, J.D. & Ford, L.W. (1995). The role of conversations in producing intentional change in organizations. *Academy of Management review*, 20, p. 541-570

Hayes J. (2010) *The theory and practice of change management*. 3rd ed. Hampshire: Palgrave Macmillan.

- Isett, K.R., Glied, S.A.M., Sparer, M.S. & Brown, L.D. Brown (2013) .When Change Becomes Transformation, *Public Management Review*, 15:1, 1-17,
- Kanter R.M., Stein B. & Jick T. (1992). The challenge of organisational change. London: Free Press.
- Kotter, J.P. (1996), *Leading Change*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Kotter, J. P., & Cohen, D. S. (2002). *The Heart of Change: Real-life Stories of how People Change Their Organizations*. Brighton: Harvard Business School Press.
- Kubler-Ross E. (1969) *On death and dying*. London: Routledge.
- Kump, B. (2018). Beyond Power Struggles: A Multilevel Perspective on Incongruences at the Interface of Practice, Knowledge, and Identity in Radical Organizational Change. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 55(1), 5–26.
- Lewin K. (1951) *Field theory in social science*. New York: Harper and Row; 1951.
- Moor, W. de, (1998). Organisatieverandering: een constructionistisch perspectief. *MO*, 45–61.
- Neath A. (2004). Complexity of sustaining healthcare improvements: What have we learned so far? *Research into Practice Report No.13*
- Lüdecke, D. (2013) Patient centredness in integrated care: results of a qualitative study based on a systems theoretical framework. *International Journal of Integrated Care – Volume 14, 6 November*
- Oakland, J.S., & Tanner, S. (2007) Successful Change Management, *Total Quality Management & Business Excellence*, 18:1-2, 1-19.
- Pettigrew, AM, Woodman, RW, & Cameron, KS, (2001), Studying Organizational Change and Development, *The Academy of Management Journal*, 44, No. 4, pp. 697-713
- Porras J.L. en Robertson P.J. (1992) Organizational development. *Handbook of Organizational Psychology*.
- Schein, Edgar H. (1988). *Process Consultation: Its role in organization development*. Addison-Wesley.
- Senge P.M. (1999) *The dance of change: the challenges of sustaining momentum in learning organizations*. London: Nicholas Brealey
- Smit, M., & Verdonschot, S. (2010). *Praktijkonderzoek: Motor voor verandering in organisaties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stomppf, G. (2018). *Design Thinking (1ste editie)*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.
- Verschuren P.J.M. & Doorewaard, J.A.C.M. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361–386.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking (New ed)*. London: Simon & Schuster.



## Bijlagen

### Bijlage 1: Vragenleidraad

#### Criteria bij het opstellen van de vragenlijst:

Het doel is erachter te komen wat de beweegredenen van de betrokkenen waren bij het maken van hun keuzes bij het bepalen van de interventieactiviteiten en het inrichten van de organisatie en inrichting van die activiteiten. Oftewel antwoord te krijgen op de twee empirische vragen:

- I. Welke interventieactiviteiten heeft men willen doen binnen het Amaliaziekenhuis.
- II. Welke redenering heeft men gevolgd bij het inrichten van een interventieorganisatie binnen het Amaliaziekenhuis in het licht van de gekozen interventieactiviteiten.

Dit vraagt om open vragen, met veel ruimte voor verhaal van betrokkenen zelf.

Tegelijkertijd is het doel ook om te achterhalen waar deze beweegredenen al dan niet overeenkomen met het normatief kader. Wat een bepaalde gestructureerdheid van interviewen vraagt. Daarom wordt er gekozen voor een semigestructureerde opzet.

De vragenlijst wordt opgebouwd met een paar algemene overkoepelende vragen, vanuit de gedachte om zo min mogelijk sturend te zijn en zicht te krijgen op beweegredenen. Tijdens het interview wordt gecheckt of de verschillende topics en indicatoren aan de orde komen of dat er doorgevraagd dient te worden.

#### Inleiding

Dit is een interview in het kader van een evaluatieonderzoek naar het organisatievernieuwingstraject binnen het Amalia. Het interview zal ongeveer een uur in beslag nemen. Alles wat u hier vertelt zal vertrouwelijk worden behandeld en anoniem worden verwerkt. Het gesprek zal worden opgenomen om in staat te zijn de informatie zo objectief mogelijk te kunnen analyseren. U krijgt de mogelijkheid de transcriptie van het interview terug te lezen en waar nodig te wijzigen.

Ik wil starten met een paar algemene vragen:

- Wat is uw functie? (ook gedurende het traject?)
- Wat was en is uw rol in dit traject?
- Vanaf wanneer was u betrokken?

#### Vragen

1. In 2017 is het organisatievernieuwingstraject gestart. Kunt u me daar meer over vertellen?
  - *Doel(en)*
  - *Betrokkenen (vrijgesteld)*
  - *Visie*
  - *Strategie*
2. Welke stappen en/of acties zijn er op heden functioneel gedaan om de gewenste doelen te realiseren? Waarom die?
  - *Fasen, plan*
    - a. Is er een diagnose gedaan? Hoe is dat aangepakt? Waarom op die manier?
  - *Theorie*
  - *Knelpunten, oorzaken, oplossingsrichting*
  - *Mensen betrokken*
    - b. Is er een nieuwe structuur ontworpen? Hoe is dat aangepakt? Waarom op die manier?
  - *Theorie*
  - *Doelen, stappen, voorwaarden*
  - *Mensen betrokken*

3. Welke stappen zijn er sociaal gezien gezet om de gewenste doelen te realiseren? Hoe is dat aangepakt? Waarom op die manier?
  - a. Gewerkt aan motivatie?
    - *Groep / individu*
    - *Cognitie / emotie*
    - *Disconfirmatie / verlangen*
    - *Doelgroep*
  - b. Gewerkt aan adoptie?
    - *Informatie*
    - *Creëren van ervaringen*
    - *Voorbeelden*
    - *Leerproces*
    - *Uitvinden en testen*
  
4. Hoe was en is de organisatie van het vernieuwingstraject ingericht? Hoe zijn jullie tot die keuze(s) gekomen en waarom?
  - *Relatie doelen*
  - *Betrokkenen bij stappen / fasen. Aparte interventieorganisatie*
  - *Bevoegdheden. Strategisch, ontwerp en operationeel regelen*
  - *Aanpassingen*
  - *Operationele interventies door wie*
  - *Monitoren proces*
  
5. Werden er mensen ingeschakeld en/of betrokken gedurende het traject? Op basis waarvan werden die mensen geselecteerd? Waarom hebben jullie hiervoor gekozen?
  - *Relatie doelen*
  - *Belangen*
  - *Kennis, expertise*
  - *Onderwerp van verandering*
  - *Begeleiding of opleiding*
  
6. Werden er middelen ingezet ter ondersteuning of versterking van het traject (communicatie, leermiddelen, ICT)? Hoe werd die keuze gemaakt en waarom?
  - *Ondersteunend*
  - *Passend bij expertise*
  
7. Waren er bepaalde verstandhoudingen en/of relaties van of tussen mensen van belang tijdens het traject? Is hier op gestuurd? Vanuit welke gedachte?
  - *Veranderrelaties*
  
8. Waren er andere krachten die meespeelden of van invloed waren op het traject? Kunt u me voorbeelden geven? En is hier op gestuurd en/of rekening mee gehouden? Waarom zo?
  - *Macht*
  
9. Heeft u nog aanvullende opmerkingen of informatie?

## Bijlage 2: Samenvatting bronnen per topic (vertrouwelijk)

Op te vragen. Alleen voor beoordelaars inzichtelijk.

### 2.1 Geraadpleegde documenten:

- 01818AN Strategisch inhoudelijke keuzes - Implicaties voor het Amalia
- 05918AN One Paper Strategie 2019 met toelichting - Amalia kinderziekenhuis
- 10017AB Adviesaanvraag OC herinrichting Amalia fase 1 - bijlage organogram
- 18617AP Amalia kinderziekenhuis - strategie keuzes ontwerp en praktijk final
- 18717AN Amalia kinderziekenhuis - de inrichting final
- 070219 Praktijkconcept inrichting zorgdomeinen tbv integraal overleg
- 161011 - OR BR 137 Advies Radboudumc Amalia kinderziekenhuis
- 170222 - OR 055.02 Uitvoeringsbesluit Amalia 170222
- 170606 - 10017AB Adviesaanvraag OC herinrichting Amalia fase 1
- 170718 - 14217AN OC Extern III BR 122 Advies organisatorische integratie pijler verloskunde en afdeling kindergeneeskunde in het Amalia 170718
- 170728 - 14917AB Brief OC Extern III inz. uitvoeringsbesluit nav positief advies (BR122)
- 171025 - 20617AN Memo besluitvorming Amalia kinderziekenhuis
- 171026 - 21017AN Adviesaanvraag integraal ontwerp Amalia kinderziekenhuis - reorganisatie fase 2
- 171123 – OC Extern III BR 124 Advies Amalia fase II
- 171129 - 24417AB Uitvoeringsbesluit reorganisatie Amalia kinderziekenhuis fase 2
- 180205 - RvB18.50605 Keuzes maken Radboudumc Amalia kinderziekenhuis
- AMALIA kaders en opdracht
- Model 1 - gedifferentieerde inhoud
- Model 2 - gedifferentieerde bedrijfsmodellen
- Model 3 - gedifferentieerde inzet
- Overzicht besluitvorming Amalia kinderziekenhuis
- PPT Amalia compleet 22 november 2018
- Samenvatting Strategische inhoudelijke keuzes Amalia
- Examencase Strategisch Management\_Rutger Vogel\_141118\_DEF
- Rapport Stuurgroep Radboudumc Amalia kinderziekenhuis: next step. F. Sweep 2016