

# Veranderingsprocessen in ziekenhuizen : de contouren van een antwoord op een complexe problematiek

**Citation for published version (APA):**

Vries, de, G. (1994). Veranderingsprocessen in ziekenhuizen : de contouren van een antwoord op een complexe problematiek. In J. W. Hoorn, J. L. Lettink, & H. F. J. M. Tuijl, van (editors), *Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen : bedrijfskundig instrumentarium voor manager en professional* (blz. 17-36). De Tijdstroom.

**Document status and date:**

Gepubliceerd: 01/01/1994

**Document Version:**

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

**Please check the document version of this publication:**

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.tue.nl/taverne](http://www.tue.nl/taverne)

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[openaccess@tue.nl](mailto:openaccess@tue.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## 2 Veranderingsprocessen in ziekenhuizen; de contouren van een antwoord op een complexe problematiek

Guus de Vries

### 1 Inleiding

In de twee voorgaande boeken van dezelfde redactie, die als ondertitel hadden 'bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuismanager', worden zowel de bedrijfskundige instrumenten als de (feitelijke en mogelijke) toepassingen daarvan beschreven, toegespitst op instellingen voor gezondheidszorg c.q. ziekenhuizen. Het gaat om instrumenten, gericht op de sturing van (zorg)processen en structurering van de (zorg)organisatie. Kenmerkende thema's zijn onder andere (opname- en operatie)planning, werklastmeting, procesbeheersing, roosterafstemming, coördinatie, kwaliteit, informatievoorziening, prestatiesturing, unitmanagement en divisiestructuren.

Het bedrijfskundig instrumentarium en de genoemde thema's zijn in ziekenhuizen niet aan de orde als doel op zich. De verwachting is dat er hoe dan ook een bijdrage wordt geleverd aan een beter functionerende organisatie. 'Beter functioneren' is op zichzelf een loze kreet; het gaat om doelstellingen en de mate waarin doelstellingen worden gerealiseerd. Dit hoofdstuk gaat expliciet in op de samenhang tussen bedrijfskundig instrumentarium en organisaties in verandering. Daarnaast wordt getracht een kader te geven voor de veranderkundige elementen uit de overige bijdragen in dit boek.

De aanleidingen om veranderingsprocessen te starten, kunnen extern of intern zijn. Externe aanleidingen zijn veranderende omstandigheden die om adequate reacties van organisaties vragen. Strategisch management is erop gericht externe ontwikkelingen te signaleren en daarop met de interne organisatie te anticiperen en in te spelen. Interne aanleidingen zijn doorgaans gelegen in functioneringsproblemen tussen mensen en geledingen in organisaties, hetzij in verticale zin (leidinggeven), hetzij in horizontale zin (onderlinge samenwerking, onderlinge klant/leverancier-relaties). In de meeste gevallen zal sprake zijn van een mix van externe en interne aanleidingen ('zoals wij thans functioneren, zijn wij niet in staat te voldoen aan de eisen die aan ons (zullen) worden gesteld, c.q. aan de eisen die wij ons zelf stellen'). Problemen kunnen soms specifiek zijn voor de betreffende organisatie, maar er zijn ook vraagstukken die landelijk aandacht krijgen en als het ware 'in de mode' zijn.

Om een organisatie daadwerkelijk in beweging te krijgen, is meer nodig dan het probleem een naam geven en het bijbehorende instrumentarium uit de kast te ha-

len. Het vraagstuk waarom, wat en hoe te veranderen blijft een constante, ook al wisselen de thema's en de etiketten. Het veranderingsvraagstuk is tevens een rode draad door dit hele boek.

### ***Intermezzo 1\****

*Van de zijde van patiënten en consumenten wordt steevast geklaagd over lange wachttijden in de polikliniek. Al meer dan tien jaar geleden is uitvoerig onderzoek gedaan naar de oorzaken van wachttijden en is instrumentarium ontwikkeld om de wachttijden adequaat te beheersen. Steeds meer ziekenhuizen bestempelen de polikliniek als visitekaartje van het ziekenhuis waar de klantenservice hoog moet zijn, mede om zich van concurrenten te onderscheiden. Toch bestaat het wachttijdprobleem nog steeds.*

In deze bijdrage komt aan de orde welke aspecten en elementen van belang zijn bij veranderingsprocessen in ziekenhuizen. Indien dat van toepassing is, wordt ter illustratie verwezen naar andere bijdragen in deze bundel. Ook worden de verschillende bijdragen getoetst aan het kader dat in dit hoofdstuk wordt gepresenteerd.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

- § 2 beschrijft kort een aantal bestaande opvattingen over de aanpak van veranderingsprocessen;
- § 3 gaat in op de specifieke omstandigheid dat een ziekenhuis een multi-actororganisatie is: verschillende groeperingen met deels eigen, deels gemeenschappelijke en soms zelfs tegenstrijdige belangen;
- § 4 beschrijft de sleutelfactoren voor succesvolle veranderingsprocessen;
- § 5 vat de belangrijkste aandachtspunten bij veranderen nog eens samen en toetst de overige bijdragen aan dit kader.

## **2 Opvattingen over veranderingsprocessen**

Bestaande theorieën en opvattingen kunnen worden onderverdeeld in drie benaderingen:

- fasering in het veranderingsproces;
- veranderingsstrategieën en condities;
- principe van permanente verandering.

---

\* Alle in deze bijdrage beschreven intermezzo's zijn uit de praktijk gegrepen en niet verzonnen; getracht is ze zo waarheidsgetrouw mogelijk weer te geven, waarbij begrip wordt gevraagd voor de ongetwijfeld selectieve perceptie en het selectieve geheugen van de auteur.

## 2.1 Fasering in het veranderingsproces

Als het gaat om het onderscheiden van fasen in een veranderingsproces, is de meest bekende en welhaast klassiek te noemen benadering de trits van Lewin (1947): *unfreezing – changing – freezing*. Deze drie fasen zijn later wel uitgebouwd naar vijf of zes fasen, maar de achterliggende gedachte is dezelfde gebleven. Deze strakke fasering suggereert dat het veranderingsproces volledig planbaar is en na de derde fase afgerond kan worden: na de fase van *freezing* is het karwei geklaard, is de organisatie op orde en kan zij er weer een hele tijd tegen. Gezien het tempo van veranderende externe omstandigheden is dat in steeds mindere mate het geval. Gezondheidszorgorganisaties zijn bij voortduring in ontwikkeling en verandering. Daarnaast moet men erop bedacht zijn dat geplande veranderactiviteiten ook ongeplande reacties en veranderingen kunnen oproepen die soms in dezelfde richting gaan als de beoogde, maar die daar soms ook dwars tegenin kunnen gaan.

### *Intermezzo 2*

*Bestuur, directie, diensthoofden en medische staf van een ziekenhuis waren ervan overtuigd dat er meer aandacht besteed zou moeten worden aan kwaliteitszorg in het ziekenhuis en aan de kwaliteit van dienstverlening; daartoe zou een tweedaagse kwaliteitsconferentie onder externe begeleiding worden gehouden, waaraan door de genoemde vier groeperingen zou worden deelgenomen; drie dagen voor de conferentie gaf een delegatie van de medische staf te kennen het onzinnig te vinden om gezamenlijk aan kwaliteit te werken, omdat de belangrijkste voorwaarden daarvoor, namelijk onderling vertrouwen en geloof in samenwerking, ontbraken; na enig crisisberaad is besloten de conferentie toch te laten doorgaan, maar dan de vertrouwenskwestie en de onderlinge samenwerking op de agenda te zetten; het resultaat van de conferentie was onder andere de beslissing om een beleidsteam te vormen waarin directie, stafbestuur en enkele diensthoofden zitting hadden, met als voornaamste opdracht ervoor te zorgen dat er een ziekenhuisbeleidsplan zou komen.*

Als gevolg van de snel wisselende externe omstandigheden waarop de organisatie adequaat moet inspelen, zijn veranderingsprocessen doorgaans niet voor alle aspecten zodanig strak af te bakenen en te regisseren dat met een simpel stappenplan kan worden volstaan. Er kan wel sprake zijn van fasering van veranderingsprocessen voor specifieke onderdelen, maar niet voor de organisatie in geheel. Voor afgebakende vraagstukken kunnen een projectorganisatie en een projectmatige aanpak worden opgezet. Afzonderlijke projecten en beoogde veranderingen moeten dan geïntegreerd zijn in en bijdragen aan de *corporate strategy*. Deze laatste laat zich niet persen in een strak keurslijf van *unfreezing – changing – freezing*.

## 2.2 Veranderingsstrategieën en condities

Klassiek zijn de drie veranderingsstrategieën van Chin en Benne (1970):

- de empirisch-rationele strategie;
- de normatief-reëducatieve strategie;
- de macht/dwang-strategie.

Zaltman en Duncan (1970) voegen hier nog een vierde aan toe:

- de facilitaire strategie.
- Deze vier strategieën komen achtereenvolgens aan de orde.

### *De empirisch-rationele strategie*

Uitgangspunt bij de empirisch-rationele strategie is dat mensen door rationale argumenten gemotiveerd kunnen worden om in beweging te komen en mee te werken aan veranderingen. Een aantal van de meer instrumenteel gerichte bijdragen in deze bundel bevat duidelijk elementen van deze benadering (zie de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6). Er is sprake van kwantificeerbare doelstellingen, toegesneden instrumentarium en meetbare resultaten, die rationale beslissers tot het inzicht zouden moeten brengen dat de voorgestelde verandering op korte of lange termijn in ieders voordeel is.

### *Normatief-reëducatieve strategie*

De normatief-reëducatieve strategie is gericht op het beïnvloeden van waarden, normen en attitudes van groepen mensen. De achterliggende gedachte is dat weerstanden tegen verandering voortkomen uit het feit dat de voorgestelde verandering niet past binnen bestaande normen- en waardenpatronen. De kijk van mensen op hun werk moet veranderen en dat vraagt een, vaak tijdrovende, mentale omslag. De wijze waarop dat gerealiseerd kan worden, komt onder andere aan de orde in de hoofdstukken 7, 8, 10 en 11.

### *De macht/dwang-strategie*

Kenmerk van de macht/dwang-strategie is het gedwongen veranderen van minder-machtigen door gebruik van politieke, economische of morele macht, waarbij de machthebber beschikt over sancties (beloningen en straffen). Deze strategie is in de gezondheidszorg niet zo expliciet herkenbaar, althans niet langs de hiërarchische gezagslijnen. Dit heeft te maken met het feit dat er in professionele organisaties sprake is van complexe gezagslijnen en vele machthebbers. De professionele/functionele gezagslijn is vaak harder' dan de hiërarchische of operationele lijn; sancties worden echter weinig gehanteerd.

### *De facilitaire strategie*

Hierbij gaat het om het aandacht geven aan voorwaarden die vervuld moeten worden alvorens veranderingen gerealiseerd kunnen worden. De te volgen strategie wordt daarbij gekoppeld aan de mate waarin weerstand wordt geboden (nader

uitgewerkt door Ezerman 1986). Bij veel weerstand in de beginfase kan de strategie gevolgd worden van het onbevooroordeeld en neutraal presenteren van informatie, met de bedoeling een rationele onderbouwing van de veranderingen te geven. Deze informatie kan intern van aard zijn (bijvoorbeeld statistieken, zoals oplopende wacht- en toegangstijden of dalende adherentie) of extern (kennis nemen van literatuur, presentaties laten houden door externen die een casus en/of een succesvolle aanpak presenteren die elders gehanteerd is). In deze fase wordt met name unfreezing beoogd. De volgende stap, als de weerstand is afgenomen, is het toepassen van normatieve strategieën. Deze houden in het partijdig en bevooroordeeld structureren en presenteren van informatie: prikkelen, reacties uitlokken en proberen de weerstand boven tafel te krijgen. In deze fase vindt de feitelijke changing grotendeels plaats; er is sprake van een heroriëntatie op de bestaande situatie en de daaraan gerelateerde normen en waarden, en er ontstaat een perspectief op een veranderende situatie. In hoofdstuk 8 is deze aanpak duidelijk herkenbaar. De laatste dwarsliggers kunnen rekenen op de laatste strategie, de machtsstrategie. Daarmee vinden tevens de formele besluitvorming en verankering plaats (*freezing*).

De mate van weerstand is in deze optiek bepalend voor de vraag welke strategie je moet kiezen. Het is echter de vraag of weerstand tegen verandering of de mate van veranderingsbereidheid dominante factoren moeten zijn bij het bepalen van de veranderingsstrategie. Uit een retrospectief onderzoek naar een aantal veranderingsprojecten blijkt dat de mate van veranderingsbereidheid bij werknemers geen knelpunt vormt bij het doorvoeren van veranderingen (Wissema e.a. 1991). Belangrijke conclusies van dit onderzoek waren:

- er is opvallend veel veranderingsgezindheid aanwezig, maar die wordt te weinig benut;
- geen van de managementteams in de onderzochte situaties hanteerde expliciet geformuleerde veranderingsstrategieën;
- de communicatie tussen management en werkvloer blijkt het grote probleem te zijn bij veranderingsprocessen; alle onderzochte organisaties hebben zich grondig verkeken op dit probleem;
- het onderzoek van Durlinger met betrekking tot managementparticipatie van medisch specialisten (hoofdstuk 12) bevestigt de conclusie van Wissema dat vrijwel nergens expliciet een veranderingsstrategie is geformuleerd. De constatering dat communicatie een vitale succesfactor is bij veranderingsprocessen, is bij vrijwel alle bijdragen in deze bundel terug te vinden. Er kunnen kennelijk geen normatieve uitspraken worden gedaan over wat de beste veranderstrategie is. Vooral het hebben van een strategie en de communicatie daarover, inclusief communicatie over achterliggende visie en uitgangspunten, zijn van essentieel belang.

In algemene zin kan geconcludeerd worden dat in de turbulente situatie van dit

moment een heldere en consistente visie en plan nodig zijn, die zeer zorgvuldig worden gecommuniceerd en waarbinnen wordt aangegeven hoe door wie aan welke onderdelen gewerkt wordt. Bij het formuleren van een veranderingsaanpak kan nader onderscheid worden gemaakt naar de aard en de omvang van de verandering. Er kan sprake zijn van een kleine of van een grote, grensverleggende verandering. In de aanpak kan sprake zijn van een ontwerpgerichte benadering (op basis van uitgangspunten is het gewenste eindresultaat geformuleerd – ‘blauwdruk’) of van een ontwikkelingsbenadering (de uitgangspunten zijn vertaald in processtappen om tot resultaat te komen). Dit onderscheid wordt in hoofdstuk 12 verder uitgewerkt.

### 2.3 Het principe van permanente verandering

Statische benaderingen en modellen passen niet meer bij de huidige werkelijkheden. Organisaties dienen continu te kunnen veranderen om te kunnen voldoen aan (steeds sneller) wisselende eisen. De gedachte van permanente verandering en het voortdurend streven naar verbetering vinden we terug in theorieën over kwaliteitszorg en over de lerende organisatie. Bij kwaliteitszorg wordt gesproken over de altijd doorlopende ‘Deming-cyclus’: *plan – do – check – act*; bij de lerende organisatie is sprake van de cyclus: denken – beslissen – doen – bezinnen (leercyclus van Kolb, zie Swieringa & Wierdsma 1990). Zowel op afdelingsniveau als op instellingsniveau spelen zich veranderingsprocessen af en bevinden medewerkers zich per aandachtsgebied in een verschillende fase van een altijd doorlopende cyclus. Een belangrijke voorwaarde voor het succes van veranderingen is dan ook het versterken van het verbeterings- en leervermogen van de organisatie. Het gaat daarbij zowel om gedragsverandering van individuen als om organisatieverandering. Om met Swieringa en Wierdsma te spreken: leren is gedragsverandering, collectief leren is organisatieverandering.

Achterliggend uitgangspunt is dat mensen en organisaties bereid zijn te leren en te veranderen. Om daar sturing aan te geven, zijn twee elementen van belang die we bijvoorbeeld ook in de kwaliteitszorg tegenkomen:

aanpak vanuit een heldere visie, met bijbehorende ‘hulp’-structuren (kwaliteitscirkels, projectorganisatie, mentoren enzovoort);

streven naar een attitude die gericht is op voortdurend willen verbeteren.

Dat laatste wordt met het Japanse woord *Kaizen* aangeduid: een grondhouding, zowel op het niveau van het individu als van de organisatie, die het voortdurend zoeken naar mogelijkheden voor verbetering inhoudt (*continuous improvement*) (zie onder andere Harteloh & Casparie 1991).

## 3 Het belang van oog voor belangen

Het is niet alleen zo dat er op allerlei fronten van alles tegelijkertijd in beweging

is; dat gebeurt ook nog eens in een organisatie met verschillende actoren met lang niet altijd parallel lopende belangen. 'Het' ziekenhuis bestaat niet; een ziekenhuis kan worden opgevat als een samenstel en samenspel van actoren, tussen wie grote verschillen in probleembeleving, belang en urgentiegevoel kunnen bestaan. Bovendien geldt dat ook in de loop der tijden verschuivingen kunnen optreden in belangen en probleembeleving. Het is derhalve onmogelijk instrumenten te ontwikkelen die te allen tijde aan ieders wensen tegemoet komen.

### *Intermezzo 3*

*Het instrument 'verpleegkundige werklasmeting' als speelbal in het wisselende krachtenspel van actoren: de afgelopen tien jaar is het gebruikt als antwoord op verschillende vraagstellingen met wisselende actoren en probleembelevingen.*

- *De directie had als doel de personeelskosten te beheersen en de produktiviteit te bevorderen; door de verpleging zelf werd dat opgevat als verkapte bezuinigingspogingen; er moest weerstand bij de verpleging worden overwonnen. (1984)*
- *De leiding van de verplegingsdienst had behoefte aan een meer objectieve maatstaf om de beschikbare verpleegkundige formatie toe te wijzen aan verpleegafdelingen; de afdelingshoofden die dachten er voordeel bij te hebben vanuit de stellige overtuiging dat zij onderbedeeld waren, juichten de objectivering door middel van werklasmeting van harte toe; de beter-bedeelden zeiden dat dergelijke instrumenten niet deugden. (1986)*
- *Vanuit de verpleegkundigen zelf kwam de roep om werklasmeting, zodat eindelijk eens bewezen zou worden dat hun werkdruk structureel te hoog was; de directie gaf aan dat dergelijke instrumenten veel te veel ruimte geven voor subjectieve interpretatie en dus niet betrouwbaar zijn. (1988)*
- *Verpleegkundige afdelingshoofden hadden de behoefte bij de opnameplanning ook de verpleegkundige werklasmeting als factor mee te laten tellen, met een zelfde gewicht als 'bedden' en 'OK-tijd'; specialisten gaven aan dat dat toch niet te kwantificeren was en dat het bovendien toch al te dwaas zou zijn dat een opname niet door kon gaan als er wel een bed maar geen verpleegkundige was (de directie trekt maar een blik open). (1990)*
- *Vanwege een krappere wordende arbeidsmarkt van verpleegkundigen wil de directie het instrument van werklasmeting hanteren, om daarmee het 'hollen-of-stilstaan' effect te reduceren en daarmee aantrekkelijke werkomstandigheden voor de verpleging te creëren. (1992)*

Explicitering van de probleembeleving is van groot belang. Als aan de ene actor



niet duidelijk is waarom de andere actor zo nodig iets wil veranderen, zal de primaire reactie zijn een toetsing van het voorstel op bevordering of bedreiging van het eigen belang. Zo lang niet in een open communicatie wederzijds geëxpliciteerd wordt welk probleem men beleeft en wat men beoogt bij een veranderingsaanpak, bestaat een reëel gevaar dat de ene actor de andere bij voorbaat verdenkt van eigen belang. Dat wordt nog eens versterkt door het feit dat in menig ziekenhuis management en professie jarenlang in een polariteitsmodel met elkaar zijn omgegaan, met alle stereotypingen en vooroordelen van dien.

#### *Intermezzo 4*

*Het bestuur van de medische staf bleef hardnekkig weigeren twee specialisten af te vaardigen voor een te starten commissie Opnameplanning; na inschakeling van een extern adviseur bleek dat het stafbestuur zich bij zijn weigering liet leiden door de gedachte dat als instrumenten werden ontwikkeld en gehanteerd om patiëntenstromen te sturen, diezelfde instrumenten ook gebruikt konden worden om patiëntenstromen te reduceren, en wel zodanig dat specialisten daarop geen invloed meer zouden kunnen hebben; op basis van eerdere uitlatingen van de directie met betrekking tot een opgelegde beddenreductie en bezuinigingen, verdacht het stafbestuur de directie ervan uitsluitend daarop uit te zijn; uiteindelijk is de commissie gestart, met deelname van specialisten, nadat eerst waarborgen waren geformuleerd ten aanzien van het produktievolume.*

① Een verkenning van elkaars en van de gezamenlijke belangen is daarom een voorwaarde voor een succesvolle aanpak met voldoende draagvlak, waarbij gestreefd wordt naar een win/win-situatie. ② Historisch opgebouwde patronen van tegenwerking moeten worden omgebogen in patronen van samenwerking, bij voorkeur verankerd in een missieformulering en in beleidskeuzen die het belang en de noodzaak van samenwerking expliciteren. ③ Niet alleen verkenning van elkaars belangen, maar ook erkenning daarvan kan een belangrijke stap zijn om tot een gezamenlijk resultaat te komen. ④ Om het nog ingewikkelder te maken: in verschillende situaties en op verschillende niveaus is er sprake van wisselende speelvelden en arena's, waarbij actoren de ene keer met elkaar in onderhandeling zijn en de andere keer samenwerken als het gaat om gemeenschappelijke belangen. Lettink geeft daarvan treffende illustraties in hoofdstuk 3.

Professionele organisaties, waartoe ook gezondheidszorginstellingen behoren, zijn bij uitstek organisaties van mensen waarbij het primaire proces wordt uitgevoerd door hoog opgeleide professionals, die zich sterk identificeren met hun eigen beroepsgroep en voor een belangrijk deel daaraan ook hun normen en waarden ontleen. Juist in een professionele organisatie is van groot belang dat veran-

deringen in structuur of in de wijze van sturing worden verankerd in gemeenschappelijk onderschreven uitgangspunten.

Het primaire referentiekader van professionals verschilt van dat van het management of van dat van bedrijfskundig onderzoekers en ontwerpers van instrumentarium. Verschillen in werkelijkheidsbeleving kunnen een bron van conflict zijn. De professional beschouwt iedere patiënt als uniek; alle werkopdrachten worden individueel – per patiënt – bepaald. Bij nadere analyse van zorgverleningsprocessen blijkt steeds weer dat er vele routinematige werkzaamheden plaatsvinden die voor grote groepen patiënten gelden. Vaak zijn deze werkzaamheden ook heel behoorlijk voorspelbaar, zodat aan een aantal belangrijke voorwaarden is voldaan om tot procesbeheersing te komen. Professionals hebben de neiging te stellen dat de werkzaamheden onvoorspelbaar zijn. Het kost derhalve enige overtuigingskracht om ze tot het inzicht te brengen dat ook al zou maar 50% voorspelbaar zijn, men niet moet nalaten daarvoor beheersinstrumenten te hanteren.

### *Intermezzo 5*

*Een orthopedisch chirurg zag zijn wachtlijsten almaar langer worden en had dringend behoefte aan meer operatietijd; nog liever zag hij uitbreiding met een extra orthopedisch chirurg; met veel belangstelling had hij een hem aangereikt artikel over patiëntenlogistiek gelezen, waarin onder andere de relatie werd gelegd tussen de verschillende capaciteiten (OK, IC, bedden, verpleging). Zijn reactie na lezing: 'Ik heb me nooit gerealiseerd dat er in een ziekenhuis zo veel te plannen valt; het is nogal complex; eigenlijk zou een ziekenhuis een directeur Planning en Organisatie moeten hebben in plaats van een Econoom, want daar valt waarschijnlijk veel meer rendement mee te behalen dan met op de centen passen.'*

Van een ziekenhuisdirectie mag verwacht worden dat zij oog heeft voor de verschillende belangen en voor de verschillende referentiekaders van waaruit de verschillende actoren werken, en dat ze in staat is boven de partijen te staan. Dat wordt geïllustreerd door een onderzoek dat in Engeland is uitgevoerd onder *general managers* van ziekenhuizen (Van Poucke 1986, geciteerd in Otto & Van Poucke 1992); kritische succesfactoren voor de *general managers* bleken te zijn: kunnen omgaan met de belangentegenstellingen tussen de verschillende groepen; waargenomen streven naar creëren van consensus tussen de verschillende coalities in de organisatie en het vermogen om op basis van consensus te werken; waarneming als een objectief manager die werkt voor het belang van het ziekenhuis als geheel;

- de acceptatie, tot op zekere hoogte, van de positie van de medische staf; waargenomen *managerial expertise*;
- centrale positie in een communicatienetwerk, waarbij communicatie naar

beide kanten open is.

Er wordt vaak verondersteld dat het probleem van belangentegenstellingen zich vooral voordoet tussen management en professionals, maar dat is een wat al te stereotiepe benadering. Er is ook sprake van een belangenstrijd tussen de verschillende onderdelen van een organisatie, die zich vaak toespitst op de verdeling van middelen en budgetten: waar worden speerpunten en ontwikkelingsactiviteiten benoemd en gehonoreerd; waar worden taakstellingen tot bezuinigen opgelegd? Ook tussen professionals van verschillende disciplines kan sprake zijn van 'strijd' om invloed te hebben. Dat manifesteert zich vaak in veranderingsprocessen, waarbij sprake is van kanteling van de organisatie van een disciplinegerichte dienstenstructuur naar een procesgerichte unit- (of divisie-)structuur (zie de hoofdstukken 10 en 11). De afzonderlijke vakdisciplines raken zowel hun eigen 'nest' kwijt, als hun hoogste in rang, die geacht wordt namens hen hun (vaktechnische) belangen te behartigen. Bij dergelijke ingrijpende structuurveranderingen is het van groot belang ook de afzonderlijke disciplines waarborgen te bieden voor blijvende aandacht voor vaktechnische ontwikkeling en deskundigheidsbevordering; maar niet als doel op zich, maar ten dienste van het geïntegreerde zorgproces. En, als laatste voorbeeld, het is buitengewoon moeilijk een consistent medisch beleidsplan van de medische staf te ontwikkelen, dat ook een echt beleidsplan is in die zin dat keuzen worden gemaakt en prioriteiten worden gesteld tussen de afzonderlijke specialismen; vele pogingen stranden bij het formuleren van verlanglijstjes.

In feite is er vaak sprake van onderhandelingsituaties. Om effectief te kunnen onderhandelen, is onder andere van belang (Fisher e.a. 1983; bekend als het 'Harvard-onderhandelingsproject'):

- niet te onderhandelen over posities en standpunten;
- zich te richten op belangen;
- te zoeken naar oplossingen in wederzijds belang;
- zowel te investeren in de relatie tussen de onderhandelingspartners, als in het onderhandelingsresultaat.

Onderhandelingsituaties kunnen zich op alle niveaus (van strategisch tot operationeel) en in alle fasen van veranderingsprocessen voordoen. Dat kan al spelen op het moment dat de probleemstelling geëxpliciteerd moet worden; de probleembeleving kan immers per actor verschillen en dat kan sterke invloed hebben op wat men vindt dat er moet gebeuren. Allerlei stijlen in de interactie tussen actoren kunnen zich manifesteren (ontwijken, meegaan, doordrukken, overtuigen enzovoort).

Hoe dan ook, veranderen is en blijft mensenwerk, zeker in een ziekenhuisorganisatie die bij uitstek een pluriform samengestelde mensenorganisatie is. In de volgende paragraaf worden sleutelfactoren beschreven die kunnen bijdragen aan het constructief benutten van alle complexe interactiepatronen om zo met succes tot verandering te komen.

#### 4 Sleutelfactoren bij veranderingsprocessen

Bij veranderingsvraagstukken wordt wel gesproken over het 'structuur of cultuur' dilemma. Moet eerst de structuur gewijzigd worden en zal de cultuur wel volgen, of moet eerst gericht de cultuur veranderd worden, om vervolgens soepel tot structuraanpassing te kunnen overgaan. Volgens Vrakking (1986) moet de structuur voorrang krijgen als er geen tijd is voor een geleidelijk veranderingsproces en er snel een nieuwe blauwdruk mogelijk is. In een organisatie kan dat worden ervaren als een schoktherapie. Als er geen sprake is van een crisissituatie, maar er wel tekorten in effectiviteit en efficiency zijn gesignaleerd, kunnen cultuurinterventies worden toegepast, gericht op motivatieversterking en resultaatbetrokkenheid. In de hoofdstukken 9, 10 en 11 is sprake van eerst structuurverandering en vervolgens cultuurverandering. Daarbij is sprake van een strategische noodzaak tot verandering en wordt ervan uitgegaan dat structuurverandering op zich zelf bijdraagt aan cultuurverandering. Doorgaans is echter sprake van en/en: zowel verandering van cultuur als structuur is gewenst en krijgt aandacht.

Eigenlijk is het geschetste dilemma een te simpele voorstelling van zaken: het gaat er niet om dat er gekozen moet worden voor een van beide, omdat er meer elementen zijn dan cultuur en structuur. Gesteld kan worden dat in feite alle elementen van het bekende 7-S-model (Pascale & Athos 1981; Peters & Waterman 1984) aandacht moeten krijgen bij veranderingsprocessen, vanwege de complexiteit en veranderlijkheid van de problematiek:

- visie, centrale waarden (*shared values*)
- strategie
- structuur
- systemen
- stijl
- mensen (*staff*)
- vaardigheden (*skills*).

De sleutelfactoren die van belang zijn bij het integreren van bedrijfskundige instrumenten in veranderingsprocessen, en aldus bijdragen aan het effectief ontwikkelen en implementeren van bedrijfskundig instrumentarium, worden nader besproken. Overigens komen sommige 'S'-elementen daarin expliciet terug, maar ze worden verder in dit hoofdstuk niet als zodanig uitgewerkt.

Missie en *shared values*: voorwaarden voor belangenoverbrugging

Volgens Weggeman (1992) is het vooral in een professionele organisatie van groot belang te beschikken over *shared values* die betrekking hebben op de organisatie in totaliteit, omdat professionals een sterke beroepsgebonden en externe oriëntatie hebben. Als er weinig *shared values* zijn, verdient het aanbeveling een *mission statement* te creëren, waarin de centrale waarden van de organisatie zijn geformuleerd. In dit hoofdstuk worden diverse voorbeelden gegeven van het belang van

het zoeken naar en benadrukken van gezamenlijkheid ('wat bindt ons').

### *Rol topmanagement*

Bij de start van een veranderingsproces, zeker bij een grensverleggende verandering die de gehele organisatie betreft, is de rol van het topmanagement essentieel. Het topmanagement mag worden geacht helderheid te verschaffen over:

- het 'echte' motief om te veranderen (niet zelden mislukken projecten omdat het management onzuivere motieven blijkt te hebben, zoals het maskeren van eigen gebreken of het kwijtraken van lastige medewerkers);
- de visie, waarin vooral ook de centrale normen en waarden zijn geformuleerd;
- de strategie, waarin is aangegeven welke koers moet worden ingeslagen en hoe beoogde doelen worden bereikt.

Het ontwikkelen van een visie en een strategie is de primaire verantwoordelijkheid van het topmanagement. Op het moment dat andere actoren in de organisatie daarbij worden betrokken, danwel dat de visie van het topmanagement wordt gecommuniceerd naar de organisatie, is het veranderingsproces feitelijk al begonnen. Belangrijke taken van de leiding bij het tot stand brengen van veranderingen zijn (zie Groeneveld 1992):

- het ontwikkelen van overeenstemming op centrale uitgangspunten;
- het bieden van zo veel mogelijk perspectief en participatie;
- het creëren en communiceren van een urgentiegevoel;
- het in balans houden van alle elementen (de genoemde zeven 'S'-en);
- het respecteren van weerstanden en emoties.

Voor professionele gezondheidszorgorganisaties kan hieraan nog toegevoegd worden dat permanente aandacht voor belangen van en samenwerking tussen management en medische staf, alsmede tussen verschillende professionele disciplines, een cruciale succesfactor is (zie ook de kritische succesfactoren voor de general manager die in de vorige paragraaf zijn genoemd).

Een belangrijke taak van de leiding is het ontwerpen van de aanpak bij het ontwikkel- of veranderprogramma. Onderdelen daarvan zijn het opzetten van een projectorganisatie voor de verschillende fasen (analyseren, (her)ontwerpen, veranderen) en het kiezen van een veranderstrategie. In deze bundel zijn vele uitwerkingen terug te vinden waar in aangegeven wordt hoe men in praktijksituaties het verandervraagstuk heeft aangepakt. De tendens om als dominante strategie te kiezen voor een aanpak die gericht is op het bevorderen van het zelfsturend vermogen van de organisatie(-onderdelen) is duidelijk herkenbaar (zie ook paragraaf 2).

### *Participerende aanpak*

Een participerende aanpak bij het ontwerpen en hanteren van bedrijfskundig instrumentarium in een veranderkundig perspectief blijkt bij te dragen aan:

- kwaliteit: gebruik maken van vaktechnische deskundigheid bij het specificeren van de ontwerpcriteria en in de ontwerpfase;
- acceptatie: professionals kunnen en mogen invloed hebben op de normstelling

en op performance-criteria;

- succesvolle implementatie.

Een participerende aanpak loopt als een rode draad door alle bijdragen in deze bundel. Aspecten daarbij zijn:

- een probleemgerichte aanpak op basis van verkregen inzicht in en begrip voor probleemstelling en probleembeleving van alle betrokkenen/belanghebbenden;
- het verkrijgen en vergroten van inzicht in afzonderlijke en gezamenlijke doelstellingen;
- het betrekken van professionals bij het ontwikkelen van meetinstrumenten en normen, om te komen tot validiteit en acceptatie;
- betrokkenen zelf de mogelijkheid bieden tot betere besturing te komen, met gebruikmaking van bedrijfskundig instrumentarium.

Participatie wordt niet alleen als middel gezien om tot veranderingen te komen, maar krijgt soms zoveel aandacht dat het een doel op zich begint te lijken; termen als 'beleidsparticipatie' en 'managementparticipatie' getuigen daarvan. Het is zaak altijd de achterliggende doelen in de gaten te houden.

#### *Interne communicatie*

Interne communicatie is de smeeroilje in de veranderende organisatie. Communicatie en contacten zijn nodig tussen alle niveaus en geledingen (management, professie, experts, uitvoerders).

De belangrijkste aspecten van interne communicatie bij veranderingsprocessen zijn (ontleend aan Lange 1988):

- formuleer de veranderingsdoelstellingen;
- stel een plan op voor interne communicatie;
- geef steunzenders expliciete opdracht beoogde veranderingen te vertalen in operationele doelen en werkwijzen;
- bevorder zo veel mogelijk door middel van directe persoonlijke contacten de communicatie over veranderingen;
- kopieer niet blindelings van collega-instellingen;
- herhaal de kernboodschap keer op keer; luister actief naar reacties en kritiek en doe er wat mee.

#### *Motivatie*

Bij de bereidheid om mee te werken aan veranderingen, zal iedere organisatie-medewerker zich afvragen wat de directe persoonlijke gevolgen zijn en als het ware de psychologische balans van 'kosten en baten' voor zich zelf opmaken: *what's in it for me*. Aandachtspunten bij het bevorderen van motivatie zijn de volgende (Lange 1991):

Besteed aandacht aan 'vergelers' die aangepakt moeten worden, maar tot dusverre niet aangepakt werden en daardoor leiden tot demotivatie:

- niet goed (meer) functioneren van sleutelfunctionarissen,

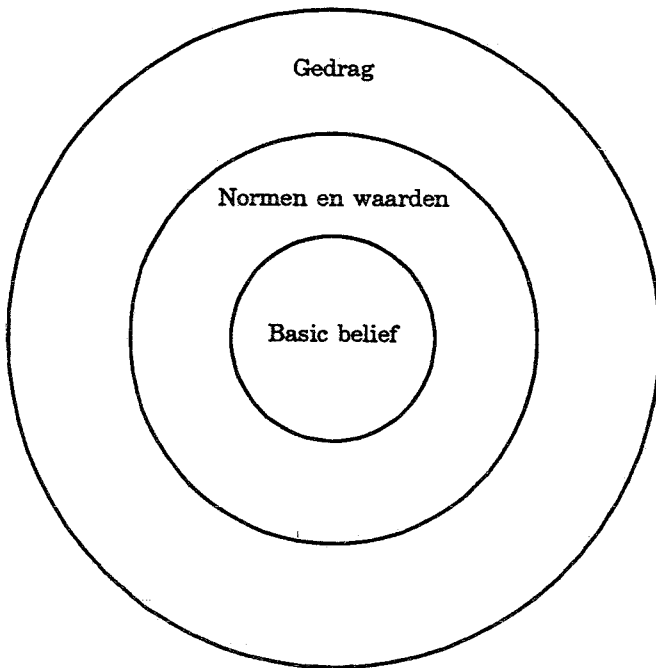
- onduidelijkheid over organisatiestructuur,
- langdurige conflicten,
- onduidelijkheid over beleid,
- ontbreken van goed overleg.

Maak taakstellingen voldoende specifiek, haalbaar en uitdagend en zorg voor terugkoppelinformatie over de mate waarin de taakstelling is gerealiseerd (zie ook hoofdstuk 7).

Expliciteer wat het 'echte' verandermotief is van het management en wat beoogd wordt met het invoeren van bedrijfskundige instrumenten; wollig taalgebruik maakt medewerkers vaak achterdochtig en kopschuw.

### *Cultuur*

De cultuur van een organisatie is geen begrip dat direct meetbaar, zichtbaar of veranderbaar is. Bij cultuur gaat het om een onderliggende laag waarden en normen van medewerkers in de organisatie, die sturing geven aan gedragscodes, procedures en rituelen, en daarmee aan het uiteindelijke gedrag in de organisatie (Van Poucke 1992). Culturelementen kunnen als schillen worden gezien, die als volgt zijn opgebouwd:



*Figuur 2.1 De cultuur van een organisatie*

Gedrag is de buitenste schil; gedrag is waarneembaar en veranderbaar; normen en waarden vormen de schil daaronder; ze zijn beperkt zichtbaar en veranderbaar;

*basic belief* vormt de kern die schuil gaat onder de twee genoemde schillen; hier is nauwelijks sprake van zichtbaarheid en directe veranderbaarheid.

Juist bij professionals is er sprake van een zeer hecht *basic belief*. Het is zaak hen nieuwe professionele uitdagingen te bieden. Ondanks het moeilijk grijpbare van 'cultuur', moet bij cultuurverandering toch getracht worden tot een diagnose van de huidige cultuur te komen en daarin de dysfunctionele elementen, in relatie tot het beoogde doel, te benoemen. Vervolgens moet het perspectief van een andere cultuur geboden en verankerd worden; aspecten daarvan zijn (deels ontleend aan Vrakking 1986):

- het gezamenlijk benoemen van de nieuwe gewenste cultuur, waarbij voortgebouwd kan worden op de sterke punten van de organisatie; deze aanpak kan bijvoorbeeld worden gebruikt om bij fusie van twee of drie bestaande culturen afscheid te nemen en gezamenlijk een nieuwe te benoemen (Van Poucke 1992); managementparticipatie kan als een interne fusie van twee culturen worden beschouwd;
- consistent voorbeeldgedrag van de leiding, in de lijn van de gewenste cultuurverandering; indien de leiding zich daarin niet geloofwaardig gedraagt is dat dodelijk;
- het introduceren van normatief voorbeeldgedrag van succesvolle collega-organisaties;
- het direct realiseren van makkelijk te wijzigen gewoonten, rituelen en procedures.

Ook opleiding, training en wisseling van sleutelfunctionarissen zijn vormen van cultuurinterventie en kunnen als zodanig expliciet gehanteerd worden.

Uiteindelijk moet cultuurverandering tot uiting komen in gedragsverandering. In toenemende mate worden gedragscriteria expliciet meegenomen in veranderingsprocessen, op verschillende niveaus (functieprofielen van sleutelfuncties, teameffectiviteit, individuele *assessments*). Het introduceren en effectief hanteren van gedragscriteria expliciteren gewenst gedrag, gekoppeld aan functies en/of teams en aan organisatie-doelen. Aldus ontstaat een kader dat gebruikt kan worden bij sturing, toetsing, beoordeling en training; op die wijze draagt het direct bij aan gedragsverandering in de gewenste richting.

## **5 Een toetsingskader voor veranderingsprocessen**

### *5.1 Een samenvattend kader*

Op basis van het beschrevene in de voorgaande paragrafen, worden de belangrijkste aandachtspunten om met succes instrumenten en nieuwe structuren te ontwerpen en in te voeren in een steeds veranderende organisatie, nog eens in een samenvattend kader gepresenteerd.



### *Bezinning*

- Erkenning van de complexiteit.
- Expliciteren van urgentiegevoel.
- Erkenning en benoeming van de actoren.
- Formuleren van missie en shared values.
- Expliciteren van strategie en visie op veranderingsvraagstuk.

### *Aanpak*

- In kaart brengen van gemeenschappelijke en afzonderlijke belangen.
- Opstellen plan van aanpak en (project)organisatie voor omschreven onderdeel.
- Aandacht voor participatie in zowel ontwerp- als invoeringsfase.
- Organiseren van interne communicatie.
- Invulling van sleutelfuncties.

### *Taken van de leiding*

- Communiceren van visie en motieven.
- Het organiseren van de communicatie.
- Voorbeeldgedrag conform gewenste cultuur.
- Elimineren van demotiverende factoren.
- Helderheid over verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
- Bewaking voortgang en doorlooptijd.

### *Resultaatbevorderende elementen*

- Gerichtheid op externe en interne problemen.
- Expliciteren van (verander)doelen.
- Formuleren van ontwerpcriteria en randvoorwaarden.
- Rationeel-empirische onderbouwing (kwantificering, modellen, ervaringen elders).
- Expliciteren en afbouwen van dysfunctionele cultuurelementen.
- Bevorderen van gewenst gedrag met behulp van gedragscriteria.

### *Acceptatie en verankering*

- Respecteren van verschillen in probleembeleving.
- Positief onderhandelen, met aandacht voor relaties en gemeenschappelijke belangen.
- Frequente en heldere communicatie.
- Bevorderen van leergedrag en zelfoplossend vermogen.
- Frequent toetsen van acceptatie en draagvlak.
- Ondersteuning door training en opleiding.

## *5.2 Toetsing overige hoofdstukken*

In de verschillende bijdragen in dit boek zijn veel van de in dit kader genoemde

elementen terug te vinden. Globaal gezien kunnen we vanuit dit oogpunt de bijdragen in twee brokken verdelen:

- de meer instrumentele bijdragen, en
- de praktijkbeschrijvingen.

In de instrumentele bijdragen worden instrumenten beschreven die zijn ontwikkeld om bepaalde, in de praktijk gesignaleerde en relevant geachte, vraagstukken te kunnen aanpakken en aldus tot verbetering van de *performance* te komen. De instrumenten en/of een voorgeschreven aanpak zijn er als het ware al, en vervolgens worden de ervaringen beschreven die bij hantering van het instrument in de praktijk zijn opgedaan. Hier wordt gedoeld op de hoofdstukken:

4. beslissingsondersteunend model voor opnameplanning;
- ⑤ beslissingsondersteunende modellen voor capaciteitsmanagement;
7. PROMES, een methode voor prestatiebesturing;
9. sociotechnische ontwerpvoorschriften (beschouwend karakter, geen praktijkervaringen).

In de praktijkbeschrijvingen is het eigenlijk net andersom. Daar ligt de start bij een concreet vraagstuk, compleet met een strategische visie (dat het anders moet en wel in een bepaalde richting) en concrete knelpunten. Vervolgens wordt bij de aanpak gebruik gemaakt van instrumentarium, ontwikkelplannen en interventietechnieken. Het gaat hier om de hoofdstukken

3. invoering van integrale zorgsturing in een divisie Heelkunde;
6. beheersing van produktie en werkdruk op de IC;
8. realisatie van toetsbaar klantgericht werken in de verplegingsdienst;
10. decentralisatie als structureringsbeginsel om een grootschalige en complexe organisatie te kunnen besturen;
11. ontwikkelbenadering gericht op de veranderende positie van de medisch specialist in een ziekenhuisorganisatie.

Vaak kan het meest geleerd worden van wat niet goed gaat. Bij de meer instrumentele bijdragen kunnen genoemd worden:

- onvoldoende aandacht voor interne communicatie;
- onvoldoende helderheid verschaffen over de beoogde (verander)doelen;
- onvoldoende aandacht voor de veranderingsaanpak en eventuele projectorganisatie;
- onvoldoende aansluiting bij visie en strategie.

Elementen die relatief veel aandacht krijgen, zijn:

- expliciteren van de probleemstelling, waaraan het instrument kan bijdragen;
- de intentie om een hogere mate van zelfbestuur te creëren, mede dankzij het instrument;
- erkenning van de complexiteit van de ziekenhuisorganisatie;
- participatie van gebruikers bij zowel ontwerp als invoering;

- rationeel-empirische onderbouwing, waar mogelijk met kwantitatieve onderbouwing.

Elementen die in de betreffende bijdragen niet of nauwelijks genoemd worden, zijn:

- cultuur;
- taken en rol van het (top)management; de bijdragen zijn meer geschreven vanuit de onderzoeker en minder vanuit de manager;
- doorlooptijd van het veranderingsproces;
- de invulling van sleutelposities.

Bij de praktijkbeschrijvingen leidt een nadere beschouwing tot de volgende constatering.

Elementen uit het gepresenteerde kader die dominant aanwezig zijn, zijn de volgende:

- overtuiging van het (top)management dat het anders moet, alsmede visie op de koers die ingezet moet worden, gelet op veranderende externe omstandigheden en interne knelpunten;
- erkenning van de ziekenhuisorganisatie als een multi-actor-systeem;
- streven naar het bevorderen van het leergedrag en het zelfsturend vermogen;
- probleemgerichte aanpak, zowel met betrekking tot externe als met betrekking tot interne problemen.

Uit de bijdragen blijkt ook dat onvoldoende interne communicatie en het niet goed beheersen van de doorlooptijd van het veranderingsproces, danwel onzekerheid daarover, tot demotivatie leiden en daardoor het veranderingsproces bemoeilijken (zie hoofdstuk 10). Verder kan geconstateerd worden dat wisseling van sleutelfunctionarissen, alsmede opleiding en training, belangrijke interventies kunnen zijn om tot cultuuromslag te komen (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 8).

Hoofdstuk 12 heeft een ander karakter: beschreven wordt een onderzoek naar de wijze waarop het veranderingsproces met betrekking tot het vraagstuk van managementparticipatie in ziekenhuizen is aangepakt. Geconcludeerd wordt onder andere dat in de praktijk veelal (te) weinig aandacht besteed wordt aan:

- expliciteren van een visie, vooral op de (veranderende) rol van de specialist;
- de aanpak van het veranderingsproces;
- explicitering van de (verander)doelen;
- interne communicatie over relevante externe ontwikkelingen.

Als vanuit het kader van dit boek nog eens naar de praktijk wordt gekeken, dan blijkt dat:

- de praktijk vaak weerbarstig is als het gaat om het ontwikkelen en invoeren van nieuwe instrumenten en structuren;
- vaak te weinig aandacht wordt geschonken aan het expliciteren en hanteren

van een veranderingsstrategie en -aanpak.

In dit boek worden handreikingen gegeven waarmee de lezer die de uitdaging van verandering aan wil gaan, zijn voordeel kan doen.

## Literatuur

- Chin, R. en K.D. Benne, General strategies for effecting change in human systems. In: W.G. Bennis, K.D. Benne en R. Chin, *The planning of change*. Holt, Rinehart & Winston, London 1970.
- Ezerman, C.G., Zeven strategieën om leiding te geven aan veranderingen. In: W.J. Vrakking (red.), *Management van organisatievernieuwing*. Koninklijke Vermande BV, Lelystad 1986.
- Fisher, R., W. Ury en B. Patton, *Excellent onderhandelen; the Harvard Negotiation Project*. Veen, Utrecht 1981.
- Groeneveld, R., *Zaken in beweging; leidinggeven aan veranderingen*. GITP/Management Advies, Nijmegen 1992.
- Harteloh, P.P.M. en A.F. Casparie, *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. VUGA/De Tijdstroom, Den Haag/Lochem 1991.
- Lange, H., *Interne communicatie bij veranderingen*. GITP/Management Advies, Nijmegen 1988.
- Lange, H., *Motivatie in organisaties*. Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer 1991.
- Lewin, K., Group decision and social change. In: T.M. Newcomb en E.L. Hartley (red.), *Readings in social psychology*. Rinehart & Winston, New York 1947.
- Otto, M.M. en A.B.M. van Poucke, Bestuur, directie en medische staf, samenwerking in balans. *Ziekenhuis Management Magazine*, 7/8 (1992).
- Pascale, R.T. en A.C. Athos, *The art of Japanese management*. Warner Books, z.p. 1981.
- Peters, T.J. en R.H. Waterman, *In Search of Excellence*. Warner Books, z.p. 1984.
- Poucke, A.B.M. van, *General Management, the consequences for the relation professions – bureaucracy and management in an NHS-unit*, Dissertatie ter verkrijging van de graad Master of Philosophy, University College, Cardiff 1986.
- Poucke, A.B.M. van, Fusie en cultuurverandering: kans of bedreiging? *Ziekenhuis Management Magazine* 1992.
- Swieringa, J. en A.F.M. Wierdsma, *Op weg naar een lerende organisatie*. Wolters-Noordhoff BV, Groningen 1990.
- Vrakking, W.J., Structuur of cultuur, waar het eerst veranderingen in aanbrengen. In: W.J. Vrakking (red.), *Management van organisatievernieuwing*, Koninklijke Vermande BV, Lelystad 1986.
- Weggeman, M., *Leidinggeven aan professionals; het verzilveren van creativiteit*.

- Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer 1992.
- Wissema, J.G., H.M. Messer en G.J. Wijers, *Angst voor veranderen? Een Mythe!*  
Van Gorcum, Assen 1991.
- Zaltmen, G. en R. Duncan, *Strategies for planned change*, John Wiley & Sons,  
New York 1977.