

De invloed van de operationeel leidinggevende op de creatie van klantwaarden in het perifere ziekenhuis



Erasmus Universiteit Rotterdam
Thesis MBA-Health, April 2014
Caroline Visser

Thesis begeleider:
Prof. dr. I.M.B. Bongers

*"Leaders don't force people
to follow,
they invite them on a journey."*

Charles S. Lauer

Voorwoord

De thesis, het sluitstuk van de MBA-Health! Twee intensieve en vooral zeer leerzame jaren. Twee jaar geleden startte ik in de functie van Clustermanager Snijdend specialismen in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis, een perifeer ziekenhuis in Woerden. Ter ondersteuning in deze nieuwe rol koos ik er voor, gesteund door de RvB, om de MBA-Health van de Erasmus Universiteit te gaan volgen. Deze keuze is zeer waardevol gebleken, de vele kennis uit de colleges en de verdieping zowel in theorie als in de praktijk door de huiswerkopdrachten, hebben mij veel kennis en inzicht opgeleverd de afgelopen twee jaar. De kennis was altijd zeer actueel en daardoor direct toepasbaar in de praktijk. Het effect van de combinatie van leren en werken werd hierdoor versterkt.

Het onderwerp van deze thesis ontstond geleidelijk. Afgelopen twee jaar werd mijn interesse gewekt door de term "creatie van klantwaarden" die regelmatig langs kwam in de colleges over de strategische thema's van Prof. Aad de Roo. Met het creëren van klantwaarden doen we in de gezondheidszorg te weinig. Daarnaast bleek er in de praktijk een grote uitdaging in het vinden van de juiste leidinggevenden op het operationeel niveau in relatie tot de steeds belangrijker wordende resultaten van het perifere ziekenhuis. Ik heb in de afgelopen jaren met veel verschillende operationeel leidinggevenden gewerkt, de een met meer mensgerichte competenties, de ander met meer zakelijke competenties, beide met een wisselend succes. Is de operationeel leidinggevende in de gezondheidszorg de sleutel om tot betere creatie van klantwaarden te komen? En als dit zo is, wat is die sleutel dan precies? In de brainstorm over beide interesses met de thesisbegeleiders kwam ik uiteindelijk op het onderwerp van deze thesis: welke invloed heeft de operationeel leidinggevende op de creatie van klantwaarden in het perifere ziekenhuis?

Na twee jaar sta ik nu aan het einde van deze opleiding, met veel kennis, mooie inzichten en natuurlijk daardoor ook steeds weer nieuwe vragen.

Ik wil dr. Elly Breedveld, Prof. dr. Aad de Roo, Prof. dr. Jan Moen, Prof. dr. Inge Bongers en alle gastdocenten van de afgelopen twee jaar bedanken voor alle inspirerende colleges.

Ook mijn medecursisten wil ik bedanken, de combinatie van verschillende werkvelden, ervaringen en persoonlijkheden maakte de opleiding nog waardevoller! De steun die we elkaar gegeven hebben tijdens de colleges, de huiswerkopdrachten, de zomeropdrachten en het maken van de thesis was zeer prettig!

Voor de begeleiding tijdens het maken van de thesis wil ik met name Inge hartelijk bedanken. De begeleidingsmomenten zowel live als per telefoon waren prettig. Fijn dat je altijd snel de stukken doornam en van duidelijk commentaar voorzag! Zoals ik al eens noemde, je wist precies mijn pijnpunten te benoemen! Daarmee hielp je me door het stoeiproces van "hoe structureer ik de vele onderwerpen" en de uiteenrafeling van de hoofd- en bijzaken heen. De opmerkingen over de waarde van de stukken voor de vraagstelling van de thesis waren daarbij illustratief en hielpen me goed op weg! Dank daarvoor.

Ook de geïnterviewde collega's in de vier ziekenhuizen wil ik hierbij bedanken voor de inkijk in hun manier van leidinggeven en alle informatie die ze me gaven.

Binnen het Zuwe Hofpoort ziekenhuis waren er veel collega's die me steun gaven tijdens deze opleiding. Met name Wiepke, Ellen, Sjanie, Joannette, Mireille, Esther en Daniëlle wil ik bedanken voor de motiverende woorden, appjes en mailtjes!

Annemieke, afgelopen twee jaar mijn secretaresse en grote steun, ook bij het afronden van alle opdrachten! Met mijn kennis van spelling was je ondersteuning goed en heel prettig! Dank daarvoor! Binnen het managementteam waren er de afgelopen twee jaar veel wisselingen. Dat dat gebeurde was niet echt helpend voor het goed doorlopen van deze opleiding. Gelukkig hebben we met het MT elke keer weer de creativiteit gevonden om het werkbaar te houden voor mij, zodat ik deze studie op een goede manier kon afronden. Ook de RvB wil ik bedanken voor haar aandeel hierin.

Tenslotte dank ik mijn thuisfront. John, Bart en Karlijn, fijn dat jullie er (meestal! 🤔) zijn voor me, zonder jullie steun en vooral jullie relativeringsvermogen was het niets geworden!

Managementsamenvatting

De gezondheidszorg in Nederland zit midden in een transitie. Het moet beter, transparanter maar vooral ook goedkoper! De kosten voor de gezondheidszorg in Nederland zijn te hoog en stijgen te hard. In het regeerakkoord van oktober 2012 tussen PvdA en de VVD stond de volgende zin over de curatieve zorg:

Binnen het stelsel van curatieve zorg gaan we nieuwe accenten leggen op meer samenwerken in plaats van enkel concurreren, op het wegnemen van perverse volumeprikkels en de introductie van inkomensafhankelijke financiering. De sleutelrol van verzekeraars blijft in stand. In 2015 zijn zij volgens plan volledig risicodragend.

Door de huidige ontwikkelingen op het gebied van de herinrichting van het zorglandschap en daarnaast de kwaliteitseisen van de wetenschappelijke verenigingen wordt de druk voor perifere ziekenhuizen steeds hoger. Er ligt een grote uitdaging m.b.t. de continuïteit van de organisatie. Perifere ziekenhuizen worden "gedwongen" tot een focus en samenwerking.

Door deze ontwikkelingen wordt het integrale resultaat van de onderneming steeds belangrijker, zowel de kwaliteit van het product en klanttevredenheid als het bedrijfseconomisch resultaat, met andere woorden "de creatie van klantwaarden". Ook de cijfers met betrekking tot de kwaliteit en de bedrijfseconomische ratio's zijn hierbij van belang. "Hoe kunnen we hierop goed sturen en hoe krijgen we professionals hierin mee?", is het vraagstuk waar de operationeel leidinggevenden voor staan. Dit leidde tot de centrale vraagstelling van deze thesis:

Welke leiderschapsstijl en/of welke competenties van de operationeel leidinggevenden zijn positief van invloed op de creatie van klantwaarden in een perifere ziekenhuis in Nederland?

Door middel van een literatuurstudie met daaropvolgend een beperkte kwalitatieve praktijkstudie is de centrale vraag van deze thesis beantwoord. Bij het uitwerken en analyseren van de onderzoeksresultaten zijn zes thema's gebruikt. De belangrijkste conclusies per thema zijn:

1. Het thema "Waardegedreven organisaties".

De gezondheidszorg moet zich meer waardegedreven gaan profileren. De huidige "zero sum" concurrentie kan daarmee omgebogen worden naar "positive sum" concurrentie. Het verstoorde evenwicht tussen zorgorganisaties, de overheid en de zorgverzekeraar kan hiermee worden hersteld. Perifere ziekenhuizen zijn zich hiervan bewust en werken hieraan. Met name het klantperspectief in de waarden is van belang voor het bestaansrecht van de perifere ziekenhuizen in Nederland. Daar waar er alignement bestaat over de inhoud van de waarden tussen management en medische staf leven waarden meer op de werkvloer.

2. Het thema "Creatie van Klantwaarden".

De term "creatie van klantwaarden" wordt in de literatuur uitgelegd als het integrale resultaat van de drie pijlers; kwaliteit van de zorg, patiënttevredenheid en het bedrijfseconomisch resultaat. Zowel in de literatuurstudie als in de praktijkstudie werd gevonden dat ook medewerkertevredenheid een belangrijke indicator is voor het integrale succes van de organisatie. Medewerkertevredenheid zou daarom als vierde pijler toegevoegd moeten worden aan de creatie van klantwaarden.

De operationeel leidinggevende is de belangrijkste schakel voor het behalen van de resultaten in een perifere ziekenhuis. Deze leidinggevende heeft de meest intensieve contacten met de belangrijkste stakeholders voor succes; de professionals en de patiënten.

Perifere ziekenhuizen formuleren klantwaarden vanuit het klantperspectief, echter in de praktijk staat op dit moment door alle ontwikkelingen het aanbiedersperspectief voorop.

Voor het verhogen van de klantwaarden is het belangrijk dat patiëntenparticipatie verder ontwikkeld wordt in de perifere ziekenhuizen.

3. Het thema "De rol van de professional".

In de gezondheidszorg is behoefte aan een toekomstbestendige zorgprofessional. Deze wil meer autonomie en meer professionele verantwoordelijkheid en accepteert maatschappelijke en organisatorische verplichtingen.

De toekomstbestendige zorgprofessional wil aangesproken worden op zowel de kwaliteit van zorg als het bedrijfseconomisch resultaat. Dit terwijl de leidinggevende (met name daar waar de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de organisatie ligt) deze verantwoordelijkheid en autonomie niet durft neer te leggen bij de professionals. Hierbij speelt de angst dat professionals niet mee willen denken over "geld" en de mogelijke tegenstrijdige belangen.

Belangrijk is dat alle doelstellingen en resultaten (ook het bedrijfseconomische) besproken worden met professionals en dat er in dit gesprek voldoende evenwicht is tussen kwaliteit van zorg en cijfers. Operationeel leidinggevend zijn zoekende naar dit evenwicht.

Een toekomstbestendige medische staf zorgt voor zowel hoge kwaliteit van zorg als een goed bedrijfseconomisch resultaat en draagt dit uit naar collega professionals.

4. Het thema "Leiderschapsstijl van de operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".

Voor succesvol operationeel leiderschap is het belangrijk dat de operationeel leider meerdere leiderschapsstijlen kan hanteren en weet wat de consequenties daarvan zijn.

Goede operationele sturing en verbindend leiderschap leidt tot hoogwaardige zorg tegen acceptabele kosten.

5. Het thema "Competenties van operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".

Een veelheid aan belangrijke competenties voor succesvol operationeel leiderschap werd gevonden. De meest belangrijke competenties zijn: duidelijk communiceren met name over visie, verwachtingen en resultaten (zowel de negatieve als positieve). Het hebben van hoge verwachtingen zowel naar individuele medewerkers als naar het team en hierover op een inspirerende wijze communiceren.

Ook de verbindende competenties zijn belangrijk in de zorg, waarbij het vooral gaat om verbinden van de waarden van de medewerkers met de waarden van de organisatie. Competenties als omgevingssensitiviteit, intuïtie, natuurlijke interesse in mensen, doortastend en bewust zijn van je invloed als leidinggevende op het gedrag van de medewerkers zijn hierbij belangrijk. Bespreekbaar kunnen maken van bevindingen, zowel op de inhoud, het proces als op de interactie en het gevoel, en uit de comfortzone durven en willen stappen.

Een andere belangrijke bevinding was dat alle succesvolle operationeel leidinggevend intrinsiek waardegedreven bleken te zijn.

Een hoge medewerkertevredenheid is een indicator voor succesvolle operationeel leidinggevend.

6. Het thema "Resultaten van de organisatie".

In perifere ziekenhuizen slaat op dit moment de verzakelijking door, waardoor de verbinding met de inhoud van de zorg, de professionals en met name de patiënt verloren gaat. Focus op de creatie van klantwaarden kan gaan helpen om dit evenwicht te herstellen.

Naast het sturen op de harde resultaten van de zorg moet een operationeel leidinggevende ook in staat zijn te sturen op "zachtere factoren" als sfeer, onderstroom, uitstraling en het onderbuikgevoel. De competentie omgevingsgevoelig is voor deze factoren van belang.

Naast de bevindingen op de zes thema's kwam als additionele bevinding het belang van de roloppvatting van de operationeel leidinggevende naar voren. De manier waarop de operationeel leidinggevende de functie invult en zich gedraagt naar zijn team. Mogelijk is dit een belangrijkere factor voor succes van operationeel leidinggevende dan de leiderschapsstijl of de competenties.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk	Pagina
Voorwoord	2
Samenvatting	3
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doelstelling	11
1.3 Het onderzoek	11
1.4 Vraagstelling	12
1.5 Leeswijzer	12
2 Het theoretisch kader	13
2.1 De creatie van klantwaarden	13
2.1.1 De betekenis van het begrip klantwaarde in het algemeen	13
2.1.2 De betekenis van het begrip klantwaarden voor de Nederlandse gezondheidszorg en de perifere ziekenhuizen	14
2.1.3 De relatie tussen creatie van klantwaarden en waardegedreven organisatie	16
2.1.4 De relatie tussen creatie van klantwaarden, waardegedreven zorgorganisaties en specifiek de perifere ziekenhuizen	16
2.1.5 De creatie van klantwaarden en de rol van de medewerker, met name de zorgprofessional	19
2.2 Operationeel leiderschap, leiderschapsstijlen en competenties van operationeel leidinggevend in relatie tot de creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties	21
2.2.1 Operationeel leiderschap	21
2.2.2 Operationeel leiderschap, de creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties	22
2.2.3 Verschillende leiderschapsstijlen en bijbehorende competenties	24
2.2.4 Welke leiderschapsstijl en/of competenties van operationeel leiders leiden tot de creatie van klantwaarden in de gezondheidszorg en het perifere ziekenhuis?	27
2.3 Hypotheses opgesteld vanuit het literatuuronderzoek	29
3 De onderzoeksopzet (het technisch ontwerp)	31
3.1 Inleiding	31
3.2 De onderzoeksopzet	32
3.3 Data verzameling	32
3.3.1 Het onderzoeksmateriaal voor het theoretisch onderzoek	32
3.3.2 De selectie van de praktijk casussen	32
3.3.3 De interviews	33
3.4 De data-analyse	34
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	35
4 Resultaten van het praktijk onderzoek	37
4.1 Inleiding	37
4.2 Resultaten interviews	37
4.2.1 Het thema "waardegedreven organisatie"	37
4.2.2 Het thema "creatie van klantwaarden"	38
4.2.3 het thema "de rol van de professional in het perifere ziekenhuis"	40
4.2.4 Het thema "aanwezigheid van een bepaalde leiderschapsstijl bij succesvolle operationeel leidinggevend?"	41
4.2.5 Het thema "aanwezigheid van een bepaalde competentie bij succesvolle operationeel leidinggevend?"	41
4.2.6 Het thema "resultaten waarop gestuurd wordt in de perifere ziekenhuizen"	44
4.2.7 Additionele bevindingen vanuit het praktijkonderzoek	45

5	Conclusies en aanbevelingen en nabeschuwing	46
5.1	Inleiding	46
5.2	Conclusies en aanbevelingen gerubriceerd naar de zes thema's	46
5.2.1	Het thema "waardegedreven organisatie"	46
5.2.2	Het thema "creatie van klantwaarden"	47
5.2.3	Het thema "de rol van de professional in het perifere ziekenhuis"	48
5.2.4	Het thema "aanwezigheid van een bepaalde leiderschapsstijl bij succesvolle operationeel leidinggevendens?"	48
5.2.5	Het thema "aanwezigheid van een bepaalde competentie bij succesvolle operationeel leidinggevendens?"	49
5.2.6	Het thema "resultaten waarop gestuurd wordt in de perifere ziekenhuizen"	50
5.2.7	Conclusie op de additionele bevinding	51
5.3	Nabeschuwing	51
	Literatuurlijst	53
	Bijlagen: 1 Topiclijst voor de interviews	55

Hoofdstuk 1 Inleiding

Hoofdstuk 1 van deze thesis beschrijft het conceptueel model van het onderzoek. Achtereenvolgens komt de achtergrond van het onderwerp, de doelstelling, de theoretische uitwerking van het onderzoek en de centrale vraagstelling met de afgeleide onderzoeksvragen aan bod. De laatste paragraaf bevat de leeswijzer van deze thesis.

1.1 Achtergrond

In de gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren op veel gebieden ontwikkelingen gaande. Diagnostiek- en behandelmogelijkheden worden steeds groter en daardoor duurder, bijvoorbeeld de microchirurgische behandelingen met de dure Da Vinci robot. De kosten van de gezondheidszorg zijn o.a. hierdoor niet meer in de hand te houden. De kosten van de zorg zijn afgelopen jaren harder gestegen dan het Bruto National Product (BNP). We stevenen (als dit door blijft gaan) af op zorgkosten die stijgen naar een onbetaalbaar percentage van het BNP. Er blijft hierdoor naast de zorguitgaven geen geld over voor bestedingen op andere gebieden. Vanuit economisch oogpunt is dit niet verantwoord (gezondheidszorgbalans.nl, 2014). Sturen op vermindering van de kosten voor de zorg is daarom de komende jaren heel belangrijk. Als we de kosten van de gezondheidszorg van Nederland bezien t.o.v. de kosten in andere landen, kan geconcludeerd worden dat deze uitdaging niet onmogelijk is (gezondheidszorgbalans.nl, 2014). Er zijn kansen door de aanpak van de huidige inefficiënte en ineffectieve organisatie van de zorg.

Het bedrijfseconomisch resultaat werd tot enkele jaren geleden gedomineerd door budget bekostiging. In dit systeem waren geen prikkels aanwezig om de kosten van de zorg te beheersen.

„Medisch specialisten bepaalden hoeveel zorg en wat voor zorg een patiënt nodig had en deze zorg werd geleverd. Vielen de totale kosten hoger uit dan verwacht, dan werden ziekenfondspremies en de premies van particuliere ziektekostenverzekeraars naar boven bijgesteld.“ (Trappenburg, 2011)

Gezondheidszorgorganisaties worden in Nederland steeds meer gezien en behandeld als "gewone bedrijven". Bedrijfseconomische parameters en het resultaat worden belangrijker. De credit verleners rekenen de gezondheidszorgorganisaties af op financiële ratio's, zoals voor het bedrijfsleven gebruikelijk is. De gezondheidszorgorganisaties krijgen door deze ontwikkelingen in toenemende mate te maken met dezelfde risico's als het bedrijfsleven. De gereguleerde marktwerking maakt dat de gezondheidszorg zijn eigen broek op moet kunnen houden. Het eerste ziekenhuis is vorig jaar failliet verklaard. Dit was tot die tijd bijna onmogelijk, een ziekenhuis wat in zwaar weer verkeerde werd of door de bank, of door het waarborgfonds of door de verzekeraar "gered" van de ondergang. Niemand hoorde hier iets over. Verzekeraars speelden (met geld wat terugbetaald moest worden vanuit de ziekenhuizen) "bankje" binnen de gezondheidszorg. Hierdoor was er geen risico voor de organisaties. Meer productie en hierdoor meer kosten werden uiteindelijk allemaal toch wel gedekt (Van der Haak en Karlas, 2012).

Verzekeraars hebben met het hoofdlijnen akkoord in 2009 regie gekregen op de ontwikkeling naar het verminderen van kosten in de zorg. De druk om kosten te besparen wordt hoog ingezet door verzekeraars. Selectieve inkoop is hier een voorbeeld van, zowel bij de hoog complexe zorg, als de basiszorg. Electieve zorg wordt in de aanbidding gezet in een goedkope polis, zoals de "Zekur" polis van Achmea. Met deze polis kan de patiënt niet meer bij elk ziekenhuis terecht voor zijn electieve basiszorg. Het ziekenhuis wordt door de verzekeraar "gedwongen" tot hoge kortingen. De verzekeraar lijkt op dit moment de baas binnen de gezondheidszorg. Ze gaan over de verdeling van het geld en hebben daarnaast met het hoofdlijnen akkoord een regierol gekregen van alle stakeholders over de herinrichting van het zorglandschap. Hier hoort ook de controle op de kwaliteit van de zorg bij.

Efficiënte, rendabele en transparante organisatie van de zorg is belangrijk. Zaken als de planning&control cyclus, managementrapportages, productiecijfers, kostprijzen en prestatie-indicatoren werden afgelopen jaren geïmplementeerd.

Plexus stelt in het onderzoek 'Kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland, mei 2010, naar zorgkosten ontwikkeling' o.a. dat;

- verdere specialisatie van ziekenhuizen zal leiden tot schaalvoordelen en leereffecten en daardoor efficiëntie; al het geld dat je uit het proces haalt, staat synoniem voor verspillingen en dus betere ervaringen voor de patiënt zoals kortere wachttijden;
- procesoptimalisatie voor ziekenhuizen alleen interessant is op basis van financiële druk. De introductie van DBC's heeft geholpen om naar de samenhang van kwaliteit en kosten te kijken. Het effect van het eigen handelen is veel beter te zien.

Gezondheidszorgorganisaties kunnen de regie terug pakken door zich naar waardegedreven organisaties te ontwikkelen. Sturen op de creatie van klantwaarden zal daarom de komende jaren steeds belangrijker worden. Daarmee kunnen de verhoudingen tussen verzekeraar, overheid en gezondheidszorgorganisaties weer in evenwicht worden gebracht.

Creatie van klantwaarden

Op dit moment zitten we midden in een transformatie van de gezondheidszorg, waarbij de waarden voor de klant veel meer centraal moet gaan staan in plaats van de waarden voor aanbieders, verzekeraars en andere partijen (Boer en Croon, 2008). De patiënt wil geen inefficiënt proces en is heel goed in staat om keuzes te maken als we deze keuzes op een volwassen manier voorleggen (Baardman NPCF, 2014). De patiënt van de toekomst verwacht meer klantgerichtheid dan nu het geval is binnen de gezondheidszorg. Veel vaker moeten de klantwaarden centraal komen te staan. Door beter te sturen op de creatie van klantwaarden verbetert de kwaliteit van de zorg, worden innovaties versneld gerealiseerd en wordt de zorg doelmatiger geleverd (Boer en Croon, 2008).

In 'Redefining Health Care' (Porter, 2006) wordt een nieuwe visie uiteengezet over het functioneren van concurrentie in de gezondheidszorg, waarbij iedere partij zich concentreert op het creëren van zoveel mogelijk waarde voor de patiënt, te meten in gezondheidsresultaten per uitgegeven dollar. Het gaat hierbij zowel om de kwaliteit van de zorg, de patiënttevredenheid als het bedrijfseconomisch resultaat.

Waarde of klantwaarde is het sleutelbegrip bij marktwerking en wordt gedefinieerd als "de uitdrukking van de relatie tussen kwaliteit en prijs". Concurrentie gaat over het verschil tussen organisaties op het gebied van geboden klantwaarden. Dit verschil maakt dat afnemers iets te kiezen hebben. Klanten binden door klantwaarden te verhogen is van belang om te overleven als organisatie. Ook de gezondheidszorg heeft hier in toenemende mate mee te maken. Klantwaarden hebben te maken met het begrijpen van de klant, inzicht hebben in de wensen van de klant en deze wensen vertalen naar de producten of in het geval van de zorg naar de dienstverlening. Volgens Poiesz en Caris, (2010) zijn er verschillende fases te onderscheiden in de ziekenhuisorganisaties op het gebied van klantwaarden.

- Charitatieve fase waarin naastenliefde de primaire drijfveer van de sector was.
- De professionele fase waarin de zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen, pedagogen enz.) de organisatie domineerden.
- De bedrijfsmatige fase (huidige fase), waarin bedrijfseconomische aspecten minstens even zwaar worden gewogen als puur zorginhoudelijke aspecten.
- De integrale fase (de enige duurzaam houdbare fase), waarin de zorgorganisatie kostengericht, kwaliteitsbewust en resultaatgericht is.

Porter zegt in zijn boek "Redefining Healthcare" 2006; "ondernemerschap wat zich richt op waardecreatie leidt tot een keten van acties die tot verbeterde zorguitkomsten leiden". Waardegedreven ondernemerschap vraagt om kennis, expertise, innovatie, ondernemerschap en toegang tot kapitaal. Zorgaanbod dat aansluit bij de zorgvraag van de patiënt is de sleutel voor het creëren van waarde (Rapport Boer en Croon, 2008).

De gezondheidszorg is in beweging en wordt steeds meer aangesproken als een "gewoon bedrijf". Dit maakt dat verwachtingen van de klanten hoger worden. De moderne patiënt zoekt steeds vaker zelf naar de beste zorg. Hoe hij/zij deze "beste zorg" definieert en of de patiënt dit goed kan beoordelen is hierbij van ondergeschikt belang. Beleving en uitstraling worden belangrijke parameters. Er komen aanbieders op de gezondheidszorgmarkt die op deze ontwikkeling inspelen. Zelfstandige behandelcentra zoals het Alexander Monro ziekenhuis, wat zich profileert als "Het borstkanker Ziekenhuis van Nederland" of de "Prostaat kliniek" spelen in op de klantwaarden en de klant van de toekomst. Ze focussen op een bepaalde aandoening of behandeling en richten zich naast een hoge kwaliteit van zorg voornamelijk op service voor de patiënt. Ze optimaliseren de service op de punten waarvan bekend is dat het in het ziekenhuis fout gaat. Dat wat de patiënt belangrijk vindt staat voorop. Dit soort organisaties zijn en worden grote concurrenten voor de perifere ziekenhuizen. Deze concurrentie op een goede manier aangaan is een grote uitdaging.

De term "creatie van klantwaarden" wordt in deze thesis gedefinieerd als "Het integrale resultaat van de organisatie". Dit integrale resultaat is opgebouwd uit drie resultaat gebieden, te weten: de kwaliteit van zorg, het bedrijfseconomisch resultaat en de patiënttevredenheid.

Waardegedreven organisaties

Zit de sleutel tot het succes in het creëren van waarden in de gezondheidszorg?

Op dit moment zien we zowel in de profit als in de non profit sector steeds meer organisaties die zich profileren met een waardegedreven visie (De Wulf, 2012). In deze *waardegedreven organisaties* zijn de drie bovengenoemde resultaten binnen het begrip *creatie klantwaarden* van belang voor het totale resultaat van de organisatie (De Wulf, 2012).

Waardegedreven leiders vertrekken vanuit een visie waarin ze niet alleen het bedrijfssucces van de onderneming vooropstellen, maar ook het welzijn van alle stakeholders: medewerkers, klanten, leveranciers, partners, omgeving en samenleving. Ze laten de overtuiging los dat het gemeenschappelijk belang het best gediend is door het ongebreideld najagen van eigenbelang. Dat is het oude denken. 'Wat levert het me op?' maakt plaats voor 'Wat is het beste voor 'the common good'? (De wulf, 2012).

Waardegedreven ondernemen komt tot stand in een veld waar de patiënt kan kiezen tussen verschillende aanbieders, die ieder op hun eigen manier proberen waarde te creëren voor die patiënt. Door deze concurrentie verbetert de kwaliteit en wordt de zorg doelmatiger. Uiteindelijk zal meer waar voor hetzelfde geld worden gerealiseerd. Het "ondernemen" gaat dan om het "initiatief nemen" om de zorg te leveren die "nodig is" versus "opvolgen van wat wordt gevraagd en doen wat je altijd al deed". Waardecreatie is hierbij een onderscheidend aanbod voor de patiënt, in plaats van een uniform aanbod tegen zo laag mogelijke kosten. De directe verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg ligt bij de professionals, ingevuld vanuit de professionele kennis (Boer en Croon, 2008). Het centraal stellen van klantwaarden zou voor professionals een belangrijk onderwerp moeten zijn.

Het bedrijfseconomisch resultaat in relatie tot de zorgprofessional

Voor zorgprofessionals is het "sturen op het bedrijfseconomisch resultaat" van ondergeschikt belang. Professionals staan voor het begrip "kwaliteit van zorg". In de praktijk van alle dag wordt dit gebruikt om efficiëntieslagen tegen te houden. Beide begrippen lijken haaks op elkaar te staan.

Wat er in de gezondheidszorg precies veranderd moet worden om deze omslag te kunnen maken is nog niet duidelijk. Dat dit te maken heeft met de mate en de manier van samenspel tussen managers en professionals is inmiddels een conclusie die gesteld wordt (WRR o.l.v. Prof.dr. W.B.H.J. van de Donk, 2004/154). Van der Grinten en Vos (2004) stellen dat er behoefte is aan een toekomstbestendige zorgprofessional binnen de zorg.

Ze houden een pleidooi voor meer professionele verantwoordelijkheid, waarbij er acceptatie is bij de professional over de maatschappelijke en organisatorische verplichtingen. Meer autonomie en meer verantwoordelijkheid, maar dan wel samen met een wezenlijk andere taakopvatting.

Deze houdt de bereidheid in om de patiënt als volwaardig burger met rechten en plichten te benaderen, het beroep naar de hoogste kwaliteitsmaatstaven en op transparante wijze uit te oefenen, zich op te stellen als teamlid en organisatiegenoot (Lammers, 1993) en tenslotte de bereidheid te tonen om met de overheid en andere stakeholders mee te denken over de toekomst van de sector. Kunneman (1996) spreekt in dit verband over normatieve professionaliteit: een reflexieve verhouding tot het eigen professionele handelen, meer in het bijzonder een reflexieve verhouding tot de interferentie van strategische krachtenvelden en individuele mogelijkheden binnen de eigen professionele activiteit (WRR rapport, o.l.v. Prof.dr. W.B.H.J. van de Donk, 2004/156). Belangrijk voor deze ontwikkelingen zijn een goede relatie tussen management en professionals (WRR rapport, o.l.v. prof dr. W.B.H.J. van de Donk, 2004/155). Wat dit betreft zijn er vele voorbeelden van goede management-professionalcoalities. Een goed samenspel ontstaat als de professionals breder kijken dan hun eigen vakgebied en als het management positie durft te kiezen, de mazen van de wet opzoekt, betrokken is bij het primaire proces en wil innoveren. De totale opdracht van de organisatie komt in dit samenspel tot uiting. Maatschappelijke ondernemingen met een gemeenschapsgerichte oriëntatie hebben veelal een productieve relatie met hun professionals weten te ontwikkelen (WRR rapport, o.l.v. Prof. dr. W.B.H.J. van de donk, 2004/153).

Operationeel management

Woorden als "efficiëntie", "rendement", maar ook "resultaat" zijn nog altijd besmet binnen de gezondheidszorg. Ze worden gekoppeld aan winstgevendheid en horen daardoor per definitie niet bij onze, vanuit solidariteit, opgebouwde gezondheidszorg. Binnen de zorg zijn op het gebied van het bedrijfseconomisch resultaat grote verschillen te zien. Deze verschillen zitten tussen organisaties onderling, maar ook binnen één organisatie. De gezondheidszorg is verkokerd, onder andere door de verschillende geldstromen, maar ook door de cultuur. Op de ene plek wordt focus op het bedrijfseconomisch resultaat in relatie tot kwaliteit van zorg veel sneller, beter en makkelijker opgepakt dan op de andere plek. Wat hierin de invloed van het operationeel management is, is een zoektocht waar ik als clustermanager in een perifeer ziekenhuis afgelopen jaren tegenaan ben gelopen. De operationeel leidinggevende heeft direct contact met de professionals en klanten. Op het operationele niveau zijn deze contacten het meest intensief. De operationeel leider heeft als uitdaging om de wensen van klanten en de dienstverlening centraal te stellen en niet die van de eigen medewerkers. Dat vergt evenwichtskunst, leiderschap en durf.

Een van de hoofdtaken van de operationeel leider is de vertaling van strategie naar de praktijk. Daarnaast heeft het operationeel management door het contact met klanten een rol in het samen met de professionals vertalen van de wens van de klant in klantwaarden voor de operatie. Welke invloed de operationeel leider heeft op het integrale resultaat van de onderneming en wat daarbij de rol van de leiderschapsstijl en/of mogelijk nog belangrijker, de daarbij behorende competenties van het operationeel management is, is de vraagstelling van deze thesis. Wat is het meest van invloed om het juiste samenspel tussen de professionals en het management te bewerkstelligen? Waarom lukt het de ene operationeel leider om professionals mee te krijgen, terwijl de andere operationeel leider met "schijnbaar" dezelfde tools het bij diezelfde professionals niet voor elkaar krijgt!

Perifere ziekenhuizen

Voor het onderzoek in mijn thesis gaat mijn interesse uit naar de invloed van de operationeel leidinggevende op de creatie van klantwaarden in de perifere ziekenhuizen in Nederland.

De perifere ziekenhuizen staan met de huidige ontwikkelingen, waarbij kostenbeheersing en selectieve inkoop op de voorgrond staan, het meest onder druk.

Overleven is met de huidige ontwikkelingen een lastige opgave. Centralisatie en decentralisatie, gedreven vanuit de normen die de wetenschappelijke verenigingen vaststellen, geven richting aan de selectieve inkoop.

Samenwerking zoeken of een eigen koers varen is een keuze die de perifere ziekenhuizen op dit moment moeten maken. Focus in de dienstverlening is belangrijk, maar hoe kan een perifeer ziekenhuis in de toekomst de concurrentie van de zelfstandig behandelcentra (ZBC) aan? De ZBC's zijn door locatie buiten het ziekenhuis en met focus op een klein aantal producten kosten effectiever dan het perifere ziekenhuis. Ziekenhuizen dreigen met de huidige ontwikkelingen, waarin steeds meer zorg buiten het ziekenhuis wordt geleverd, veel leegstand te krijgen. Deze leegstand valt negatief uit in de kostprijzen. Concurrentie op kostprijs is daarom lastig. Creatie van klantwaarden wordt steeds belangrijker en daarom ook de invloed van het management op het behalen van het resultaat hiervan.

1.2 Doelstelling

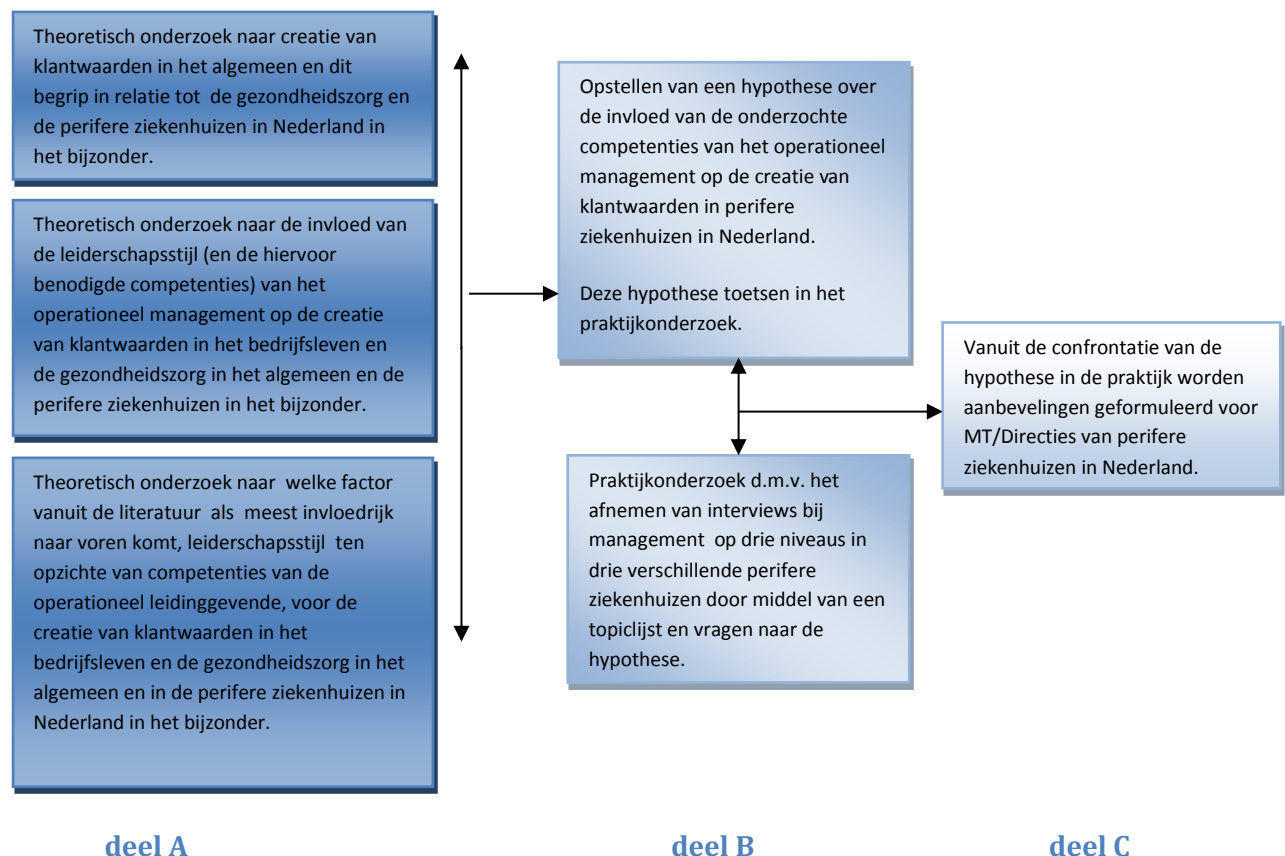
Doelstelling

Onderzoek naar welke factoren het meest van invloed zijn; de leiderschapsstijl en/of de competenties van operationeel leidinggevend; op de creatie van klantwaarden (het bedrijfseconomisch resultaat, de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid en hun onderlinge samenhang) in perifere ziekenhuizen in Nederland.

Vanuit de bevindingen uit zowel literatuur- als praktijkonderzoek ga ik aanbevelingen doen aan het management van perifere ziekenhuizen in Nederland over deze factoren en hun relatie tot de creatie van klantwaarden, teneinde het resultaat hierop in de perifere ziekenhuizen positief te beïnvloeden en de ziekenhuisorganisatie toekomst bestendig te maken.

1.3 Het onderzoek

Schematische weergave van het onderzoeksmodel



1.4 Vraagstelling

De centrale vraag

Welke leiderschapsstijl en/of welke competenties van de operationeel leidinggevenden zijn positief van invloed op de creatie van klantwaarden in een perifere ziekenhuis in Nederland.

De afgeleide onderzoeksvragen

Voor deel A

Het theoretische onderzoek:

1. Naar de betekenis van het begrip creatie van klantwaarden in het algemeen?
2. Naar de betekenis van het begrip creatie van klantwaarden voor de gezondheidszorg in het algemeen en voor perifere ziekenhuizen in het bijzonder?
3. Naar welke leiderschapsstijl en de hiervoor benodigde competenties van operationeel leidinggevenden van invloed zijn op de creatie van klantwaarden in het bedrijfsleven en de gezondheidszorg in het algemeen en de perifere ziekenhuizen in het bijzonder?
4. Naar welke factor, leiderschapsstijl en/of welke competenties van de operationeel leidinggevenden er vanuit de literatuur als meest invloedrijk naar voren komt voor de creatie van klantwaarden van een organisatie in het algemeen, de gezondheidszorg in het algemeen en de perifere ziekenhuizen in het bijzonder.
5. Hypothese(s) opstellen m.b.t. leiderschapsstijl en/of competenties van operationeel leiders en hun invloed op de creatie van klantwaarden in perifere ziekenhuizen in Nederland?

Voor deel B

Het praktijkonderzoek:

1. Wat is de waarde van de geformuleerde hypothesen voor het management van het perifere ziekenhuis in Nederland in de praktijk?

Voor deel C

De confrontatie van de hypothesen geformuleerd uit het theoretisch onderzoek met bevindingen uit het praktijkonderzoek.

1. Welke aanbevelingen zijn op te stellen vanuit de analyse van de confrontatie van het theoretisch onderzoek met het praktijkonderzoek.

1.5 Leeswijzer

Na de beschrijving van de achtergrond van het onderzoek in deze thesis, de doelstelling, het onderzoek en de vraagstelling voor deze thesis volgt in hoofdstuk 2 het theoretisch kader. Paragraaf 1 van hoofdstuk 2 gaat met name over het theoretisch kader met betrekking tot de "creatie van klantwaarden" en "waardegedreven organisaties". Paragraaf 2 van hoofdstuk 2 behandelt achtereenvolgens; "operationeel leiderschap", "leiderschapsstijlen" en "competenties" in relatie tot de "creatie van klantwaarden" en "waardegedreven organisaties". In de 3^e paragraaf worden een aantal hypothesen geformuleerd.

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksopzet ofwel het technisch ontwerp van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van het praktijkonderzoek en in hoofdstuk 5 worden de conclusies, aanbevelingen en nabeschoouwing van het onderzoek in deze thesis beschreven.

Hoofdstuk 2 Het theoretisch kader

2.1 De creatie van klantwaarden

Hoofdstuk 2 bevat de bevindingen uit het literatuuronderzoek ofwel deel A van de deelvragen. In paragraaf 2.1 wordt de uitkomst van het literatuuronderzoek naar de creatie van klantwaarden beschreven. In de eerste twee subparagrafen komt de betekenis van het begrip klantwaarden in het algemeen en de betekenis van de creatie van klantwaarden voor de gezondheidszorg en de perifere ziekenhuizen in het bijzonder aan bod. In subparagraaf 3 en 4 wordt respectievelijk de relatie tussen de creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties en waardegedreven zorgorganisaties beschreven, waarbij specifiek de perifere ziekenhuizen aan bod komen.

In subparagraaf 5 komt de rol van de medewerker en specifiek de zorgprofessional bij de creatie van klantwaarden aan bod.

2.1.1 De betekenis van het begrip klantwaarde in het algemeen

In marketing literatuur neemt het begrip klantwaarde een centrale plaats in (o.a. Gale, 1994: Gale&Buzzell 1989). Klantwaarde is in het oude marketing denken de financiële waarde van de klant voor het bedrijf. Vaak was dit een simpel rekensommetje van het aantal klanten of abonnees maal de verwachte opbrengst per klant. Steeds meer is er aandacht voor Customer Relationship Management (CRM). De klantwaarde veranderde hiermee van de waarde van de klant voor de organisatie naar de waarde van een organisatie voor de klant. De waarde op grond waarvan de klant kiest (Th.B.C. Poesz, mei 2012).

Er zijn verschillende definities van klantwaarden te vinden o.a.;

- de basispropositie van een onderneming naar haar finale klant,
<http://www.encyclo.nl/begrip/Klantwaarden,2014>
- de financiële waarde/het rendement van de klant voor het bedrijf,
<http://www.hetklantenbedrijf.nl/woordenlijst, 2014>
- *de algehele en subjectieve waardering van alle relevante aspecten, die van belang zijn bij de aankoop van een product of dienst, (J.J.A.M. Smeets, 17 maart 2010).*
- *de belangrijkste redenen voor klanten om met een organisatie zaken te doen, de waarden set (kwalificaties) wordt duidelijk vanuit de onderneming naar de klant toe geformuleerd,*
<http://www.encyclo.nl/begrip/Klantwaarden,2014>
- *de essentie van de dienstverlening waar klanten voor kiezen en waar ze voor blijven,*
<http://www.encyclo.nl/begrip/Klantwaarden,2014>

Al deze definities hebben gemeen dat ze de klantwaarden koppelen aan producten of productgebruik, aan klantenperceptie en aan ruilrelaties (Woodruff, 1997), ofwel de kwaliteit van het product, de klanttevredenheid en de financiële vergoeding die daar tegenover staat.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen de waarde voor de klant (customer perceived value) ofwel het klantperspectief en waarde van de klant (customer value) voor de organisatie, ofwel het aanbiedersperspectief (Thomassen, 2003).

Het aanbiedersperspectief

Het aanbiedersperspectief is de waarde van de individuele klant voor de organisatie: de financiële klantwaarde, de waarde die de klant heeft voor de organisatie. Bij profit organisaties is dit uitgedrukt in geld, bij non-profit organisaties kan dit uitgedrukt worden in andere grootheden; klantcontacten uit te drukken in verschillende parameters zoals eerste polibezoeken, telefonische contacten, etc., maar ook in overeenkomsten met ketenpartners, overheid of verzekeraar. Dit perspectief vormt de basis voor customer relationship management, het ontwikkelen en onderhouden van winstgevende relaties met gekozen klanten.

Het aanbiedersperspectief kan op twee manieren worden bepaald (metricsandmore.nl, 2014);

- Omzet per klant, ofwel de totale omzet van een klant voor een bedrijf. Hoeveel verkoop je in totaal aan een bepaalde klant? Hoeveel zet de klant om voor het bedrijf? Deze factor zegt nog niets over wat de klant voor het bedrijf oplevert in geld, wel wat de klant oplevert aan bedrijfsdrukke.
- Rendement per klant, ofwel de netto winst die een klant oplevert voor een bedrijf. Dit gaat veel meer over welke marge een bedrijf voor een bepaalde klant kan rekenen. De uiteindelijke financiële opbrengst van de klant voor het bedrijf.

Het klantperspectief

Het klantperspectief is de gepercipieerde productkwaliteit die de consument ontvangt, de klantbeleving, de toegevoegde waarde van de organisatie voor de klant (Marc van de Perre, Ton Kuijlen, 2010). De monetaire prijs en niet-monetaire offers die de klant voor het product moet brengen. De mate waarin door het aanbod aan de doelstellingen, wensen en behoeften van de klant tegemoet wordt gekomen. De waarde neemt toe als de gepercipieerde kwaliteit stijgt of de prijs daalt. In de literatuur wordt de gepercipieerde (klant)waarde op twee manieren geconcretiseerd (Albert Graf en Peter Maas, 2008);

- De meer productgeoriënteerde invulling, de productkwaliteit is een intrinsieke constante factor. De klantwaarde kan slechts worden beïnvloed door extrinsieke factoren die geen deel uitmaken van het product, zoals de merknaam, de prijs, de reclame, verpakking e.d.
- De relatiegeoriënteerde invulling. Hierbij wordt de gepercipieerde (klant)waarde mede bepaald door de relatie met de aanbieder, de processen en risico's e.d. Naarmate relaties voortduren, zal ervaring van het product of de dienst worden uitgebreid met evaluaties van de voor- en nadelen van de klantrelatie. In de relatiegeoriënteerde benadering beschikt de aanbieder over meer instrumenten om de klantwaarden te beïnvloeden.

Creatie van klantwaarde heeft te maken met de creatie van kwaliteit en de creatie van klanttevredenheid. De klanttevredenheid is daarbij een combinatie van relevante aspecten als prijs, moeite, tijd, energie, kosten, risico's, sociale consequenties en invloeden e.d. die de klant beleeft. Kwaliteit is een subjectieve evaluatie van het aanbod. Dit gaat vooraf aan de uiteindelijke bepaling van de klantwaarde.

2.1.2 De betekenis van het begrip klantwaarden voor de Nederlandse gezondheidszorg en de perifere ziekenhuizen

Gezondheidszorginstellingen benaderen de zorg vanuit een visie. De opgestelde visie is belangrijk voor de manier waarop de instelling de zorg wil benaderen. De zorgvisie moet het uitgangspunt zijn voor het handelen en is bepalend voor de identiteit van de organisatie. Met deze zorgvisie sluit de organisatie aan op de behoeften van de doelgroep. Het is belangrijk om bij het opstellen van de zorgvisie input vanuit de markt mee te nemen. De visie is bepalend in hoe klantwaarden worden gecreëerd. Het is daarmee ook de basis voor de keuzes die de organisatie en zorgverleners binnen de organisatie maken (certificatieindezorg.nl, 2014).

Creatie van waarden in de gezondheidszorg heeft voor een belangrijk deel te maken met de door de patiënt beleefde waarde die wordt gecreëerd door professionals. Medewerkers en leidinggevenden binnen de zorg die de juiste focus hebben en houden en die weten te verbinden kunnen creatie van klantwaarden bewerkstelligen. Een tevreden cliënt ervaart waarde omdat de kwaliteit van leven is toegenomen (Barbara de Greeff, 2010).

Of klanten binnen de gezondheidszorg 'kwaliteit' ervaren staat veelal los van de vraag of de klant de beste zorg ontvangt. In de meeste gevallen kan de klant de medische inhoud namelijk lastig beoordelen. Andere factoren zijn mede bepalend bij de ervaring van kwaliteit. Als je de factoren die hier van invloed op zijn samen met de inhoudelijke kwaliteit van zorg goed beheerst, ervaart de klant kwaliteit. Deze factoren en hun onderlinge wisselwerking, zijn door de instelling "Certificering in de zorg" ondergebracht in de formule voor klantwaarde.



Figuur 1: De formule van de instelling "Certificering in de zorg", de factoren die van invloed zijn op de klantwaarde en hun onderlinge wisselwerking, 2014.

Naast de waarde voor de patiënt is ook de waarde voor de medewerker, organisatie en maatschappij van belang (Barbara de Greeff, 2010). Het gaat hierbij om kwaliteit van leven voor de patiënt, de arbeidsvreugde voor de professional, het bedrijfseconomisch resultaat voor de onderneming, en het totaal van deze waarden voor de maatschappij.

Vanwege de huidige ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg is voor een perifere ziekenhuis "keuzes maken" van essentieel belang voor de bedrijfscontinuïteit. Op dit moment ligt de focus van de meeste perifere ziekenhuizen vooral op kostenbeheersing (het bedrijfseconomisch resultaat) en veel minder op de creatie van waarde voor de patiënt, medewerker en maatschappij. Dit is niet alleen het perifere ziekenhuis aan te rekenen. Door het ontbreken van volledig inzicht in kwaliteit, kostprijzen en reële ontwikkeling van de vraag resteert kostenreductie. Dit gebeurt op macroniveau (bij de overheid), binnen instellingen en bij zorgverzekeraars. Zo komen de onderhandelingen tussen verzekeraar en aanbieder veelal uit op onderhandelingen over relatieve kostenstijgingen ten opzichte van voorgaande jaren (Boer en Croon 2008). Het gebrek aan inzicht in kwaliteit en andere vormen van toegevoegde waarde voor de verzekerde beïnvloedt niet alleen de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en aanbieder, maar ook de verkooprelatie van de zorgverzekeraar met de klant. De zorgverzekeraar kan de kwaliteit van de zorginkoop nog steeds niet goed transparant maken. Hierdoor wordt de zorgverzekering een inhoudelijk homogeen product. Alleen de prijs is nog onderscheidend (Boer en Croon 2008). Verzekeraars zijn, om dit probleem aan te pakken, steeds meer op weg naar onderscheidende polissen.

De concurrentie tussen perifere ziekenhuizen is op dit moment voornamelijk lokaal georiënteerd. Het adherentie gebied is voor een perifere ziekenhuis van belang. Dit sluit aan bij de beleving van de oudere conservatieve patiënt: deze wil de zorg graag zo dichtbij mogelijk houden. Het ziekenhuis in het dorp of de stad 10 kilometer verderop is in zijn/haar beleving te ver weg. Het begrip adherentie zal over enkele jaren veel minder belangrijk zijn, omdat zorg gehaald zal gaan worden daar waar de verzekeraar de selectieve inkoop heeft afgesloten. Door de start met selectieve inkoop wordt de concurrentie steeds meer regionaal. Deze ontwikkeling sluit niet aan bij de zojuist genoemde oudere conservatieve patiënt. De jongere patiënt echter maakt het niet uit waar hij/zij zijn ziekenhuiszorg gaat halen. De jongeren van nu en de toekomst denken veel vaker buiten de grenzen van de eigen leefomgeving. Ze gaan elders in het land studeren en willen in het buitenland stage lopen (Piet Hein Buiting, college mhba 2013). Natuurlijk is dit voor acute c.q. spoedeisende zorg anders dan voor de electieve en chronische zorg.

Het creëren van klantwaarden wordt daarmee veel belangrijker dan nu het geval is. De moderne zorgconsument kiest in de toekomst voor de organisatie waar hij/zij zich het best bij thuis voelt en waar in zijn/haar ogen de beste zorg wordt geleverd. Voor perifere ziekenhuizen wordt het van belang om zich te gaan onderscheiden op de servicegerichte klantwaarden. Deze liggen op het gebied van de beleving. Electieve basiszorg is de zorg die geleverd wordt in perifere ziekenhuizen en ZBC's. Op de medische inhoud van deze zorg is weinig te onderscheiden. De kwaliteit moet goed zijn, maar met name de aanvullende klantwaarden worden belangrijker bij de keuze van de patiënt.

2.1.3 De relatie tussen creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties

Naast de focus op klantwaarden wordt steeds vaker zowel in de profit als in de non-profit sector gesproken over waardegedreven organisaties. Een waardegedreven organisatie laat zijn waarde leidend zijn in de totale bedrijfsorganisatie. De waarden spelen een rol bij alles wat er gebeurt en bij elke beslissing die genomen wordt in de organisatie. In deze organisaties behoren alle ontwikkelingen te leiden tot een verhoging van de klantenwaarden. Daarmee verhoogt het bedrijf zijn onderscheidend vermogen in de markt. De gehanteerde waarden zijn geen marketinginstrument op zichzelf. De waarden zijn helpend bij het uittekenen en realiseren van de koers op korte en lange termijn. Het centrale doel hierbij is het genereren van klantwaarden. Door het neerzetten van kernwaarden worden verwachtingen bij klanten en stakeholders gecreëerd. In het oude denken benaderden we de onderneming als een organisatie, waarin mensen en productiemiddelen ingezet worden met het doel om omzet en winst te maximaliseren. Nieuw is de brede waardegedreven organisatie waarin vier parameters belangrijk zijn:

- Fysiek welzijn: het financieel succes. Indicatoren om dit te meten zijn; winst, kasstroom en rendement op geïnvesteerd vermogen. Belangrijke waarden hierbij zijn; zekerheid, financiële gezondheid, veiligheid en marktpositie.
- Emotioneel welzijn: deze parameter heeft betrekking op de kwaliteit van de relaties onderling. Loyaliteit, erkenning, trots en verbondenheid zijn daarbij belangrijke waarden.
- Mentaal welzijn: de geestelijke conditie van het bedrijf. Een belangrijke conditie voor groei. Waarden hierbij zijn kwaliteit, continu verbeteren, leren, participatie en innovatie.
- Spiritueel welzijn: de interne en externe verbondenheid. Belangrijke waarden zijn; interne samenhang, kwaliteit van samenwerking, allianties met externe partners, betrokkenheid bij de samenleving, maatschappelijke verantwoording, zorg voor de planeet en verantwoordelijkheid ten opzichte van toekomstige generaties.

Deze brede waardeoriëntatie zien we terug in een door waarden gestuurde cultuur. Medewerkers delen hier een bepaalde identiteit, onderschrijven dezelfde waarden en werken samen voor een gemeenschappelijk belang. De organisatie hanteert een ethisch perspectief, ofwel houdt voortdurend rekening met de effecten van haar handelen op het welzijn van alle betrokkenen, inclusief het grote geheel. Redenen voor bedrijven om zich waardegedreven te profileren zijn; het beperken van de risico's die te maken hebben met maatschappelijke druk om op een verantwoorde wijze goederen en diensten te produceren; het verhogen van de cultuur die het engagement van medewerkers en daarmee de klanttevredenheid drijft; omdat het goed is, waarden geven normen aan die dierbaar zijn voor de ondernemers; of gewoon omdat het moet vanwege overheidsmaatregelen.

Belangrijk is dat de waarden in de genen van het bedrijf gaan zitten. Dat alle medewerkers van hoog tot laag zich naar deze waarden gaan gedragen. Waarde management betekent kiezen. De geloofwaardigheid van een bedrijf wordt gevormd op deze keuzemomenten. Onder hoge druk worden waarden getest. Waardegedreven ondernemingen zijn zich niet alleen bewust van hun waarden, ze laten de waarden meespelen in alle besluiten die genomen worden. Waarden zijn geen marketinginstrument. Ze vormen belangrijke wegwijzers bij het uittekenen en realiseren van de koers op korte en lange termijn. Waarden levend houden is een ingrijpend proces dat nooit stopt. Bepaalde fases in de levensloop van een onderneming kunnen een aanleiding vormen om de organisatiewaarden opnieuw scherp te stellen of te herdefiniëren (Rik de Wulf, 2012).

2.1.4 De relatie tussen creatie van klantwaarden, waardegedreven zorgorganisaties en specifiek de perifere ziekenhuizen

Ook in zorgorganisaties wordt steeds meer belang gehecht aan waardegedrevenheid. De Amerikaanse hoogleraar bedrijfskunde Michael Porter heeft in 2006 al aangegeven in zijn boek 'Redefining Health Care' dat klantwaarde het uitgangspunt moest worden voor een betere gezondheidszorg.

Porter (2006) heeft daarin zijn gedachtegoed over strategie en concurrentie toegepast op de organisatie van de zorg. Hij zet in dit boek een nieuwe visie over gezondheidszorg en concurrentie in de zorg uiteen. Hij start zijn betoog met een diepgaande analyse van de falende competitie binnen de gezondheidszorg in de VS. Hij introduceert hiervoor de term 'zero sum competition'; concurrentie die geen waarde toevoegt aan het systeem; waar risico's en kosten van partij naar partij worden afgeschoven; waar concurrentie gericht is op het vergroten van onderhandelingsmacht; op het vasthouden van cliënten; het limiteren van hun keuzes en gericht op het verminderen van het aantal diensten om de winst te verhogen en de kosten laag te houden.

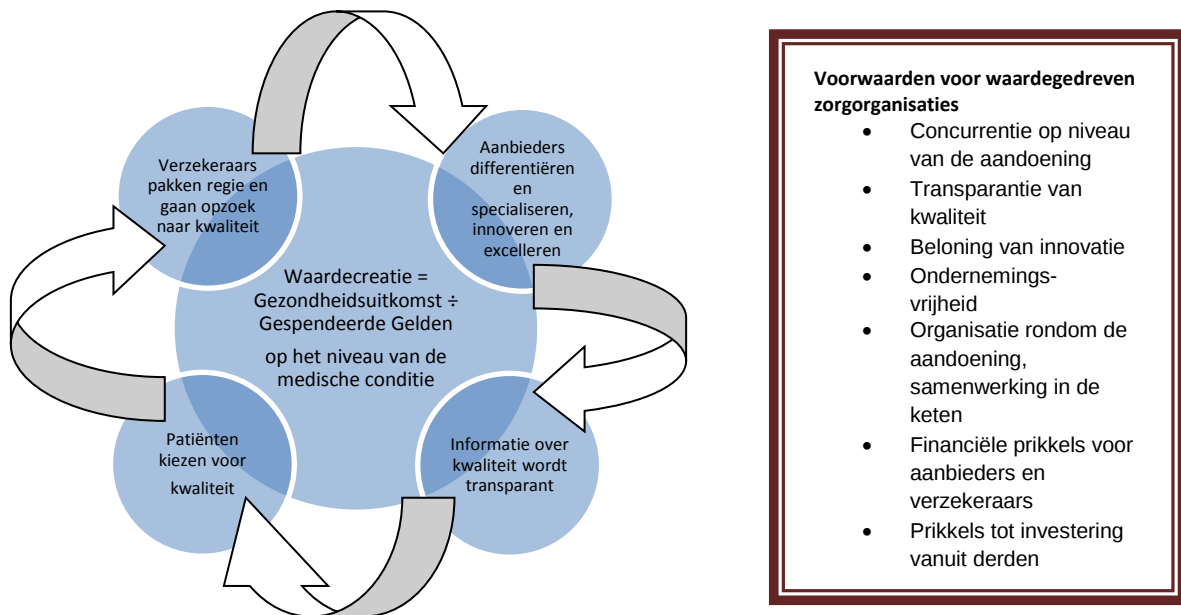
Porter formuleert hierop een antwoord, waarin hij schetst hoe 'zero sum competition' gekeerd kan worden naar 'positive sum competition' door de aard van de concurrentie te veranderen: de zogenaamde waardegedreven concurrentie. Porter (2006) laat daarin zien hoe concurrentie de zorg kan verbeteren, als deze gericht is op het creëren van waarde. De waardegedreven concurrentie fungeert daarbij als de sleutel tot kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Porter's uitgangspunt is dat waardegedreven ondernemen tot stand komt als alle partijen zich hierop richten. De kern van zijn boodschap is dat niet de aanbieders, de verzekeraars of andere partijen centraal moeten staan, maar de waarde voor de klant. Het systeem moet gaan draaien om de gezondheidszorg van de patiënt. Alle diensten die daarmee te maken hebben moeten gaan samenwerken om de klantwaarde te vergroten. Dit geeft een nieuw perspectief op de inrichting van de zorg in Nederland (Boer en Croon 2008).

Porter formuleert waarde als "de gerealiseerde (gezondheids-)uitkomst per gespendeerde Euro". De waardemix verschilt per aandoening en per soort patiënt. Factoren die de uitkomst beïnvloeden zijn met name kwaliteit van het medisch handelen, samenhang en coördinatie in de (multidisciplinaire) behandeling, toegankelijkheid en snelheid van de zorg, bejegening, aandacht en service. Het zwaartepunt voor het realiseren van een betere (gezondheids-)uitkomst hangt af van de aard van de zorgvraag en het type patiënt. Zo is snelheid belangrijker voor de uitkomst voor een patiënt die spoedzorg nodig heeft, is beschikbaarheid van zeldzame kennis noodzakelijk voor een goede uitkomst bij de behandeling van een complexe, weinig voorkomende, zorgvraag en hecht een patiënt met een chronische zorgvraag mogelijk juist meer aan nabijheid en vertrouwen in de relatie met de zorgverlener (Boer en Croon 2008).

Focus op het niveau van de aandoening betekent dat de zorg wordt gericht op de totale keten van een specifieke zorgvraag. Het totale proces van de zorgvraag, van preventie, behandeling en zorg tot en met de nazorg. Waarde wordt toegevoegd daar waar de uitkomst van de zorg voor een patiënt met een bepaalde aandoening wordt geoptimaliseerd vanuit zijn perspectief van waarde. Zo wordt het mogelijk te specialiseren en te differentiëren, specifieke kennis en ervaring op te doen en dit te bundelen. Op deze manier kan betere zorg worden gerealiseerd. Focus op de zorgvraag betekent het ontwikkelen van samenhangende zorgproducten over de grenzen van bestaande organisatorische eenheden heen, het realiseren van best practices en innoveren.

Zowel de gezondheidsuitkomst als de gespendeerde gelden bepalen de waarde, dit betekent focus op zowel kwaliteit van de uitkomst als efficiëntie. Focus louter gericht op kosten resulteert in uitholling van de zorg. Focus louter gericht op kwaliteit van de uitkomst zonder deze af te zetten tegen de inzet van middelen kan gepaard gaan met verspilling. Porter stelt dat beheersbare kosten en het creëren van waarde in elkaars verlengde liggen, betere kwaliteit en grotere efficiëntie zijn complementair.

Volgens Porter (2006) is het Nederlandse verzekeringsstelsel goed geregeld, maar moeten we opletten dat verzekeraars niet te veel op kosten gaan concurreren en daarbij kwaliteit uit het oog verliezen. Instellingen en ook de maatschappen in het ziekenhuis op hun beurt streven te weinig naar de creatie van waarde voor de patiënten. Ze zijn met name op zoek naar opbrengsten. Hierdoor wordt met kosten geschoven en dit komt de dienstverlening en met name de creatie van waarde voor de patiënt, niet altijd ten goede (Boer en Croon 2008).



Figuur 2: een waardegedreven onderneming verbetert de zorg. Model naar Porter (Boer en Croon 2008).

Het tot stand brengen van waardegedreven ondernemen in de ziekenhuizen vraagt om een paradigmaverschuiving in het denken over de zorg. Vanuit het bestaande denken wordt ondernemerschap niet gestimuleerd. Waarde voor de patiënt is volgens Porter (2006) gediend met meer ondernemerschap. Ondernemen behoeft vrijheden en ruimte om veranderingen in te zetten. De introductie van ondernemerschap in de sector betekent meer ruimte geven aan het veld, zodat zij werkelijk hun verantwoordelijkheid kunnen nemen (Boer en Croon 2008).

Bij het ziekenhuis als aanbieder ligt nu de uitdaging om de rol op te pakken van ondernemer die streeft naar het creëren van waarde voor de patiënt. Dit betekent nadrukkelijk keuzes maken in het zorgaanbod, kiezen voor het bedienen van specifieke patiëntengroepen en hier alle focus naar toe laten gaan. Een organisatie heeft de keuze uit drie strategieën, die elk neerkomen op maximaliseren van de klantwaarde. Dit zijn:

1. Concurrenieren op de kostprijs, de prijs van het product wordt hierdoor lager voor de klant.
2. Concurrenieren op differentiatie in de producten of de service. Een compleet aanbod.
3. Concurrenieren op het product. Focus op een product maakt het product excellent.

Daarbij moet doelmatigheid gerealiseerd worden, omdat de klant nooit meer wil betalen dan nodig is en een waarde koppelt aan het product. Belangrijk wordt het meten en sturen op het resultaat van de zorg die geboden wordt, het realiseren van samenhang in de keten met andere aanbieders en het vormen van coalities. Transparant ondernemerschap rond specifieke product-/marktcombinaties stimuleert waardecreatie en levert werkelijk keuze voor de klant (Boer en Croon, 2008).

De waarde wordt gecreëerd op het niveau van de aandoening door (multidisciplinair) samenwerkende zorgverleners in de zorgketen of netwerk. Waardecreatie is de gezondheidsuitkomst gedeeld door de gespendeerde gelden op het niveau van de medische conditie. De waardecreatie krijgt vorm op het niveau van de medische aandoening (zie figuur 2).

Zorgverzekeraars hebben ook een belangrijke rol in het tot stand komen van waardegedreven ondernemen. Zowel tussen de verzekeraar en de aanbiederrelatie, als tussen de verzekeraar en de klantrelatie heeft de verzekeraar mogelijkheden waardecreatie en ondernemerschap te stimuleren. Als de waarde wordt gerealiseerd op het niveau van de aandoening betekent dit ook dat de professionele zorginkoop op dat niveau moet plaatsvinden.

Zorgverzekeraars moeten nadrukkelijk gaan sturen op de inhoud van de zorg en het loskrijgen van de hiervoor benodigde kwaliteitsinformatie. Deze informatie is immers het aangrijpingspunt om ten behoeve van de klant de inkooprelatie te beïnvloeden en de zorginkoop transparant te maken. Vervolgens kan de verzekeraar hier selectief op inkopen. Excellentie en waardegedreven innovaties moeten beloond worden en de keuze voor excellente aanbieders gestimuleerd (Boer en Croon 2008).

De patiënt maakt uiteindelijk de keuze. In het huidige stelsel zijn de rechten van de burger goed vastgelegd: recht op toegang tot de zorg, recht op goede/passende zorg, keuzevrijheid en recht op informatie. Hier staat tegenover de rol die de burger krijgt toegedicht in het uitoefenen van invloed op de dynamiek van waardegedreven concurrentie. Zo kan de burger actief participeren in het managen van de eigen gezondheid. De burger kan zich (laten) informeren en adviseren om de keuze voor de beste zorg te maken. Om de beste kwaliteit van zorg af te dwingen moet de burger zijn keuze baseren op wat voor hem het meest waardevol is (Boer en Croon 2008).

Zodra er meer partijen in de gezondheidszorg de stap maken naar waardegedreven ondernemen zal verandering worden afgedwongen. Voorbeeld hiervan zijn de zelfstandig behandelcentra die meer waarde creëren voor de patiënt. Een ZBC is de grote concurrent van het perifere ziekenhuis. Het niet bewegen van partijen wordt in een veld waarin keuze is ontstaan uiteindelijk door klanten afgestraft. Perifere ziekenhuizen moeten zich meer waardegedreven gaan oriënteren. De Nederlandse zorgconsument heeft van oudsher meer vertrouwen in de zorg die de ziekenhuizen leveren ten opzichte van de zorg die zelfstandig behandelcentra leveren (www.zbc.nl 2014).

2.1.5 De creatie van klantwaarden en de rol van de medewerker, met name de zorgprofessional

Welke rol heeft de zorgprofessional in de creatie van klantwaarden bij de patiënt?

‘Service Profit Chain’ staat voor een management filosofie, waarin het managen van de toegevoegde waarde voor klanten centraal staat.

In het artikel "putting the service profit chain to work" (Heskett et al., 1994) wordt beschreven dat er een direct verband bestaat tussen medewerkertevredenheid, medewerkerloyaliteit, klantloyaliteit en de financiële prestatie van een organisatie. De waarde van loyale klanten is groot, vooral wanneer niet alleen de herhaalaankopen van trouwe klanten in ogenschouw worden genomen, maar ook de effecten van mond-tot-mond reclame, wat nieuwe klanten oplevert.

Uit onderzoek blijkt dat klanten vooral loyaal zijn als ze tevreden zijn, wat ze vooral zijn als ze juist behandeld worden door de medewerker(s). Tevreden medewerkers die goed weten wat van hen verwacht wordt kunnen klanten daadwerkelijk tevreden stellen. Klanttevredenheid is afhankelijk van betrouwbaarheid, maar ook het snel en effectief afhandelen van „bijzondere“ gevallen (Van Assen, mei 2011).

Als we het ‘service profit chain’ model vertalen naar de zorg dan is het van belang dat professionals de juiste service leveren aan de patiënt. Klanttevredenheid leidt tot klantwaarde als de organisatie weet wat de werkelijke behoeften zijn van klanten en daarop te sturen en alles wat geen waarde toevoegt aan te pakken. Door het kort cyclisch meten van klanttevredenheid kun je in de organisatie sneller verbeterthema's oppakken.

Een hogere medewerkertevredenheid zorgt ervoor dat medewerkers meer waarde leveren aan de klanten. Een hoge medewerkertevredenheid in de zorg leidt tot minder verzuim, minder verloop, een grotere aantrekkingskracht op nieuwe medewerkers en meer aandacht voor efficiëntere zorgprocessen. En natuurlijk resulteert een hoge medewerkertevredenheid van zorgprofessionals in een hogere klanttevredenheid. Tevreden zorgprofessionals die ruimte krijgen om vrijheid en verantwoordelijkheid te combineren, oefenen het vak optimaal uit en spelen beter in op de werkelijke behoeften van de klant. Klanttevredenheid levert op haar beurt tevredenheid van medewerkers op.

De intrinsieke motivatie en het werkplezier van zorgprofessionals groeit naarmate de waardering van patiënten groeit. Klanttevredenheid heeft hierdoor effect op de financiële waarde van een zorginstelling (Barbara de Greef, november 2010).

Kortom, zowel medewerkertevredenheid als klantwaarden verhogen de financiële waarde. Deze financiële waarde wordt geherinvesteerd in medewerkers. Zo ontstaat een zichzelf versterkende cyclus van succes die antwoord biedt op de hedendaagse uitdagingen in de gezondheidszorg (Barbara de Greeff, 2010).

Een integrale benadering van de creatie van klantwaarden is voor professionals belangrijk. Zowel de kwaliteit van de zorg als de klanttevredenheid is onderdeel van dit resultaat. Daarbij is een goed samenspel tussen management en professionals belangrijk. Dit stelt eisen aan beiden.

Van der Grinten en Vos (2004) stellen (zie hiervoor ook hoofdstuk 1, pag.10 en 11) dat het nodig is te spreken over de 'zorgprofessional van de toekomst'. Meer autonomie en meer verantwoordelijkheid kunnen alleen samengaan met een wezenlijk andere taakopvatting. Kunneman (1996) spreekt in dit verband van de "normatieve professionaliteit", waarbij een reflexieve verhouding tot het eigen professionele handelen belangrijk is. Managers moeten in deze samenwerking, positie durven te kiezen, betrokken zijn bij het primaire proces en willen innoveren (WRR rapport, o.l.v. Prof.dr.W.B.H.J. van de Donk, 2004/155 e.v.). Als beide zich hiervan bewust zijn leidt dit tot een goed samenspel, waarin waarde voor zowel de patiënt als de organisatie en de medewerker gecreëerd kunnen worden.

2.2 Operationeel leiderschap, leiderschapsstijlen en competenties van operationeel leidinggevend in relatie tot de creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties

In paragraaf 2.2 worden de bevindingen uit het literatuuronderzoek naar de invloed van de leiderschapsstijl en/of de competenties van de operationeel leidinggevend op de creatie van klantwaarden beschreven, zowel in het algemeen als in de gezondheidszorg en de perifere ziekenhuizen. De paragraaf start met bevindingen uit de literatuur over de operationeel leidinggevende. Vervolgens komt de invloed van de operationeel leidinggevende op de creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties aan bod. In de derde subparagraaf beschrijf ik een aantal leiderschapsstijlen met daarbij behorende kenmerken. Vervolgens beschrijf ik welke leiderschapsstijl en/of competenties van belang zijn voor de creatie van klantwaarden.

2.2.1 Operationeel leiderschap

Operationeel management wordt op Wikipedia omschreven als;

"het management dat net boven het uitvoerend personeel staat en hieruit ook meestal geworven is. Het operationeel management begeleidt en stuurt het primaire proces aan. Ze houden zich bezig met het individu, de individuele medewerkers en de kwaliteit van de dienstverlening" (Wikipedia, 2014).

De operationeel leidinggevende is verantwoordelijk voor de directe, dagelijkse aansturing van het primaire proces van een organisatie, de "core business". Kennis van het operationele proces en leiderschapscompetenties zijn daarbij van belang. Zeker in de huidige tijd waarin *aandacht voor de kwaliteit van het product en productiviteitsverbeteringen groot is* (Freek Hermkens, 2014).

Operationele zaken worden binnen bedrijven vaak niet als interessant genoeg gezien: ze zijn niet "sexy". Als gevolg hiervan hebben weinig Nederlandse topmanagers hands-on operationele ervaring. Via staffuncties zijn managers doorgestroomd naar een hogere leidinggevende functie. Hierdoor ontbreekt het in menig managementteam aan gevoel voor en affiniteit met de uitvoering. Gevolg is dat de werkvloer niet de managementaandacht krijgt die nodig is om de productiviteit blijvend te verhogen en de kwaliteit van het product te verbeteren (Freek Hermkens, 2010).

Hermens vindt het belangrijk dat de operationeel leidinggevende inzicht heeft in de processen van de afdeling waar hij/zij verantwoordelijk voor is. De operationeel leider bewaakt zijn processen en de zaken die daarbij horen, zoals voorraden. Managementinformatie moet beschikbaar zijn, zodat de leidinggevende hierop kan sturen. Daarnaast is de operationeel leidinggevende zichtbaar op de werkvloer, loopt dagelijks langs zijn afdeling(en) en zoekt de afstemming tussen het operationele proces en de klant. Belangrijke competenties zijn volgens Hermens betrokken bij en geïnteresseerd zijn in de medewerkers, proactief en goed in delegeren van verantwoordelijkheden (zie figuur 3).



Figuur 3: De belangrijke competenties van een operationeel leider voor succes van de onderneming, volgens Freek Hermkens (2010).

Vanuit de theorie worden veel verschillende competenties van operationeel leidinggevenden belangrijk gevonden. Hermsen heeft het over *'Duidelijk en voorspelbaar zijn; kunnen delegeren; controleren; coachen; communiceren en complimenteren'*. Maister, (mei, 2001) heeft het over zakelijke (organisatieontwikkeling of financieel management) en menselijke (verbinden, enthousiasmeren en motiveren) vaardigheden, waarbij ondernemingen op dit moment de neiging hebben om de zakelijke vaardigheden te laten profileren boven de menselijke.

Maister, (mei, 2001) pleit daarbij voor meer nadruk op de menselijke vaardigheden bij de aanname van de operationeel leidinggevenden, omdat hij het vermogen om anderen te kunnen enthousiasmeren één van de belangrijkste vaardigheden van de operationeel leidinggevende vindt.

De vele benodigde competenties laten zien dat het operationeel management een breed vak is. De operationeel leidinggevende moet een schaap met 5 poten zijn. Organisaties dienen te beseffen dat strenge eisen moeten worden gesteld aan operationeel managers. Doe je dit niet dan zul je nooit het optimale resultaat halen uit je operatie (Freek Hermkens, 2014).

Een interessante onderzoeksuitkomst in het onderzoek van Jaap Boonstra naar succesvol leiderschap bij cultuurveranderingen (2010), zegt dat leiderschap in cultuurverandering niet is voorbehouden aan de top. Ook wordt in dit onderzoek het belang van bekwaam operationeel leiderschap genoemd.

In de beschreven cases geeft hij voorbeelden van cultuurveranderingen, die worden gedragen door managers op lagere niveaus, professionals of werknemers die vinden dat zaken verkeerd gaan.

Mensen die het anders willen, ambities uitspreken en hun nek uitsteken. Juist het samenspel tussen deze spelers blijkt een van de succesfactoren voor cultuurverandering.

Management en leiderschap

Er zit een verschil tussen managers en leiders. Managers zijn niet per definitie leiders en leiders zijn niet direct managers. Management heeft betrekking op organisaties; leiderschap heeft veel meer te maken met de omgang met mensen. Voor management is bedrijfskundige kennis nodig, met daarnaast vaardigheid om deze inzichten te gebruiken om praktische bedrijfsproblemen op te lossen. Bij leiderschap gaat het met name om het scala inter-persoonlijke en communicatieve vaardigheden zoals visie, binden, verbinden, motiveren en enthousiasmeren, die nodig zijn om leiding te geven aan de processen van mensen en teams op de werkvloer. Dit heeft veel meer te maken met het motiveren van mensen, het meekrijgen van medewerkers in veranderingen en prestaties weten te bevorderen. Het leiden van mensen is een uitdagend en moeilijk deel van het werk van managers. Welke van deze twee hoofdtaken van het management het belangrijkste is, is lastig te zeggen.

2.2.2 Operationeel leiderschap, de creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties

De creatie van klantwaarden en het neerzetten van een vanuit waarde gedreven organisatie vraagt om goede operationele sturing en verbindend leiderschap. Aan de ene kant moet het huis op orde gehouden worden en aan de andere kant moet de leidinggevende gericht zijn op het in gezamenlijkheid verbeteren van de prestaties. Beide zijn steeds belangrijker. Er wordt van zorgorganisaties steeds meer verwacht dat er hoogwaardige zorg geleverd wordt tegen acceptabele kosten. De organisatie "Samhoud" noemt in dit verband het model "Verbindend leiderschap & operationele besturing". Dit model is gebaseerd op het 'Integrated leadership model' van Thomas DeLong, ontwikkeld op Harvard (Barbara de Greeff, 2014). Veel medewerkers binnen de zorg zijn niet gedreven door cijfers maar juist door het leveren van goede zorg. In dit leiderschapsmodel wordt de medewerker betrokken door mee te denken en te werken aan verbeteringen. Van kosten besparen wordt niemand enthousiast, voor waarde creëren daarentegen wel. Sturen op kwaliteit en kosten wordt hiermee verbonden. In dit leiderschapsmodel volgen succesvolle leiders vijf principes die elkaar onderling beïnvloeden en versterken. De vijf principes zijn;

- Persoonlijk voorbeeld; een voorbeeldrol in het uitdragen van de visie en de daarbij horende cultuur.
- Koers bepalen; het creëren en doorvertalen van een visie (kernboodschap) en een strategie.
- Mensen verbinden; de verbindende rol van de leider binnen de organisatie en het team.

- Zorgdragen voor de uitvoering; de inspirerende en disciplinerende rol van de leider.
- Werken aan een betere toekomst; de maatschappelijke rol van de leider (Barbara de Greeff&samhoud.nl/2010).

Bovengenoemd model focust zich op het creëren van waarde voor klanten, medewerkers en de financiën. Het visueel maken van de resultaten en het periodiek bespreken spelen een belangrijke rol om het huis op orde te krijgen en te verbeteren. Hoe je hier als leider mee omgaat, bepaalt het uiteindelijke succes. Ziekteverzuim daalt, medewerkertevredenheid stijgt, klantwaarde en daarmee klanttevredenheid stijgt. Met deze resultaten stijgt vanzelfsprekend ook het bedrijfseconomisch resultaat. De rol van de leidinggevende is in het creëren van waarden driedig (&samhoud.nl, 2014):

1. *Het ondersteunen* van professionals bij het managen van de voor hen noodzakelijke relaties. Door de juiste mensen met elkaar te *verbinden*.
2. *Het afschermen* van professionals van niet-noodzakelijke activiteiten, zodat ze primair waarde kunnen creëren voor de cliënt.
3. *De focus van leidinggeven* op de doelstellingen en de strategie van de organisatie.

Paul Stevens (2012) zegt in een onderzoek hierover het volgende: "Je kunt wel op financiële waarden sturen, maar die waarden ontstaan alleen als er klantwaarden en medewerkerwaarden zijn. Daarom moeten managers zorgen dat hun medewerkers die waarde ervaren". Om een cultuur van verandering te bereiken, is inzet van passie voor de zorg, voor de organisatie en voor de patiënt nodig. Deze verandering is te bereiken als de *waarden* van de organisatie ook de *waarden* van het personeel worden.

In het benchmark rapport "Transitie naar toekomstbestendige zorg" van Actiz (2010) staan aanwijzingen die erop duiden dat de leiderschapskwaliteiten in de gezondheidszorg verbeterd kunnen worden. Met name bij het neerzetten van een verbeterklimaat met een gedragen visie en ambitie en het borgen van de veranderingen. Blijkbaar zijn leidinggeven in de zorg goed in staat om te voorzien wat er moet veranderen en kunnen ze dat ook overtuigend brengen. Het lukt ze echter niet om veranderingen adequaat te implementeren en medewerkers mee te nemen in dit proces. Koers bepalen, verbinden en zorg dragen voor de uitvoering zijn daarbij, volgens de schrijvers in dit rapport, belangrijke kwaliteiten waar een leider over moet beschikken. Ook wordt genoemd dat het voorbeeld geven als operationeel leider hierbij essentieel is. Medewerkers die moeite hebben met veranderen ervaren weinig inspirerend en stimulerend leiderschap. Borging van veranderingen is beter geregeld als er voldoende operationeel leidinggeven in de organisatie zijn om de medewerkers hierin te ondersteunen, concludeert het rapport.

In dezelfde benchmark blijkt tevens dat medewerkers die vinden dat ze zelfstandig kunnen werken, ook vinden dat ze meer aandacht kunnen geven aan de cliënt. Daarmee wordt het verband tussen zelfstandig werken en creatie van klantwaarde geïllustreerd. Ook hier wordt genoemd dat het voorbeeldgedrag van de leider belangrijk is.

Voorbeeldgedrag is voor alle managementlagen van de organisatie belangrijk voor het behalen van prestaties. Vanuit alle managementlagen moet worden uitgedragen wat er gedaan wordt om de organisatie in goede banen te leiden. Daarbij zijn "het interesse tonen in wat er leeft bij medewerkers" en "het continu uitdragen waar de organisatie voor staat" twee belangrijke zaken. De visie moet transparant zijn naar de medewerkers, zodat ze weten waar ze voor werken. De medewerker anno nu heeft steeds meer behoefte aan deze transparantie. Dit zou voor het hele management een leuk en stimulerend onderdeel van het werk moeten zijn (Guido Heezen, maart 2013).

2.2.3. Verschillende leiderschapsstijlen en bijbehorende competenties

"Leiderschap is het vermogen van iemand om anderen te beïnvloeden, te motiveren en in staat te stellen om bij te dragen aan de effectiviteit en het succes van de organisatie" (House et al, 1999, uit Kilic, 2011).

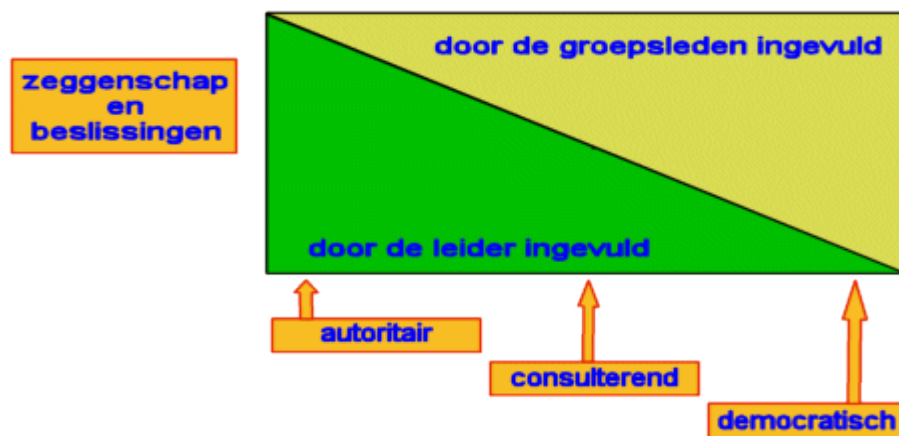
De wijze waarop de operationeel leidinggevende dat doet, kan omschreven worden als de leiderschapsstijl. Dit uit zich in wat de leidinggevende doet, hoe het gedaan wordt, dus welk gedrag de leidinggevende vertoont. Iedere leidinggevende heeft een eigen stijl van leidinggeven. Daarnaast zijn er verschillen in motivatie en competentie bij leidinggevendenden. Daarbij speelt mee dat het ene soort werk het andere niet is. De risico's en de feedback die leiders krijgen kunnen verschillen, evenals de producten en de levensfase van een organisatie. Dit zijn allemaal dimensies, waardoor we verschillende leiderschapsstijlen zien. Amelsvoort en Scholtes (1994) relateren bijvoorbeeld de stijl van leidinggeven aan het ontwikkelingsstadium, waarin het team zich bevindt. De leidinggevende stijl is in de eerste stadia van teamontwikkeling directief en een klein beetje coachend. In de laatste fase van teamontwikkeling is het vooral coachend en minimaal directief. De stijl van leiding geven is ook afhankelijk van het niveau van de groep waaraan de leider leiding geeft. De stijl van leiding geven is belangrijk voor de mate waarin medewerkers zich gerespecteerd voelen, verantwoordelijkheid willen dragen en creatief met vraagstukken willen omgaan. Het is belangrijk dat een leidinggevende inzicht heeft in zijn/haar eigen stijl van leiding geven, zodat hij/zij het effect van het eigen functioneren op het gedrag van anderen kan evalueren en zo nodig kan aanpassen aan veranderende situaties. Effectieve leiders hebben de beschikking over een compleet gedragsrepertoire en kiezen de juiste stijl bij de juiste situatie (btsg.nl, 2013).

Verskillende leiderschapsstijlen

In de theorie zijn er vele leiderschapsstijlen te vinden. Hieronder beschrijf ik er een aantal, waarbij de opsomming niet volledig zal zijn. De in de ogen van de onderzoeker belangrijkste stijlen komen aan bod.

Traditionele stijlen, (btsg.nl/infobulletin/2013).

De waarschijnlijk meest vroeg beschreven stijlen zijn; autoritair, consulerend en democratisch, hieronder in een schema samengevat. De mate van zeggenschap van leiders en groepsleden is bepalend voor de stijl.



Figuur 4: Autoritair, consulerend en democratische leiderschapsstijl

Bij de bovengenoemde drie traditionele stijlen wordt ook de Laissez Faire ofwel de 'laat-maar-waaien' stijl genoemd. Bij deze stijl is nauwelijks sprake van leiding geven en evenmin van ondersteuning. Medewerkers zelf nemen het heft in handen, waardoor er een informeel leiderschap ontstaat.

Mensgericht en taakgericht

Het klassieke model van *situationeel leidinggeven* van Hersey en Blanchard (1993) maakt onderscheid tussen mensgerichte en taakgerichte stijlen. Het centrale idee achter deze theorie is dat de manager zijn gedrag af moet stemmen op de volwassenheid van de medewerker.

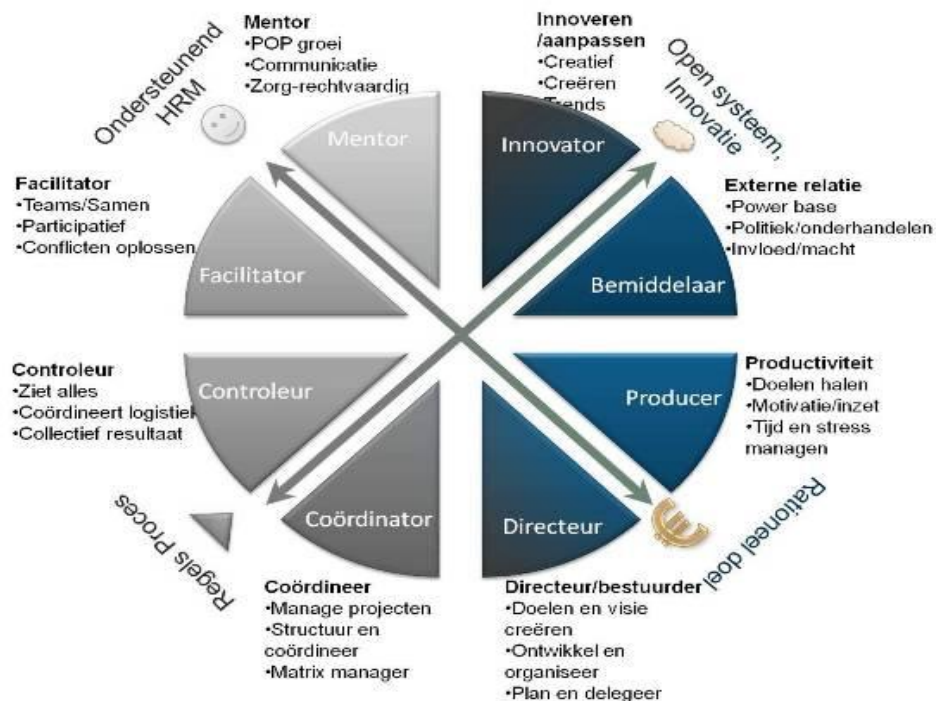
Volgens Hersey en Blanchard doorloopt een medewerker vier ontwikkelingsstadia die bepaald worden door zowel de bekwaamheid als de bereidwilligheid van de medewerker. Bij elk van deze vier stadia zou een bepaalde leiderschapsstijl het meest effectief zijn.

Kenmerkend voor *taakgericht of sturend leiderschap* is het accent op het einddoel en de uitvoering van de concrete en meetbare taak. De leidinggevende stelt doelen vast, plant en organiseert het werk, geeft prioriteiten aan. De leidinggevende bepaalt de manier van werken. Het is een autoritaire stijl, waarbij vooral eenrichting communicatie wordt ervaren.

Bij de *mensgerichte of ondersteunende leiderschapsstijlen* ligt het accent op de onderlinge verhouding. De leidinggevende legt nadruk op de behoeften van hun medewerkers. De leidinggevende inspireert, motiveert en coacht de medewerker, is transparant, moedigt teamwork aan en durft zich kwetsbaar op te stellen. Deze meer participatieve stijl kenmerkt zich door tweerichting communicatie.

Competing Values Framework

Leiderschapsstijlen kunnen soms diep in de bedrijfscultuur geworteld zijn. Robert Quinn en Rohrbaugh (1983) gebruiken hun 'Competing Values Framework' en later het 'OCAI-model' om dit te verduidelijken. Het model heeft vier dimensies om een bedrijfscultuur te typeren. Die dimensies zijn mensgericht, beheersgericht, innovatief en resultaatgericht. Ze beschrijven hier verschillende leiderschapsstijlen voor, zie figuur 5.



Figuur 5: het Competing Values Framework en later het OCAI-model van Robert Quinn

Transactioneel, transformationeel, authentiek, charismatisch en dienend leiderschap

Van 1978 tot nu zijn er nieuwe stromingen m.b.t. leiderschapsstijlen. Vijf stijlen zijn daarin te onderscheiden.

Transactioneel leiderschap

Transactionele leiders sturen hun mensen in de richting van bepaalde doelen en doen dit vooral door rollen en taken te verduidelijken en een relatie te leggen tussen de prestatie en de beloning hiervoor, de "transactie". Deze stijl werd geïntroduceerd door J.M. Burns (1978). Het gaat om een ruilrelatie. De beloning is de motivatie voor de medewerker om zich te richten op het doel van de leider.

Transactioneel leiderschap leidt tot de naleving van de gestelde verwachtingen, maar niet tot enthousiasme en commitment met betrekking tot de bedrijfsdoelstellingen. *Transactionele leiders* stellen beloningen zoals promoties, faciliteiten, titels, privileges en geld in het vooruitzicht en ruilen die voor de inspanningen en prestaties die de leider wenst.

Transformationeel leiderschap

Transformationele leiders transformeren hun medewerkers door het belang en de waarde van taken te benadrukken. *Transformationeel leiderschap* maakt de leidinggevende en de medewerker meer bewust van de waarde van de gemaakte prestatie voor de organisatie en voor de medewerker zelf. Dit zou leiden tot het overstijgen van het eigenbelang, waardoor de medewerker nét dat stapje extra doet (Yukl, 1989 in Podsakoff et al, 1990). *Transformationeel leiderschap* is gericht op immateriële motieven, verband houdend met het realiseren van de missie van de organisatie. Ook het behoeft patroon van de medewerker wordt gestuurd naar de missie van de organisatie. *Transformationeel leiderschap* zorgt voor "change, innovation and entrepreneurship" (Bass, 1990, in Kilic, 2011).

Transformationeel leiderschap leidt tot een gedeelde visie in het team. Dit is bevorderlijk voor de teamprocessen; het team gaat bij zichzelf te rade hoe het beter kan, wat uiteindelijk leidt tot betere teamprestaties". Bij *transformationeel leiderschap* volstaat het niet om vriendelijk te zijn en aan verjaardagen te denken. Centraal staan de intrinsieke behoeften van werknemers. Een *transformationeel leider* weet wat zijn werknemers bezighoudt en waar ze enthousiast van worden en deze kennis is leidend bij de aansturing en de coaching. Dit stelt hem in staat een bijdrage te leveren aan hun ontplooiing. Bovendien zorgt de leider voor een goede sfeer op de afdeling door te fungeren als rolmodel en door te werken aan een sfeer van vertrouwen, openheid en eerlijkheid

(Schaufeli & Dijkstra, 2010).

In tegenstelling tot *transactioneel leiderschap* heeft *transformationeel leiderschap* volgens Bass (1990) de flexibiliteit om veranderingen te voorzien en deze te trotseren. Bovendien draagt *transformationeel leiderschap* bij aan de creatie en het behoud van een lerende organisatie die gekenmerkt wordt door haar aanpassingsvermogen (Bass, 2000). Waarschijnlijk is *transformationeel leiderschap* dan ook belangrijker in een dynamische omgeving, die vraagt om verandering en vindt deze vorm van leiderschap eerder plaats wanneer volgers aangemoedigd worden op flexibiliteit en innovatie (Yukl, 2006)(Kilic, 2011). De *transformationele leider* verwacht hoge prestaties van zijn medewerkers en communiceert hier duidelijk over, motiveren is hierbij van belang. De leidinggevers, op welk niveau in de organisatie dan ook, hebben een grote invloed op de bevoegdheid van hun werknemers. Zij beïnvloeden in hoge mate de perceptie van de medewerker of het werk 'ertoe doet'. Zij bepalen of iemand zich veilig voelt of niet. Zij zorgen ervoor dat er respect is of niet. Zij zijn het rolmodel, dienen voorbeeldgedrag te laten zien en zijn de cultuurdragers van de organisatie (Bakker 2007).

Authentiek leiderschap

Authentiek leiders weten wie ze zelf zijn, staan ergens voor en dragen hun visie uit. Zij handelen open en oprecht naar hun idealen. Authentiek leiders hebben de volgende competenties; ze zijn omgevingsbewust, hebben kennis en gevoel voor wat er in de organisatie en op hun afdeling gebeurt, ze werken aan zelfbewustzijn en sociaal bewustzijn en hebben voorbeeldgedrag.

Charismatische leiderschap

Charismatisch leiders zijn leiders die mensen proberen te motiveren en te beïnvloeden door het schetsen van een beeld van een wenselijke toekomst, het benoemen van gemeenschappelijke waarden en het bevorderen van een gedeelde identiteit. In zijn gedrag toont de *charismatische leider* verder een sterk persoonlijk commitment aan de waarden en doelen die hij/zij voorstaat en laat hij/zij bovendien een grote dosis zelfvertrouwen, moed en vastberadenheid in het realiseren van die gewenste toekomst zien. Ze beschikken in de meeste gevallen ook over goed ontwikkelde retorische kwaliteiten. Een nadere bestudering laat zien dat *charismatisch leiders* vaak ontstaan op momenten of in tijden van onzekerheid of wanneer er sprake is van een crisis. Het zijn nogal eens leiders met een afwijkende visie als oplossing voor belangrijke kwesties. Zijn onconventionele ideeën maken dat mensen ertoe neigen de leider als buitengewoon waar te gaan nemen. *Charismatische leiders* halen hun invloed uit de identificatie van volgers met hun aansprekende visie en waarden.

Dienend leiderschap

Bij dienend leiderschap staat de intentie om te dienen centraal. Een dienend leider neemt leiding, omdat het van belang is voor het geheel. Bij dienend leiderschap is de leider in staat een leeromgeving voor de ander te creëren, een omgeving waardoor de ander kan groeien en bloeien. De dienend leider is bezig met waar het écht om gaat. Dienend leiderschap zit in je genen. Een dienend leider in een conflict kiest voor een oplossing, waarbij beide tegengestelde waarden op zo'n manier verbonden worden dat ze elkaar versterken. Dienend leiders merken al snel dat dingen positief veranderen en dat de grootst onoplosbare problemen toch kunnen worden opgelost. Kenmerken van dienend leiderschap zijn; medewerkers stimuleren, niet altijd op de voorgrond staan, delegeren, vergevingsgezind, moedig, authenticiteit, bescheidenheid en rentmeesterschap (Brummelhuis, Beerenschot, RUG 2012).

2.2.4 Welke leiderschapsstijl en/of competenties van operationeel leiders leiden tot de creatie van klantwaarden in de gezondheidszorg en het perifere ziekenhuis?

Leiderschapsstijl en creatie van klantwaarden in de gezondheidszorg

Het onderzoek van de Raad van de Volkgezondheid en Zorg (2010) laat zien dat succesvolle organisaties aantonen dat het verschil gemaakt wordt door twee zaken: structureel inzetten op kwaliteitsverbetering voor de klant (creatie van waarde) en de bereidheid om samen te werken binnen en buiten de organisatie. Hiervoor is volgens de onderzoekers binnen de gezondheidszorg een andere stijl van leiding nodig. De stijl moet veranderen van het beheersen en controleren naar vernieuwen en samenwerken. Ook laat dit onderzoek zien dat het succes bij veranderen afhangt van het vertrouwen wat de medewerker in de leidinggevende heeft en van het gedeelde gevoel van de noodzaak tot de verandering.

Voor elke professional is de kwaliteit van zorg het meest belangrijk. Door in discussie te gaan met de medewerkers, goede ideeën te benutten en medewerkers meer zelfsturing te gunnen, doorbreekt de operationeel leidinggevende de cultuur van wantrouwen en 'zo doen wij dit al jaren' (RVZ, 2010).

In het onderzoek van het Zorginnovatieplatform (2011, pag. 41) wordt de conclusie getrokken dat het van belang is dat de leiderschapsstijl o.a. van de operationeel leiders in de zorg verandert naar een meer coachende leiderschapsstijl. De moderne werknemer wil meer autonomie en zelfsturing. De kern van zelfsturing is dat zorgverleners als team samenwerken om zoveel mogelijk klantwaarden te creëren. Deze zelfsturing is geschikt om in te kunnen spelen op de uiteenlopende zorgvragen van cliënten. De zorgvraag van de cliënten is daarbij het vertrekpunt. Een belangrijk bijkomend voordeel is dat de werktevredenheid onder zorgverleners erdoor toeneemt.

Beide onderzoeken concluderen dat de competenties van de operationeel leidinggevende en zijn of haar leiderschapsstijl belangrijk zijn bij het creëren van klantwaarden in de gezondheidszorg. Veel zorgorganisaties worstelen met de rol van de operationeel leidinggevende.

Vanuit de organisatie-eisen wordt de leidinggevende gevraagd steeds dwingender positie te kiezen om harde organisatiedoelstellingen te bewerkstelligen in lijn met de focus van de organisatie, terwijl medewerkers deze leiderschapsstijl als demotiverend en frustrerend ervaren. Dit vertaalt zich in mindere resultaten en dus in het verminderen van de creatie van klantwaarden. Ook uit onderzoek blijkt dat de leidinggevende een aanzienlijk positieve bijdrage kan leveren aan het resultaat, als de leidinggevende de positie van ondersteuner en facilitator op zich kan en mag nemen (coachend, dienend leiderschap). De leidinggevende positioneren als de persoon die de resultaten moet bewerkstelligen door direct te sturen op het resultaat, blijkt een averechts effect te hebben (Ronald Caminada en Hendrik van der Wijk, 2012).

Medewerkertevredenheid en creatie van klantwaarden

Er bestaan sterke aanwijzingen dat bevlogen werknemers beter presteren en dus meer klantwaarden creëren. Ze gedragen zich proactief, voelen zich competent, zijn meer gemotiveerd en stellen zich hulpvaardiger en coöperatiever op ten opzichte van anderen (Schaufeli, 2004).

Deze betere prestaties ontstaan niet door het verminderen van stressbronnen zoals werkdruk, maar ontstaan juist door het verhogen van de energiebronnen. Deze energiebronnen zijn o.a. sociale steun, leiderschap, autonomie en feedback. Er zijn aantoonbare betere prestaties bij bevlogen teams. Als teams met veel bevlogen medewerkers worden vergeleken met teams met weinig bevlogen medewerkers, dan scoren de bevlogen teams significant beter op omzet (+12%), klanttevredenheid (+12%) en productiviteit (+18%). Bevlogen medewerkers hebben 27% minder verzuim en 62% minder veiligheidsincidenten (Gallup Consulting, 2002).

Ook Bakker e.a. (2007) tonen in hun onderzoek een sterk positief verband aan tussen sociale steun van de direct leidinggevende en de bevlogenheid van medewerkers. Ook in dit onderzoek wordt weer het belang van de operationeel leidinggevende aangetoond.

Uit onderzoek blijkt dat transformationeel leiderschap het beste in staat is bevlogenheid bij medewerkers te vergroten. Medewerkers krijgen bij transformationeel leiders de ruimte om zelf hun eigen taken en werkprocessen vorm te geven. Ook geeft deze leiderschapsstijl medewerkers de ruimte om hun taken uitdagend te houden en autonomer te opereren (Bakker et al., 2011).

Een transformationeel leider geeft feedback over prestaties, coacht medewerkers op een sociale en instrumentele manier, geeft de medewerkers de autonomie waar ze behoefte aan hebben en communiceert duidelijk over zijn of haar plannen voor de toekomst (B. Bakker 2002).

De transformationeel leider laat de werknemers vrij, is oprecht geïnteresseerd, bevordert samenwerking, initiatief en moedigt experimenteel gedrag aan. Bevlogen leiderschap kent de volgende aspecten; oprecht zorgdragen voor anderen; netwerken en bereiken; het inspireren en communiceren van de visie en de doelen; anderen in staat stellen eerlijk en consistent te zijn; benaderbaar zijn en besluitvaardig zijn.

Ook Jaap Boonstra (2010) legt in zijn onderzoek een relatie tussen transformationeel leiderschap in het operationele proces en resultaat in een veranderproces. Hij zegt dat mensen die bij cultuurverandering de verantwoordelijkheid nemen dit doen ongeacht hun rol of positie. Het blijkt dat deze initiatiefnemers weten wat er speelt en aanvoelen wat mensen bezighoudt. Ze zijn authentiek en vertonen transformationeel leiderschap. Ze geven richting in een onzekere omgeving door een toekomstvisie en kernwaarden te formuleren. Ze bouwen aan vertrouwen van hun medewerkers en hebben vertrouwen in de eigen kracht van mensen. Ze creëren verbondenheid en werken aan de waarde van de organisatie vanuit betrokkenheid (Jaap Boonstra, 2010).

Helaas blijkt het lastig om conclusies te trekken m.b.t. het operationeel leiderschap in perifere ziekenhuizen en de relatie tot de creatie van klantwaarden. De resultaten vanuit de literatuur zijn toegespitst op de gezondheidszorg in het algemeen en niet specifiek naar überhaupt de ziekenhuizen, laat staan naar perifere ziekenhuizen.

2.3 Hypotheses opgesteld vanuit het literatuuronderzoek

Vanuit het literatuuronderzoek zijn per thema een aantal hypotheses geformuleerd. De geformuleerde hypotheses vormen een leidraad voor de interviews. Niet zozeer als interview vraag, meer als achtergrondinformatie waarlangs de verdiepende vragen werden gesteld. De volgende thema's werden gebruikt als leidraad bij de interviews en later ook bij de analyse ervan.

1. Waardegedreven.
2. (Creatie van) klantwaarden.
3. Resultaatgebieden van de zorg in een perifeer ziekenhuis.
4. Leiderschapsstijlen en competenties van operationeel leidinggevend in perifere ziekenhuizen.

In de uitwerking leidde dit tot de volgende zes thema's.

1. Het thema "Waardegedreven organisaties".
2. Het thema "Creatie van Klantwaarden".
3. Het thema "De rol van de professional".
4. Het thema "Leiderschapsstijl van de operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".
5. Het thema "Competenties van operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".
6. Het thema "Het resultaat van de organisatie".

De geformuleerde hypotheses naar thema:

Het thema "Waardegedreven organisaties".

1. Voor de bedrijfscontinuïteit van perifere ziekenhuizen in Nederland is het van belang dat deze zich gaan focussen en zich gaan ontwikkelen naar waardegedreven organisaties.
2. Voor het herstel van het evenwicht tussen gezondheidszorgorganisaties, de zorgverzekeraar en de overheid is het van belang dat de gezondheidszorg zich in het algemeen meer gaat richten op het ontwikkelen van de organisaties naar "brede waardegedreven zorgorganisaties". De huidige 'zero sum competition' kan hiermee gekeerd worden naar 'positive sum competition'.

Het thema "creatie van klantwaarden".

3. De "creatie van klantwaarden" is een integrale term voor zowel het bedrijfseconomisch als het kwalitatieve resultaat en de klanttevredenheid. Voor de volledigheid zou de term medewerkertevredenheid hier aan toegevoegd moeten worden. Tevreden medewerkers zorgen voor een hogere klanttevredenheid en betere kwalitatieve resultaten en daarmee automatisch ook voor een goed bedrijfseconomisch resultaat.
4. Door als zorgorganisatie meer gericht te zijn op creatie van klantwaarden kan de "toekomst bestendige zorgprofessional" gemotiveerd worden om zowel de kwalitatieve als bedrijfseconomische resultaten en klanttevredenheid belangrijk te vinden.
5. De operationeel leider is een zeer belangrijke schakel voor het creëren van klantwaarden.

Het thema "de rol van de professional".

6. Binnen de gezondheidszorg is behoefte aan een "toekomstbestendige zorgprofessional". Deze wil meer autonomie en meer professionele verantwoordelijkheid. Deze professional accepteert de maatschappelijke en organisatorische verplichtingen. Dit betekent een wezenlijk andere taakopvatting, waarbij de patiënt als volwaardig burger met rechten en plichten wordt benaderd, het beroep naar de hoogste kwaliteitsmaatstaven en op transparante wijze wordt uitgeoefend, de professional zich opstelt als teamlid en organisatiegenoot en bereid is om met de overheid en andere stakeholders mee te denken over de toekomst van de sector.

Het thema "Leiderschapsstijl van de operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".

7. De creatie van klantwaarden en een waardegedreven organisatie vraagt om goede operationele sturing en verbindend leiderschap. Dit om het huis op orde te krijgen en gericht te zijn op het in gezamenlijkheid verbeteren van prestaties. Hiermee kan hoogwaardige zorg tegen acceptabele kosten geleverd worden.
8. Transformationeel leiderschap is een leiderschapsstijl die in een kennisorganisatie, zoals de gezondheidszorg tot goede resultaten leidt op het gebied van de creatie van klantwaarden.

Het thema "Competenties van operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".

9. Voorbeeldgedrag in alle lagen van het management is belangrijk om creatie van klantwaarden te bewerkstelligen in het operationele proces.
10. Managers moeten in de samenwerking met "de professional van de toekomst" positie durven kiezen, betrokken zijn bij het primaire proces en willen innoveren.
11. Medewerkers en leidinggevendenden binnen de zorg die de juiste focus hebben en houden en die weten te verbinden kunnen creatie van klantwaarden bewerkstelligen.

Het thema "Het resultaat van de organisatie".

12. Betere kwaliteit en grotere efficiëntie zijn complementair (Porter, 2006).
13. Er bestaat een direct verband tussen medewerkertevredenheid, medewerkerloyaliteit, klantloyaliteit en de financiële prestatie van een organisatie (Heskett et al., 1994).

Hoofdstuk 3 De onderzoeksopzet (het technisch ontwerp)

3.1 Inleiding

Hoofdstuk drie bevat het technisch ontwerp van het onderzoek, in paragraaf 3.2 wordt de onderzoeksopzet beschreven, in paragraaf 3.3 volgt de verantwoording over de dataverzameling, paragraaf 3.4 bevat een uiteenzetting van de wijze waarop de data-analyse heeft plaatsgevonden. In de laatste paragraaf 3.5 komt kort de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek aan bod.

3.2 De onderzoeksopzet

Het probleem waar de centrale onderzoeksvraag van deze thesis een antwoord op moet formuleren bevindt zich in de probleemanalytische fase van de interventiecyclus van Verschuren en Doorewaard (2007). Het probleem wordt erkend, is signaleerd, maar wat de oplossing is, is nog onvoldoende onderzocht: het is niet goed duidelijk welke leiderschapsstijl en/of competenties van operationeel management van belang zijn voor de creatie van klantwaarden. Met creatie van klantwaarden wordt hier het resultaat op de drie beschreven pijlers bedoeld; bedrijfseconomisch resultaat, kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid, in de perifere ziekenhuizen in Nederland.

In deze thesis wordt door middel van zowel een literatuur- als een praktijkstudie onderzoek gedaan naar de centrale onderzoeksvraag en de verschillende deelvragen. Het gaat hierbij om een exploratief onderzoek. Er is al veel geschreven over leiderschapsstijlen en benodigde competenties voor managers, maar nog niet in relatie tot de creatie van klantwaarden, zowel in het algemeen als specifiek voor de gezondheidszorg.

De literatuurstudie is een studie naar de onderzoeksresultaten van eerdere studies naar het begrip "klantwaarden en creatie van klantwaarden" in het algemeen en in het bijzonder dit begrip voor de "gezondheidszorg en de perifere ziekenhuizen in Nederland". Daarnaast richt het theoretisch onderzoek zich op de begrippen: "benodigde leiderschapsstijl van het operationeel management in relatie tot verschillende competenties" en de invloed hiervan op "de creatie van klantwaarden in het bedrijfsleven in het algemeen en specifiek in de gezondheidszorg en de perifere ziekenhuizen". Vanuit de theorie zijn hypothesen opgesteld die tegen de bevindingen uit de praktijk worden aangehouden.

Na de literatuurstudie werd een beperkt kwalitatief praktijkonderzoek gedaan in de vorm van een vergelijkende casestudie naar een viertal onderzoekseenheden ofwel cases, een viertal perifere ziekenhuizen in de Randstad. Het gaat in dit praktijkonderzoek om een smal domein en een klein aantal onderzoekseenheden.

In een kwalitatief onderzoek wordt naar kennis gezocht, geen data verzameld in de vorm van cijfermateriaal. De gevonden onderzoeksgegevens worden geduid en op elkaar betrokken om vervolgens tot conclusies te verwerken.

De keuze voor een praktijkonderzoek middels interviews is gemaakt, omdat er nog weinig bekend is over het onderwerp. Door middel van face-to-face interviews is er meer mogelijkheid om door te vragen, waardoor de onderzoeker meer informatie krijgt dan bij een gestructureerde schriftelijke vragenlijst. De interview methode is een arbeidsintensieve benadering maar levert meer diepte-informatie op voor dit onderzoek.

Het praktijkonderzoek is een vergelijkende casestudy, niet alle objecten worden apart geanalyseerd, maar de objecten worden vergeleken met elkaar voor een analyse. Dit is een hiërarchische analyse, de cases worden in eerste instantie apart geanalyseerd. De analyse volgt daarna volgens een vast patroon. Gekozen is voor een strategische steekproef, door de cases te beperken tot alleen perifere ziekenhuizen kunnen algemeen beschrijvende uitspraken worden gedaan en zijn verbanden makkelijker te leggen. Dit omdat door de keuze te beperken tot perifere ziekenhuizen, een groep managers is geïnterviewd die allen werkzaam zijn in een zelfde categorie ziekenhuizen en daarmee zeer waarschijnlijk met eenzelfde problematiek worden geconfronteerd.

De ervaringen van deze managers met succesvol operationeel leiderschap in relatie tot managementstijl en competenties zijn hierdoor mogelijk meer vergelijkbaar voor het praktijkonderzoek. Een andere belangrijke reden om voor een casestudy te kiezen was de praktische haalbaarheid van een casestudy in de beperkte tijdsplanning van het onderzoek voor deze thesis.

3.3 Dataverzameling

3.3.1 Het onderzoeksmateriaal voor het theoretisch onderzoek

Bij het verzamelen van informatie voor de literatuurstudie heb ik gebruik gemaakt van diverse bronnen, voornamelijk gevonden via de zoekmachines Google, Google scholar en de digitale universiteitsbibliotheek. De verschillende bronnen bestonden uit: boeken (m.n. over leiderschap), wetenschappelijke artikelen en relevante rapporten welke afgelopen jaren verschenen zijn. Ook zijn verschillende websites bezocht waarop opinie stukken en achtergrondinformatie werd gevonden. Hierbij zijn de volgende zoektermen gebruikt: klantwaarden, creatie van klantwaarden; waardegedreven organisaties; operationeel management; kenmerken van leiderschapsstijlen; kenmerken van leidinggevers m.b.t. resultaat van de onderneming; leiderschapsstijlen; gezondheidszorg en perifere ziekenhuizen.

Tijdens de literatuurstudie werd een topiclijst gevormd. In eerste instantie zijn belangrijke en opvallende zaken welke in het praktijkonderzoek getoetst moesten worden genoteerd. Met deze opmerkingen zijn enquête vragen en een aantal hypothesen geformuleerd. Daarnaast bleven een aantal termen over op de topiclijst als geheugensteun voor mijzelf om indien nodig in de interviews mee te nemen. Een drietal leiderschapsstijlen vielen positief op in de literatuurstudie, deze wilde ik in de praktijk toetsen en waren daarom kort beschreven op de topiclijst. De topiclijst is als bijlage toegevoegd bij deze thesis, zie hiervoor de bijlage 1. De hypothesen zijn niet getoetst tijdens het praktijkonderzoek, wel zijn de hypothesen vergeleken met de bevindingen in de praktijk door deze bevindingen tegen de hypothesen aan te houden.

3.3.2 De selectie van de praktijk casussen

In totaal zijn vier perifere ziekenhuizen in de Randstad geïnccludeerd in het onderzoek; in alfabetische volgorde: het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen, het Ziekenhuis Bronovo in Den Haag, het Diaconessenhuis in Leiden en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden. De vier ziekenhuizen werden uitgekozen omdat ze allen perifeer zijn en met dezelfde problematiek kampen. Juist in deze categorie ziekenhuizen zijn op dit moment grote uitdagingen aanwezig op het gebied van creatie van klantwaarden en het bedrijfseconomisch resultaat. De ligging van de ziekenhuizen, allen in de Randstad, binnen 35 kilometer rondom mijn woonplaats, was vooral praktisch voor mijzelf. Dit is convenience sampling, waarbij een steekproef wordt gedaan op basis van bereikbaarheid. Hieronder volgt een korte beschrijving van de ziekenhuizen met een aantal kerngetallen hierbij.

Het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen:

Ziekenhuis Amstelland is het eerst aangewezen algemene ziekenhuis voor de inwoners van de regio Amstelland (Amstelveen, Aalsmeer, Uithoorn, Ouder-Amstel) en voor de Joodse bevolkingsgroep in Nederland. Er wordt medisch specialistische behandeling en verzorging van hoogwaardige kwaliteit geleverd door gemotiveerde medewerkers met een grote klantgerichtheid. Er werken ruim 1000 medewerkers, inclusief de 86 medisch specialisten. Het ziekenhuis heeft 266 bedden. In 2012 werden 75.725 eerste polikliniek bezoeken, 16.036 dagopnamen en 11.464 klinische opnamen gedaan. De bedrijfsomzet ligt rond de € 75 miljoen. Het ziekenhuis werkt nauw samen met zowel het Vrij Universitair Medisch Centrum als het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, waarbij recent met name de samenwerking met het VU Medisch Centrum steviger is neergezet door het tekenen van een raamovereenkomst.

Ziekenhuis Bronovo in Den Haag:

Het Bronovo is een algemeen ziekenhuis voor inwoners van Den Haag en omgeving. Het Bronovo is een basisziekenhuis met 415 bedden waar patiënt en medewerker centraal staan. Er werken ruim 1.500 medewerkers waaronder 120 specialisten. Het ziekenhuis heeft een alliantie met het Leids Universitair Medisch Centrum en fungeert als Teaching Hospital voor medisch studenten en co-assistenten. Tevens zijn er opleidingsplaatsen voor vijf specialismen: Heelkunde, Gynaecologie en Obstetrie, Interne Geneeskunde, Klinische Chemie en Ziekenhuisfarmacie. Bronovo vormt samen met Verpleeghuis Nebo en Gezondheidscentrum Wassenaar de Stichting Bronovo-Nebo en kreeg in 2013 groen licht van de Autoriteit Consument en Zorg voor een fusietraject met het Medisch Centrum Haaglanden. In 2012 deed het ziekenhuis respectievelijk 95.391 eerste polikliniek bezoeken, 16.543 dagopnames en 16.909 klinische opnames en had een bedrijfsomzet van rond de € 107 miljoen.

Diaconessenhuis in Leiden:

Het Diaconessenhuis Leiden levert sinds de oprichting in 1897 ziekenhuiszorg aan mensen uit de regio, waarbij wordt gehandeld in de geest van de christelijke identiteit. Het Diaconessenhuis levert kwalitatief goede, regionale basiszorg voor de bevolking in de regio Leiden en wijde omgeving en kent daarnaast enkele specifieke aandachtsgebieden ter versterking van de basisfunctie. Het ziekenhuis heeft 300 bedden en er werken ruim 1.330 medewerkers, inclusief 82 medisch specialisten. In 2012 werden er 79.668 eerste polikliniekbezoeken, 12.177 klinische opnames en 15.198 dagbehandelingen gedaan. In 2012 had het Diaconessenhuis een bedrijfsomzet van € 87 miljoen. Sinds 2011 zijn er gesprekken gaande tussen de drie ziekenhuizen in de Leidse regio, het Leids Universitair Medisch Centrum in Leiden, het Rijnland ziekenhuis in Leiderdorp en Alphen aan de Rijn en het Diaconessenhuis onder leiding van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid.

Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden:

Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis gevestigd in Woerden. Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis biedt patiënten een professionele omgeving met moderne faciliteiten. Ruim 1.250 gemotiveerde medewerkers en vrijwilligers en 95 specialisten op ieder vakgebied, staan garant voor een betrokken, klantvriendelijke en deskundige benadering. Voor specifieke expertise werkt het ziekenhuis nauw samen met andere medische centra in de regio. In 2012 werden er 70.286 eerste polikliniek bezoeken, 12.753 dagbehandelingen en 32.616 opnames gedaan en was de bedrijfsomzet € 84 miljoen. Het ziekenhuis heeft 200 bedden.

3.3.3 De interviews

In totaal werden 16 potentiële kandidaten van het eerste, tweede en het derde echelon voor een interview benaderd in vier verschillende ziekenhuizen. De geïnterviewden in het ziekenhuis waar ik zelf werkzaam ben, het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis, werden door mijzelf benaderd met een brief waarin het verzoek tot een interview en het onderwerp van het interview werd verwoord. Bij twee ziekenhuizen heb ik het verzoek voor interviews neergelegd bij de secretaris van de Raad van Bestuur. Hiervoor gebruikte ik dezelfde (naar de betreffende organisatie aangepaste)brief. Eén ziekenhuis heb ik benaderd via een studiegenoot van de MhBA. De potentiële kandidaten waren direct bereid om mee te werken. Hier en daar was het lastig om de interviews te plannen vanwege drukte in de ziekenhuizen en/of de afdeling, of vanwege ziekte, uiteindelijk heeft dit geleid tot 10 interviews.

De interviews werden gehouden in de ziekenhuizen zelf op de werkplek van de betreffende leidinggevende. Het interview werd afgenomen aan de hand van de vanuit de literatuurstudie opgestelde topiclijst (zie bijlage 1) en duurde gemiddeld ongeveer 50 minuten. Dit wisselde sterk voornamelijk afhankelijk van de hoeveelheid beschikbare tijd van de geïnterviewden. De interviews werden allen face-to-face door mijzelf afgenomen.

De interviews verliepen allen zeer prettig, de geïnterviewden waren zeer open over hun ervaringen met het onderwerp en de toekomstige rol van het perifere ziekenhuis hierin. Ook waren de geïnterviewden zeer geïnteresseerd, omdat ze ook met het onderwerp van deze thesis worstelden. Er ontstonden tijdens het interview regelmatig inzichten, zowel voor de geïnterviewden als voor mijzelf. Gericht en gestructureerd met elkaar een onderwerp doorspitten is nuttig zowel voor de onderzoeker als voor de geïnterviewden.

Vanwege de beperkte tijd voor deze thesis heeft het praktijkonderzoek zich alleen gericht op deze interviews. Daarmee is data verzameld rondom meningen en subjectieve beoordeling van de geïnterviewden over de bevindingen uit het literatuuronderzoek en het onderlinge verband tussen deze bevindingen. Behalve de vragen over deze bevindingen is er ook een aantal hypothesen voorgelegd. Tot slot is bij allen gevraagd of de succesvolle operationeel leidinggevenden die ze kenden ook waardegedreven waren.

3.4 De data-analyse

De topiclijst bevatte een viertal thema's. Vanuit deze thema's werden de interviewvragen opgesteld. Deze thema's zijn tevens gebruikt als leidraad bij de interviews en later ook bij de analyse ervan. De thema's waren in volgorde van het gebruik bij het interview:

1. Waardegedreven.
2. Klantwaarden.
3. Resultaatgebieden van de zorg in een perifeer ziekenhuis.
4. Leiderschapsstijlen en competenties van operationeel leidinggevenden in perifere ziekenhuizen.

In de uitwerking van de interviewdata leidde dit tot de volgende 6 thema's:

7. Het thema "Waardegedreven organisaties".
8. Het thema "Creatie van Klantwaarden".
9. Het thema "De rol van de professional".
10. Het thema "Leiderschapsstijl van de operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".
11. Het thema "Competenties van operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde".
12. Het thema "Resultaten van de organisatie".

De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen op de iPad of iPhone. Daarna vond transcriptie plaats door de interviews letterlijk uit te schrijven. Deze transcriptie vond zoveel als mogelijk in de week na afname van de interviews plaats, zodat belangrijke informatie meegenomen kon worden in de resterende interviews die nog gepland stonden.

De analyse van de interviews vond plaats door middel van achtereenvolgens; open, selectieve en axiaal coding. Tijdens dit proces werden alle gegevens welke tot dan toe verzameld waren per interview meerdere keren zorgvuldig doorgelezen en in fragmenten ingedeeld. De relevante fragmenten werden gecodeerd, waarna gegevens werden gerubriceerd naar de thema's en werden vergeleken met elkaar. Daarna volgde selectieve en axiaal coding, waarin de verbanden werden gemaakt tussen de thema's en conclusies ontstonden.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van de gevonden literatuur en de waarnemingen tijdens de interviews en de validiteit van het onderzoek zijn belangrijke parameters voor de kwaliteit van het onderzoek.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid heeft betrekking op de beïnvloeding van de waarneming van toevallige of onsystematisch fouten (Boeije, 2012). Deze thesis is gestart met een literatuurstudie. Om de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek te verhogen, zijn verschillende relevante bronnen gebruikt waaronder boeken, wetenschappelijke artikelen, relevantie rapporten en websites. Er is daarmee sprake van triangulatie van bronnen binnen het onderzoek. Dit houdt in dat er met behulp van verschillende bronnen gegevens verzameld wordt, waardoor de betrouwbaarheid van de bevindingen verhoogd wordt. Bij het bepalen van de betrouwbaarheid van de informatie die te vinden is op het internet moet je je bewust zijn van de mogelijk commerciële invloed hierop. Veel is te vinden, het aanbod is groot en veel artikelen zijn tegenwoordig in zijn geheel te lezen op internet. Dat is een voordeel, er is makkelijk aan informatie te komen, maar door de veelheid van aanbod ook gelijk een nadeel, de onderzoeker kan verdwalen in de veelheid. Daarnaast is de betrouwbaarheid van al deze informatie een belangrijk item voor elke onderzoeker. Belangrijk hierbij is dat de onderzoeker kijkt naar peer-reviewed materiaal, waarmee aangetoond wordt dat de betreffende literatuur gecontroleerd is door andere wetenschappers. Ook kan de onderzoeker kijken naar het aantal keren dat een artikel werd geciteerd in andere werken. Dit verhoogt de betrouwbaarheid. Tijdens het onderzoek werd ik, als onderzoeker vanuit de praktijk, snel meegesleept door de inhoud van de artikelen. Herkenning ontstaat en je bent geneigd om van het ene artikel naar het andere artikel te surfen. Dit maakt dat ik achteraf merkte dat ik te weinig aandacht had gehad voor de betrouwbaarheid van de informatie die ik had verzameld. Tijdens het schrijven van de thesis moest ik soms opnieuw in de literatuur duiken om meer wetenschappelijk bewijs te vinden voor de zaken die ik gevonden had.

Validiteit

Bij validiteit of geldigheid van onderzoeksresultaten gaat het om de vraag of er is gemeten wat men had willen meten. Geven de geïnterviewden een eerlijk antwoord? Vooral bij onderwerpen die in de taboesfeer liggen, kan er een aanzienlijke discrepantie bestaan tussen wat mensen zeggen tegen een enquêteur en wat ze werkelijk vinden.

Bij het praktijkonderzoek is voorafgaand aan de interviews de vertrouwelijkheid en anonimiteit van de geïnterviewden benadrukt. Met name bij de interviews in het ziekenhuis waar ik zelf werkzaam ben was dat van belang. Ook heb ik daar gevraagd aan degene die ik interviewde om geen sociaal wenselijke antwoorden te geven en vooral eerlijk te zijn. Daarnaast werkte ik bij het interviewen met de topiclijst, waarin de vragen volgens de vier thema's waren opgebouwd. Dit gaf houvast en maakte dat er een lichte vorm van standaardisatie aanwezig was.

Ik heb leidinggevend op drie verschillende leidinggevende echelons geïnterviewd, waardoor een lichte vorm van brontriangulatie ontstaat. Hierdoor hoop ik de betrouwbaarheid van de waarnemingen in het praktijkonderzoek te verhogen. De geïnterviewde leidinggevend zijn geselecteerd door convenience sampling, ofwel vooral om pragmatische reden gekozen. De betrouwbaarheid van gegevens verzameld via convenience sampling worden niet altijd als goed omschreven. Dit heeft te maken met het feit dat de onderzoeker mensen om zich heen verzameld die hij interviewt, maar die mogelijk te veel op dezelfde manier denken als hij/zijzelf. In het geval van onderzoek voor deze thesis was ik me hier van tevoren van bewust. Zeker bij de geïnterviewden in het ziekenhuis waarin ik zelf werkzaam ben kan dit het geval zijn. In het stadium voorafgaand hieraan heb ik dit ook tegen mijn begeleider aangehouden. Je bent inderdaad snel geneigd collega's uit te zoeken die dicht bij jouw stijl van leidinggeven zitten, omdat dat gemakkelijker praat.

Daar was ik mij van bewust en daar heb ik bewust juist andere keuzes in gemaakt om de betrouwbaarheid te vergroten. Toch merkte ik ook bij de drie andere ziekenhuizen dat de geïnterviewden, waarschijnlijk door de aankondiging van het onderwerp van het interview in de brief, op een bepaalde manier gekozen waren. Met name leidinggevendenden met goede resultaten werden geselecteerd voor het interview.

Interne validiteit.

Interne validiteit is de mate waarin het redeneren binnen het onderzoek correct is uitgevoerd. Belangrijk hierbij is dat het geldig is voor de onderzochte groep. Ofwel de mate waarin variabelen in een sociaalwetenschappelijk onderzoek een causale relatie met elkaar hebben en waarbij in het algemeen onderzoeksresultaten niet aan zogenaamde onderzoeksartefacten moeten worden toegeschreven.

Door binnen het onderzoek te werken met een conceptueel model ontstaat structuur voor de onderzoeker die de interne validiteit ondersteunen. Tijdens de interviews werd gewerkt met een topiclijst waarin het interview geclusterd was tot vier thema's. Door deze manier van werken kwamen in alle interviews de onderwerpen die van belang waren gestructureerd aan bod. Daarnaast kwamen in elk interview eigen inzichten naar voren door de praktijkervaringen van de geïnterviewden.

Externe validiteit

Externe validiteit heeft te maken met in hoeverre de resultaten van een bepaald onderzoek te generaliseren zijn. Als bepaalde resultaten extern valide zijn, wil dit zeggen dat de resultaten te generaliseren zijn en dus voor een grotere groep dan slechts de testgroep zullen gelden. Als de resultaten alleen maar opgaan voor de testgroep, zijn ze immers veel minder waard.

De mate van generaliseerbaarheid van de resultaten van deze studie is lastig te concluderen vanuit het onderzoek. In het literatuuronderzoek bleek het lastig te zijn om specifiek voor perifere ziekenhuizen informatie te vinden over de invloed van operationeel leiderschap op de creatie van klantwaarden. De relatie van operationeel leidinggevendenden, stijl/competenties en de creatie van klantwaarden in het algemeen wordt wel beschreven. Er is echter zo goed als geen onderzoeksresultaat te vinden in relatie tot de gezondheidszorg en de perifere ziekenhuizen. Wel blijkt uit het literatuuronderzoek dat alle gezondheidszorgorganisaties in Nederland op dit moment voor dezelfde uitdaging staan. Efficiëntere zorg en meer waarden voor de patiënt wordt ook voor topklinische en academische ziekenhuizen en andere zorgorganisaties belangrijk. Niet iedere organisatie voelt hierin dezelfde urgentie. Doordat er minder urgentie bestaat in topklinische en academische ziekenhuizen is daar waarschijnlijk nog een andere cultuur en ander leiderschap aanwezig op dit moment. Zelfstandig behandelcentra daarentegen zijn verder met het implementeren van deze zaken, omdat ze al enige jaren bezig zijn met efficiëntie en de waarde voor de patiënt. Toch zijn de conclusies in deze thesis gesteld ook daar van toepassing.

De kans op acceptatie van de aanbevelingen is groter als deze komen uit een casestudy in een praktijk. Dit heeft te maken met het feit dat in een praktijkonderzoek het probleem integraal benaderd wordt en wendbaarder is. Het resultaat staat hierdoor dichterbij de praktijk, is over het algemeen meer herkenbaar en daardoor meer acceptabel dan resultaten uit een theoretisch experiment.

Hoofdstuk 4 Resultaten van het praktijkonderzoek

4.1 Inleiding

In hoofdstuk vier wordt antwoord gegeven op de deelvraag van deel B (het praktijkonderzoek) van het onderzoek van deze thesis.

De deelvraag is als volgt geformuleerd:

Wat is de waarde van de geformuleerde hypothesen voor het management van het perifere ziekenhuis in Nederland in de praktijk?

Vanuit de bevindingen van het literatuuronderzoek zijn aan het einde van hoofdstuk twee 13 hypothesen geformuleerd. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen uit het praktijkonderzoek beschreven en tegen de hypothesen uit het literatuuronderzoek aan gehouden. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

In paragraaf 4.2 worden de resultaten van de interviews aan de hand van de zes thema's uit de analyse behandeld. Achtereenvolgens komt in subparagraaf 4.2.1 de bevindingen vanuit het praktijkonderzoek op het thema "waardegedreven organisaties" aan de orde, in subparagraaf 4.2.2 het thema "creatie van klantwaarden", in 4.2.3 het thema "de rol van de professional", in 4.2.4 het thema "de aanwezigheid van een bepaalde leiderschapsstijl bij succesvolle operationeel leidinggevenden?", in 4.2.5 het thema "de aanwezigheid van bepaalde competenties bij succesvolle operationeel leidinggevenden" en in subparagraaf 4.2.6 het thema "het resultaat van de organisatie" aan de orde. In de laatste subparagraaf 4.2.7 komt kort een additionele bevinding aan de orde. In de verschillende subparagrafen worden zowel de bevindingen op de interviewvragen als de bevindingen vanuit de confrontatie van de hypothesen met de bevindingen uit het praktijkonderzoek behandeld.

4.2 Resultaten interviews

4.2.1 Het thema "waardegedreven organisatie"

Het thema waardegedreven organisatie kwam naar voren in het literatuuronderzoek in relatie met de creatie van klantwaarden. Steeds meer organisaties gaan zich breed waardegedreven profileren. In de zorg wordt dit nog onvoldoende gedaan, waardoor de concurrentie zich niet op de waardecreatie voor de patiënt richt, maar veel meer op andere zaken volgens Porter (2006). Hierdoor ontstaat "zero sum" concurrentie. Deze moet omgebogen worden, geeft Porter (2006) aan, naar waardegedreven concurrentie, waarbij de creatie van waarden voor de patiënt voorop moet komen te staan.

Alle geïnterviewden in het praktijkonderzoek vonden het belangrijk dat er waarden worden geformuleerd in de organisatie. Deze waarden moeten bekend zijn en leven op de werkvloer. In drie ziekenhuizen is wat dit betreft een project c.q. programma lopende waarmee de waarden worden ingevuld op alle niveaus in de organisatie. Een van de doelen van het management is daarbij dat de waarden en ook het meenemen ervan bij besluiten doordringt tot op de werkvloer.

Daar waar de waarden gedragen worden door zowel de Raad van Bestuur en de medische staf, het managementteam en de operationeel leidinggevenden, lijken de waarden meer te leven binnen de organisatie. Specifiek wordt meerdere keren het belang van draagvlak bij de Raad van Bestuur en bij de medische staf en met name het voorbeeldgedrag van beide stakeholders genoemd. Als dit draagvlak er niet is, zo zeggen de geïnterviewden, dan gaan de waarden niet leven!

Een aantal geïnterviewden noemden het belangrijk dat het klantperspectief genoemd wordt in deze waarden in verband met het bestaansrecht van de perifere ziekenhuizen. "Juist de perifere ziekenhuizen moeten kunnen excelleren op het gebied van het klantperspectief".

Bevindingen t.a.v. de geformuleerde hypotheses rondom het thema "waardegedreven organisaties".

H1:Voor de bedrijfscontinuïteit van perifere ziekenhuizen in Nederland is het van belang dat deze zich gaan focussen en zich gaan ontwikkelen naar waardegedreven organisaties.

Niet in alle interviews is deze hypothese als zodanig aan de orde geweest. Een aantal operationeel leidinggevenden herkent de relatie tussen het leveren van kwalitatief excellente zorg en een goed bedrijfseconomisch resultaat. Onder "kwalitatief excellente zorg" wordt zowel de medisch inhoudelijke aspecten als de niet medisch inhoudelijke aspecten, als bijvoorbeeld logistiek, service en patiënttevredenheid genoemd. Met name voor het bestaansrecht van de perifere ziekenhuizen werd dit als heel belangrijk ervaren.

H2:Voor het hestel van het evenwicht tussen gezondheidszorgorganisaties, de zorgverzekeraar en de overheid is het van belang dat de gezondheidszorg zich in het algemeen meer gaat richten op het ontwikkelen van de organisaties naar "brede waardegedreven zorgorganisaties". De huidige 'zero sum competition' kan hiermee gekeerd worden naar 'positive sum competition'.

In de interviews kwam meerdere keren naar voren dat perifere ziekenhuizen meer bestaansrecht hebben als er een duidelijke keuze wordt gemaakt ten aanzien van het product wat geleverd wordt en hierbij samenwerking ontstaat in de keten met zorginstellingen om het ziekenhuis heen. Eén van de ziekenhuizen heeft een duidelijke visie op het productief samenwerken met grote academische ziekenhuizen in de nabije omgeving. Deze visie wordt zowel door medisch specialisten als medewerkers gedragen, waardoor consequenties hiervan, zoals het verschuiven van bepaalde complexere zorg, geaccepteerd wordt en vooral gezien wordt als "goede zorg, en dus waarden voor onze patiënt". Door managers van het tweede echelon werd tijdens de interviews gezegd, dat als perifere ziekenhuizen uitblinken in kwaliteit, klantgerichtheid en efficiëntie ze daarmee aantrekkelijk zijn voor de belangrijkste stakeholders; de klanten en de verzekeraar.

4.2.2 Het thema "creatie van klantwaarden"

Vanuit het literatuuronderzoek werd gevonden dat de gezondheidszorg zich meer moet gaan richten op het creëren van klantwaarden. Creatie van klantwaarden is in de profit sector meer gewoon dan in de gezondheidszorg. Onder de "creatie van klantwaarden" wordt het integrale resultaat van de organisatie bedoeld: de kwaliteit van zorg, het bedrijfseconomisch resultaat en de patiënttevredenheid.

Tijdens de interviews bleek inderdaad dat het begrip "de creatie van klantwaarden" nog geen gangbaar begrip is in de perifere ziekenhuizen. Als het begrip verder uitgelegd wordt, zijn geïnterviewden in alle vier de ziekenhuizen er wel mee bezig. De intentie van de ziekenhuizen zit vooral op het klantperspectief, minder op het aanbiedersperspectief. Een aantal operationeel leidinggevenden voelen grote druk op het aanbiedersperspectief. Door deze leidinggevenden wordt aangegeven dat in de praktijk het aanbiedersperspectief, met name de continuïteit van de organisatie lijkt te overheersen, waardoor het klantperspectief in de knel komt. Vooral bij het maken van keuzes staat het aanbiedersperspectief voorop en niet het klantperspectief, zoals dat in de verschillende missies, visies en kernwaarden is geformuleerd.

Of het aanbiedersperspectief in de zorg belangrijk is, is een dilemma wat ter sprake wordt gebracht door een aantal clustermanagers en bij de bestuurders. Bij de profit organisaties, waar enkele clustermanagers ervaring mee hebben, zijn termen als "return on sales" gewoon, ook bij de medewerkers op de werkvloer. In de ziekenhuizen is dat niet het geval. Sommige geïnterviewden verwachten dat dit over 5 jaar ook in de zorg zo zal zijn. Op dit moment wordt het sturen op de productie- en exploitatiecijfers meer gewoon bij artsen en operationeel leidinggevenden. Mogelijk wordt dit ook meer gewoon voor de verpleegkundige, de radiologielaborant en andere zorgprofessionals. Andere geïnterviewden geven aan dat het slecht zou zijn als dit gebeurt. De medewerkers op de werkvloer moeten bezig zijn met de kwaliteit van de zorg, "dat is wat ze het liefst doen".

Het is volgens de meeste geïnterviewden wel belangrijk om het onderwerp tijdens het werkoverleg te behandelen, om medewerkers mee te nemen in de ontwikkelingen die er zijn, maar het mag niet gaan overheersen boven de gesprekken over de inhoud van de zorg. Als het gaat overheersen dan gaat het ten koste van de relatie van de operationeel leidinggevende met zijn medewerkers en de relatie van professionals en de leidinggevende met de patiënt, is de mening van een aantal geïnterviewden.

In alle vier de ziekenhuizen zijn waarden geformuleerd die gericht zijn op de klant. De geïnterviewden noemen in dit verband het belang van het, naast de kwaliteit van de medische inhoud, "die gewoon goed moet zijn", goed regelen van de zaken die belangrijk zijn in de perceptie van de klant. Genoemd worden: service, logistiek en bejegening. Perifere ziekenhuizen moeten uitblinken in kwaliteit, klantgerichtheid en efficiëntie. Ook wordt door leidinggevendenden op alle drie de echelons gezegd dat als deze klantwaarden geregeld zijn, het bedrijfseconomisch resultaat vanzelf volgt. Er is wat dit betreft vertrouwen in de kwaliteit van het eigen ziekenhuis en de keuze daarin door de belangrijkste stakeholders.

Tijdens de interviews valt regelmatig het woord patiëntenparticipatie. In dit verband wordt genoemd dat de vier perifere ziekenhuizen daar nog te weinig mee doen. Het zou gewoon moeten zijn dat we de patiënten betrekken bij de herinrichting van processen en/of het maken van operationeel beleid, wordt aangegeven. Hierdoor wordt een betere verbinding met de klant gemaakt en kunnen klantwaarden verbeteren.

Bevindingen t.a.v. de geformuleerde hypotheses rondom het thema "creatie van klantwaarden".

H3: De "creatie van klantwaarden" is een integrale term voor zowel het bedrijfseconomisch als het kwalitatieve resultaat en de klanttevredenheid. Voor de volledigheid zou de term medewerkertevredenheid hier aan toegevoegd moeten worden. Tevreden medewerkers zorgen voor een hogere klanttevredenheid en betere kwalitatieve resultaten en daarmee automatisch ook een goed bedrijfseconomisch resultaat.

Alle geïnterviewden herkenden het deel van deze hypothese over tevreden medewerkers. Succesvolle leidinggevendenden hebben altijd een hoge medewerkertevredenheid score, werd hier meerdere malen gezegd door de geïnterviewden. Daar waar medewerkers op de werkvloer meer meekrijgen over de uitdagingen in het bedrijfseconomisch resultaat van de organisatie, is men meer bereid hierover mee te denken. De leidinggevende die dit goed kan uitleggen naar de medewerkers is duidelijk, medewerkers weten waar ze aan toe zijn en wat er van hen verwacht wordt. Dit maakt dat medewerkers ook meer tevreden zijn.

Zorgprofessionals gaan zich niet laten leiden door de cijfers als ze hier regelmatig mee geconfronteerd worden. Door te spreken over de bedrijfseconomische resultaten en daarbij de zorgprofessional aan te spreken op zijn verantwoordelijkheid als professional worden beide werelden meer geïntegreerd met elkaar. Zowel de kwaliteit van zorg en de klanttevredenheid als het bedrijfseconomisch resultaat worden daarmee belangrijk.

H 4: Door als zorgorganisatie meer gericht te zijn op creatie van klantwaarden kan de "toekomst bestendige zorgprofessional" gemotiveerd worden om zowel de kwalitatieve als bedrijfseconomische resultaten en klanttevredenheid belangrijk te vinden.

De tweede hypothese voor het thema "creatie van klantwaarden" is niet als zodanig meegenomen in de interviews. Het begrip *toekomst bestendige zorgprofessional* is aan het einde van het literatuuronderzoek (een groot aantal interviews waren al afgenomen) toegevoegd aan deze hypothese. Uit de bevindingen vanuit de interviews is deze hypothese wel herkenbaar. Met name bij het vertalen van de strategie en waarden naar de professionals op de werkvloer werd dit enkele keren aangehaald. Zo noemde een operationeel leidinggevende: "Als je begint met gastvrijheid en je hele organisatie hierop inricht, dan komt de efficiëntie vanzelf". Een van de clustermanagers had als voorbeeld een snelle orthopedische behandeling van een knie, waardoor de patiënt eerder naar huis kon, en er dus waarden voor zowel de patiënt als de organisatie werden gecreëerd, "professionals worden hier enthousiast van en nemen dit mee in een volgend project".

H 5: De operationeel leider is een zeer belangrijke schakel voor het creëren van klantwaarden.

In alle interviews werd gezegd door de geïnterviewden dat de operationeel leidinggevende de belangrijkste schakel was voor een succesvol resultaat van de onderneming.

De operationeel leider heeft intensief contact met zowel medewerkers als patiënten, waardoor er veel gesignaleerd kan worden. Daar beginnen de kansen om zaken te verbeteren samen met de medewerkers.

4.2.3 Het thema "de rol van de professional o.a. in het perifere ziekenhuis"

In het literatuuronderzoek kwam naar voren dat er andere verwachtingen ontstaan t.a.v. de professional dan voorheen. Genoemd werd de 'zorgprofessional van de toekomst'. Deze zorgprofessional wil meer autonomie en meer verantwoordelijkheid. Dit kan alleen samengaan met een wezenlijk andere taakopvatting. Kunneman (1996: 243) spreekt in dit verband van de "normatieve professionaliteit", waarbij een reflexieve verhouding tot het eigen professionele handelen belangrijk is.

In een aantal interviews bij alle drie de echelons kwam het belang van meer autonomie en verantwoordelijkheid voor professionals aan de orde. Een keer werd genoemd dat daarmee een beter inhoudelijk resultaat wordt bereikt. In een drietal interviews kwam aan de orde dat leidinggevend, met name bij het echelon waar de verantwoordelijkheid voor het bedrijfseconomisch resultaat ligt, dit eng vinden. Gedacht wordt dat professionals niet naar het bedrijfseconomisch resultaat willen kijken of dat er tegenstrijdige belangen zijn. Daar waar werd ervaren dat professionals zowel de kwaliteit van zorg als het bedrijfseconomisch resultaat van de organisatie belangrijk vinden, kregen deze professionals dit volgens de geïnterviewden meer mee vanuit de direct leidinggevende. "Deze leidinggevende heeft regelmatig gesprekken over zowel de kwaliteit van de dienstverlening als het bedrijfseconomisch resultaat en de verwachtingen en doelstellingen op beide onderwerpen met het team". Alle geïnterviewden gaven aan dat dit onderhoud vergt, "dit gesprek moet regelmatig herhaald worden, anders zakt het weg". Ook kwam aan de orde dat deze gesprekken altijd over beide zaken moeten gaan. Als er alleen over efficiëntie gesproken wordt dan is er geen herkenning, belangrijk is altijd de combinatie van beiden. Genoemd wordt in dit verband dat voor professionals in het perifere ziekenhuis op dit moment de euro centraal lijkt te staan. Toch worden ondanks dit nog steeds bevlogen en intrinsiek gemotiveerde zorgprofessionals gezien die kansen zoeken in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Door een aantal operationeel leidinggevend wordt genoemd dat verpleegkundige nog vaak emotioneel reageren op deze vraagstukken, dit in tegenstelling tot andere zorgprofessionals.

Een aantal geïnterviewden noemen dat professionals wel zeggen dat ze patiëntgericht zijn, maar dat in de praktijk toch vaak het eigen of afdelingsproces op de voorgrond staat. Tijdens een aantal interviews werd gesproken over waarom professionals zo snel procesgeoriënteerd raken en niet patiëntgeoriënteerd blijven. Alle professionals zijn bij de start van de opleiding intrinsiek gedreven om optimale patiëntgerichte zorg te leveren. Mogelijk heeft dit te maken met hoe we in de ziekenhuizen georganiseerd zijn. Een aantal gaven aan dat professionals snel de cultuur van de organisatie oppakken. Socialisatie speelt hierin een rol.

Bevindingen t.a.v. de geformuleerde hypotheses rondom het thema "de rol van de professional".

H6: Binnen de gezondheidszorg is behoefte aan een "toekomstbestendige zorgprofessional". Deze wil meer autonomie en meer professionele verantwoordelijkheid. Deze professional accepteert de maatschappelijke en organisatorische verplichtingen. Dit betekent een wezenlijk andere taakopvatting, waarbij de patiënt als volwaardig burger met rechten en plichten wordt benaderd, het beroep naar de hoogste kwaliteitsmaatstaven en op transparante wijze wordt uitgeoefend, de professional zich opstelt als teamlid en organisatiegenoot en bereid is om met de overheid en andere stakeholders mee te denken over de toekomst van de sector.

Regelmatig werd door geïnterviewden aangegeven dat "de jongere medisch professionals weten wat er van hen verwacht wordt". Vanuit ervaring werd door operationeel leidinggevenden genoemd dat wanneer de professional "het vertrouwen en de ruimte krijgt en neemt", ze ook de energie krijgen om een goed resultaat neer te zetten, niet alleen kwalitatief, maar ook bedrijfseconomisch.

Van de professional vraagt dit dat ze zowel de inhoud van het vak als de maatschappelijke ontwikkelingen bijhouden!

Ook van belang hierbij is de opstelling van de medische staf bij deze vraagstukken. Daar waar de medische staf hierin voorop loopt volgt de rest van de zorgprofessionals makkelijker.

4.2.4 Het thema "aanwezigheid van een bepaalde leiderschapsstijl bij succesvolle operationeel leidinggevenden?"

Verschillende leiderschapsstijlen kwamen uit het literatuuronderzoek als succesvol voor operationeel leiders naar voren, dit waren transformationeel, authentiek, betekenisvol, verbindend en de dienende leiderschapsstijl. Deze stijlen lijken veel op elkaar. Ook wordt gevonden dat met name het hanteren van verschillende stijlen van belang is, afhankelijk van de groep of de organisatie waar de operationeel leider leiding aan geeft. Weten welk effect een bepaalde leiderschapsstijl heeft op de groep is daarbij belangrijk.

In het praktijkonderzoek werd door alle geïnterviewden aangegeven dat niet één specifieke stijl verantwoordelijk is voor het succes van operationeel leidinggevende.

Net als de bevindingen die gevonden werden in het literatuuronderzoek vinden de geïnterviewden het belangrijk dat de leidinggevende meerdere stijlen kan hanteren en hierin kan afwisselen afhankelijk van de situatie. Termen die in dit verband genoemd worden door de geïnterviewden zijn; waardegedreven, authentiek, charismatisch en situationeel.

De bevindingen t.a.v. de geformuleerde hypotheses rondom het thema " Leiderschapsstijl van de operationeel leidinggevende belangrijk voor de creatie van klantwaarde ".

H7: De creatie van klantwaarden en een waardegedreven organisatie vraagt om goede operationele sturing en verbindend leiderschap. Dit om het huis op orde te krijgen en gericht te zijn op het in gezamenlijkheid verbeteren van prestaties. Hiermee kan hoogwaardige zorg tegen acceptabele kosten geleverd worden.

De literatuurbevindingen van waaruit deze hypothese is opgesteld werden ook gevonden bij het praktijkonderzoek. De stijl waar de meeste resultaten mee werden behaald waren zowel gericht op verbinding als op een goede operationele sturing, waarbij met name duidelijke communicatie over verwachtingen en resultaten werd genoemd. In deze teams bleek naast hoge kwaliteit van zorg ook het bedrijfseconomische resultaat goed te zijn. Tevens werd gevonden dat zowel de patiënt- als medewerkertevredenheid er hoog was.

H8: Transformationeel leiderschap is een leiderschapsstijl die in een kennisorganisatie, zoals de gezondheidszorg tot goede resultaten leidt op het gebied van de creatie van klantwaarden.

Bovengenoemde hypothese is in het praktijkonderzoek niet volledig terug gevonden. De competenties genoemd bij de transformationele leiderschapsstijl worden door alle geïnterviewden herkend als belangrijk voor succesvol operationeel leidinggeven. Echter iedereen noemt daarnaast nog aanvullende competenties. De competenties genoemd bij de transformationele leiderschapsstijl zijn daarom niet volledig.

4.2.5 Het thema "aanwezigheid van een bepaalde competenties bij succesvolle operationeel leidinggevenden?"

Vanuit het literatuuronderzoek werden veel verschillende competenties genoemd. Zowel zakelijke als mensgerichte zijn hierbij belangrijk. Nadruk moet bij een operationeel leidinggevende, volgens de bevindingen uit het literatuuronderzoek, wel op de mensgerichte competenties zitten.

Uit verschillende onderzoeken werd geconcludeerd dat coachen, ondersteunen en faciliteren daarbij belangrijk worden in de gezondheidszorg.

Tijdens de interviews in het praktijkonderzoek werd een veelheid aan competenties genoemd welke van belang zijn voor het behalen van het resultaat bij succesvolle operationeel leidinggevenden. Ik heb getracht de competenties te rubriceren.

De volgorde van beschrijving geeft de belangrijkheid van het onderwerp aan uit het praktijkonderzoek. Een aantal vallen op omdat ze door alle 10 de geïnterviewden genoemd worden.

Duidelijke communiceren

Als meest belangrijke competentie wordt "duidelijk communiceren" genoemd. Alle geïnterviewden noemden deze competentie. Voorbeeld van onderwerpen in dit verband waren de communicatie over: verwachtingen, resultaten (ook als deze niet goed zijn of negatief uitpakken voor de medewerkers), ambitie, fouten, grenzen aangeven en kaders. Daarmee wordt duidelijk dat het belang van deze competentie vooral ligt bij het goed communiceren over de harde verwachtingen die de leidinggevende naar zijn team en de individuele medewerkers heeft. Het is belangrijk dat medewerkers en ook andere stakeholders op de afdeling, bijvoorbeeld de vakgroep en de andere professionals weten wat er van hen verwacht wordt en hier op aangesproken worden.

Daarbij werd in dit verband ook gesproken over het hebben van hoge verwachtingen en het hierover duidelijk communiceren. Alle succesvolle leidinggevenden hadden hoge verwachtingen naar de medewerkers toe en door de manier van communiceren hierover ontstond ambitie bij de individuele medewerker maar ook bij het team.

Aanspreekgedrag is een competentie welke ook door alle geïnterviewden wordt genoemd als essentieel voor succes. Met name ook het faciliteren van een positieve aanspreekcultuur op de afdeling. Ook hiervoor is goede communicatie van belang.

Leiderschap tonen

Door de meeste geïnterviewden wordt genoemd dat de succesvol operationeel leidinggevende leiderschap toont. In deze context wordt ook weer genoemd dat de leider duidelijk moet zijn over verwachtingen, besluitvaardig moet zijn en daadkracht moet tonen.

Visie

In combinatie met goed communiceren werd ook gesproken over het hebben van visie. De leidinggevende moet een duidelijke visie hebben en hierover goed kunnen communiceren.

Mensgericht

Door alle geïnterviewden wordt de competentie "mensgericht" genoemd. Een geïnterviewde noemde daarbij dat "het zonder deze competentie leiding willen geven in de zorg niets wordt". Overigens noemt ze direct daarna dat dit ook voor organisaties buiten de zorg geldt, met andere woorden, het betreft een competentie die elke leidinggevende moet hebben ongeacht de sector waar leiding wordt gegeven. Belangrijke competenties hierbij zijn faciliteren van medewerkers, betrokken, regelmatig waardering uitspreken, integer en respect.

Verbinden

Een belangrijke eigenschap voor de operationeel leidinggevende in de perifere ziekenhuizen is het kunnen verbinden. Dit komt zowel uit het literatuur- als uit het praktijkonderzoek naar voren. Verbinding kunnen maken met alle stakeholders (zowel de medewerker, arts, als de patiënt en diens naasten). Competenties die hierbij aan de orde kwamen waren: omgevingssensitief, intuïtief, natuurlijke interesse in mensen, doortastend zijn, bewust van de eigen invloed op het gedrag van medewerkers, gevoel direct bespreekbaar kunnen maken op verschillende niveaus en de competentie om medewerkers uit de comfortzone te kunnen halen, wat betekent dat er vertrouwen is om fouten te mogen maken. Ook nodig hierbij zijn de competenties: coachen, support en steun geven aan de medewerkers en durven te differentiëren.

Genoemd werd tijdens de interviews dat als de operationeel leidinggevende een constructieve relatie had met de vakgroep, waarbij er zowel verbinding op de inhoud als op de organisatorische aspecten aanwezig was, dat dan vaak op alle andere vlakken ook resultaten werden geboekt. In elk interview werd in eerste instantie gezegd dat dit door de mentaliteit van de vakgroep kwam. In alle interviews vroeg ik daarop wat daarbij de kip of het ei was. In elk interview werd bevestigd dat dit inderdaad kwam door de manier waarop er leiding gegeven werd. Niet alleen aan de medewerkers, ook aan de vakgroep werd op dezelfde manier leiding gegeven, waardoor verwachtingen duidelijk waren en ook de vakgroep zaken meer constructief kon oppakken.

Eerlijk en transparant

Ook eerlijk en transparant zijn, zijn veelvuldig genoemde competenties. Met name naar jezelf toe als operationeel leidinggevende. Dicht bij jezelf blijven en geen dingen doen waar je niet achter kunt staan. Hierdoor ontstaat voorspelbaarheid en betrouwbaarheid bij het team.

Los kunnen laten, vertrouwen hebben in de medewerkers, kunnen delegeren.

Bij een meerderheid van de interviews wordt genoemd dat het belangrijk is dat er vertrouwen en waardering is bij de leidinggevendenden ten aanzien van de professionals en dat de professional autonoom mag handelen. Juist in tijden van crisis en forse bezuinigingen gaat dit fout, er wordt over professionals besloten waardoor ze niet mee kunnen. Juist in tijden van crisis is het van belang om hen de doelstellingen mee te geven en vertrouwen te houden in een goede uitkomst ervan.

Stabiliteit

In enkele interviews werd gesproken over ervaring van de leidinggevende. Ervaring in het eigen vak, ervaring in het leidinggeven en levenservaring werden belangrijk gevonden. Na ontrafeling werd hier bedoeld op de "stabiliteit" van de leidinggevende. Voorspelbaar, stabiel, weten wat je er aan hebt zowel als persoon als in het werk.

Zelfreflexie

Ook bij alle interviews kwam aan de orde dat een grote mate van zelfreflexie belangrijk is bij succesvol operationeel leidinggevendenden. Met name het zich kwetsbaar op kunnen stellen en goed op de hoogte zijn van de eigen ontwikkelpunten en willen leren is hierbij van belang.

Goede leiders zijn waardegedreven

Alle geïnterviewden beaamen dat de succesvolle leiders die ze voor ogen hadden intrinsiek waardegedreven waren. Vooral het intrinsiek waardegedreven zijn, wordt als belangrijk ervaren. Als er een combinatie is tussen de intrinsiek waardegedrevenheid van de leider en de organisatiewaarden dan ontstaat een waardegedreven organisatie met goede resultaten. Zeker als deze waardegedrevenheid ook duidelijk vertaald kan worden door de leider naar de medewerkers. Deze leiders hebben visie, zijn resultaatgericht en weten waar ze naar toe willen. Ze zijn voorspelbaar voor hun medewerkers en zien het belang van voorbeeldgedrag. Een enkele maal wordt gezegd dat er een sneeuwbaaleffect ontstaat als de intrinsiek gedreven leider de intrinsieke motivatie van zijn medewerkers kan raken. Waardegedreven leiders zorgen voor waardegedreven medewerkers en daarmee ontstaan waardegedreven teams. Het team komt daardoor in een flow en de resultaten worden sterker.

De bevindingen t.a.v. de geformuleerde hypotheses rondom het thema "aanwezigheid van een bepaalde competenties bij succesvolle operationeel leidinggevendenden?"

H9: Voorbeeldgedrag in alle lagen van het management is belangrijk om creatie van klantwaarden te bewerkstelligen in het operationele proces.

Deze hypothese werd door alle geïnterviewden bevestigd. Voorbeeldgedrag werd daarbij als een van de belangrijkste competenties voor alle leidinggevende echelons gezien. Met name het goed aanvoelen wat je als leidinggevende niet moet doen, wordt als heel belangrijk aangegeven. Dit heeft veel te maken met intuïtie en ook omgevingssensitiviteit. Het gaat hierbij vaak om intrinsiek waardegedreven leiders, ze zijn voorspelbaar, integer en authentiek. Hebben een natuurlijke interesse in mensen, zijn doortastend en bewust van hun invloed op het gedrag van medewerkers. Medewerkers gaan doen wat de leider ook doet. Indien de leider ander gedrag laat zien dan wat er met elkaar afgesproken is, dan wordt het voor medewerkers ook legitiem om zich niet aan de regels te houden! Er is dan geen verbinding meer tussen de leider en zijn medewerkers.

H10: Managers moeten in de samenwerking met "de professional van de toekomst" positie durven kiezen, betrokken zijn bij het primaire proces en willen innoveren.

Deze hypothese is niet aan de orde geweest in de interviews. Wel kan ik deze hypothese tegen de bevindingen uit de interviews aanhouden. We zien in de interviews de competentie "goed communiceren" en "dicht bij de werkvloer staan" terugkomen. In het praktijkonderzoek werd de competentie "goed communiceren" met name over de harde verwachtingen die de leidinggevende heeft naar teams en individuele medewerkers toe gevonden. Ook hierbij werd het hebben van hoge verwachtingen naar de medewerkers en alle andere betrokkene op de afdeling toe gevonden. Door de manier van communiceren hierover ontstaat ambitie bij de individuele medewerker maar ook bij het team. Ook belangrijk hierbij is het kunnen en durven aanspreken van iedereen van hoog tot laag en het faciliteren van de aanspreekcultuur op de afdeling. Tevens hoort hier de competentie "leiderschap en daadkracht tonen en besluiten durven nemen" bij.

Hierbij hoort ook de "rolopvatting" van de leidinggevende, zoals beschreven in 4.2.7. Het "met de poten in de klei willen staan", het "proces goed kennen", maar ook het "overzicht over het totaal hebben" zijn kenmerken die bij rolopvatting worden genoemd en belangrijk zijn.

H11: Medewerkers en leidinggevendenden binnen de zorg die de juiste focus hebben en houden en die weten te verbinden kunnen creatie van klantwaarden bewerkstelligen.

In deze hypothese komt het verbinden weer terug. Zowel in de literatuur als in de praktijk blijkt verbinden een hele belangrijke competentie. Alle 10 geïnterviewden noemden deze competentie in de een of andere context. Het gaat daarbij niet alleen om het verbinden van de leidinggevendenden met de medewerkers. Het gaat vooral om het vermogen van de leidinggevende om medewerkers van de werkvloer gemotiveerd en enthousiast te maken over de waarden en doelstellingen van de organisatie en de daarbij horende verwachtingen.

4.2.6 Het thema "het resultaat van de organisatie"

In de bevindingen vanuit de literatuur kwam dat de gezondheidszorg op dit moment afgerekend wordt als een commercieel bedrijf en daarmee ook zakelijker moet worden. Uit het literatuuronderzoek komt ook dat de verzakelijking te ver doorslaat en klantwaarden nog niet voldoende voorop staan in de gezondheidszorg. De verbinding met de inhoud van de zorg, de professionals en met name de patiënt lijkt daarmee verloren te gaan.

In het praktijkonderzoek wordt bevestigd dat deze verzakelijking in alle vier de perifere ziekenhuizen aanwezig is. Juist de perifere ziekenhuizen zijn hier voorloper in, omdat de druk van zowel de verzekering als de banken daar hoog is. Er is een planning en control cyclus waarbij verantwoording wordt afgelegd naar het hogere echelon volgens een vast format. Dit gebeurt minimaal eenmaal per kwartaal. Managementinformatie is steeds beter en vaker voorhanden. Er wordt gestuurd op harde resultaten, waarbij cijfers van exploitatie, productie, ziekteverzuim, verloop, prestatie-indicatoren, en tevredenheidsonderzoeken worden genoemd.

De meeste geïnterviewden noemen ook het belang van sturen op de zachtere factoren zoals sfeer, onderstroom, uitstraling en het onderbuikgevoel. Dit zijn zeer belangrijke zaken en wordt in die zin ook genoemd als resultaten waar met name de operationeel leidinggevenden oog voor moeten hebben. Omgevingssensitiviteit, intuïtie en daar op verschillende manieren op kunnen interveniëren, wordt een belangrijke competentie gevonden. Ook wordt het continu uit de comfortzone kunnen en willen stappen genoemd als een belangrijke eigenschap voor de operationeel leidinggevende. Als de operationeel leidinggevende weinig of geen omgevingssensitiviteit heeft mist hij/zij belangrijke signalen van het team. Met name voor het integraal resultaat van het totale team is dit van belang.

De bevindingen t.a.v. de geformuleerde hypotheses rondom het thema "resultaten van de zorg"

H12: Betere kwaliteit en grotere efficiëntie zijn complementair (porter, 2006).

Deze hypothese is niet getoetst in het praktijkonderzoek. Er wordt door een enkele geïnterviewde een relatie gezien; "als je de gastvrijheid regelt dan volgt de efficiëntie vanzelf". Leidinggevenden op alle drie de echelons zeggen dat als de klantwaarden geregeld zijn het bedrijfseconomisch resultaat vanzelf volgt. Ook wordt gezegd dat succesvol operationeel leidinggevenden meestal op alle drie de resultaten die genoemd worden bij de term creatie van klantwaarden succesvol zijn. Daarmee kun je concluderen dat kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en het bedrijfseconomisch resultaat vaak hand in hand gaan.

H13: Er bestaat een direct verband tussen medewerkertevredenheid, medewerkerloyaliteit, klantloyaliteit en de financiële prestatie van een organisatie (Heskett et al., 1994).

Deze hypothese werd in een aantal interviews bevestigd. Meerdere keren werd gezegd dat succesvolle leidinggevenden altijd een hoge medewerkertevredenheid score hebben. Vaak werd hierna gezegd dat de rest daar vanzelf uit voort vloeit. Medewerkers worden meegenomen bij deze leidinggevenden, het waarom van keuzes en strategie wordt uitgelegd aan de medewerkers. Er is daardoor een verbinding tussen de medewerker en de doelen van de organisatie. De intrinsieke motivatie van de medewerker wordt hierbij aangesproken.

4.2.7 Additionele bevindingen vanuit het praktijkonderzoek

Rolopvatting

Een aantal malen komt naar voren dat het mogelijk niet gaat om de stijl of de competenties, maar meer om de rolopvatting en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden die de operationeel leidinggevende voelt. Bevindingen die daarbij aan de orde kwamen zijn eerder ook genoemd als belangrijke competenties. Het gaat bij de rolopvatting veel meer over hoe de leidinggevende met deze competenties omgaat. Het zijn leidinggevenden die bewust ervoor zorgen dat ze zichtbaar zijn op de werkvloer. Uitspraken als "ik heb de printer ingeschakeld die naast de balie op de afdeling staat zodat ik regelmatig daar rondloop en voel wat er gebeurt", "als er zorgen zijn bij een team over de werkdruk of processen die we willen veranderen dan loop ik met deze medewerkers mee om zelf te ervaren waar ze tegenaan lopen", "de deur staat altijd open", "ze zijn gewend gewoon even binnen te lopen, van afdelingsassistent tot aan de vakgroep". Deze leidinggevenden zijn niet "one of the guys", ze zijn daadkrachtig en nemen als dit nodig is de besluiten, maar ze staan wel heel dichtbij de medewerkers en het team en zijn daardoor goed aanspreekbaar. Ook zijn ze in staat om even bij te springen op welke manier dan ook als dit nodig is en ze voelen ook meteen aan wanneer dit nodig is. Ze geven hiermee aan dat ze met de "poten in de klei te kunnen staan". Bij deze rolopvatting hoort ook dat deze leider het operationele proces goed kent en daarnaast een helicopterview heeft en deze uitdraagt op de werkvloer.

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In deze thesis staat de volgende vraag centraal:

Welke leiderschapsstijl en/of welke competenties van het operationeel management zijn positief van invloed op de creatie van klantwaarden in een perifere ziekenhuis in Nederland en welke aanbevelingen zijn op te stellen vanuit de analyse van de confrontatie van het theoretisch onderzoek met het praktijkonderzoek?

In hoofdstuk 2 zijn de bevindingen vanuit de literatuurstudie uiteengezet en 13 hypotheses opgesteld, in hoofdstuk 4 zijn de bevindingen uit het praktijkonderzoek uiteengezet. In hoofdstuk 5 worden vanuit deze twee onderzoeken en de confrontatie van de theorie met de praktijk, conclusies en aanbevelingen beschreven. In paragraaf 5.2 worden de conclusies en aanbevelingen per thema beschreven in een zevental subparagrafen. In paragraaf 5.3 volgt de discussie. Paragraaf 5.4 bevat de nabeschuiving.

5.2 Conclusies en aanbevelingen gerubriceerd naar de zes thema's

5.2.1 Het thema "waardegedreven organisatie"

Conclusies

- Voor het herstel van het evenwicht tussen perifere ziekenhuizen, de overheid, de zorgverzekeraar en daarmee de patiënt is het van belang dat de perifere ziekenhuizen zich in het algemeen meer gaat richten op het ontwikkelen van de organisaties naar een "brede waardegedreven zorgorganisatie" waarbij de waarden voor de patiënt centraal komen te staan. De huidige 'zero sum competition' kan hiermee gekeerd worden naar 'positive sum competition'.
- Het is belangrijk om waarden op strategisch niveau te ontwikkelen en deze door te vertalen naar de medewerkers op de werkvloer. Om de waarden meer te laten leven binnen de organisatie moeten ze meegenomen worden bij alle besluiten die genomen worden in de organisatie.
- Om de concurrentieslag te kunnen maken is het voor perifere ziekenhuizen belangrijk dat er waarden vanuit het klantperspectief zijn geformuleerd en hierop wordt geëxcelleerd.
- In organisaties waar alignement is over de waarden en de inhoud ervan bij alle management lagen en de medische staf leven de waarden meer op de werkvloer.
- Focus aanbrengen in het te leveren product is voor perifere ziekenhuizen belangrijk om de bedrijfscontinuïteit te waarborgen.
- Perifere ziekenhuizen die uitblinken in kwaliteit, klantgerichtheid en efficiëntie worden aantrekkelijker voor de belangrijkste stakeholders: de patiënt en de zorgverzekeraar.

Aanbevelingen

- Zorg ervoor dat perifere ziekenhuizen zich breed waardegedreven gaan profileren om de bedrijfscontinuïteit te waarborgen en de concurrentie van 'zero sum competition' om te buigen naar 'positive sum competition'.
- Zorg voor het levend maken van deze waarden door ze altijd mee te nemen bij besluitvorming en dit ook te communiceren.
- Zorg ervoor dat er duidelijke waarden geformuleerd zijn vanuit het klantperspectief en dat hierop geëxcelleerd wordt binnen de organisatie. Kwaliteit van zorg, klantgerichtheid en efficiëntie zijn hierbij van belang.
- Zorg voor alignement van deze waarden in alle management lagen en bij de medische staf.
- Breng focus aan in het te leveren product. Wees duidelijk hierover naar alle stakeholders, zowel intern als extern.

5.2.2 Het thema "creatie van klantwaarden"

Conclusies

- In de perifere ziekenhuizen staat het klantperspectief voorop in de geformuleerde waarden. In de praktijk overheerst echter op dit moment de kostenbeheersing waardoor het aanbiedersperspectief op de voorgrond staat.
- In het literatuuronderzoek wordt gevonden dat de term creatie van klantwaarden uit drie pijlers is opgebouwd, kwaliteit van het product, klanttevredenheid en het bedrijfseconomisch resultaat. De pijler medewerkertevredenheid is een vierde belangrijke pijler en moet hier aan toegevoegd worden.
- De operationeel leidinggevenden is de belangrijkste schakel in het behalen van succes voor de organisatie.
- Medewerkertevredenheid is een belangrijke indicator voor succesvolle operationeel leidinggevenden.
- Voor de perifere ziekenhuizen zijn klantwaarden als bejegening, service en ervaringen van de patiënt op dit moment belangrijk, met name om de concurrentiepositie te verstevigen.
- Het aanbiedersperspectief moet niet overheersen in de gezondheidszorg, er moet een goed evenwicht zijn in de gesprekken met professionals over kwaliteit van zorg en het bedrijfseconomische resultaat. Als er alleen over cijfers gesproken wordt gaat dit ten kosten van de relatie van management met de professional en de relatie tussen de professional en de patiënt.
- De toekomst bestendige zorgprofessionals kan aangesproken worden op zowel de kwaliteit van de zorg als de maatschappelijke verantwoordelijkheden. Ze zijn gemotiveerd om op beide vlakken resultaat te behalen.
- Perifere ziekenhuizen moeten uitblinken in kwaliteit, klantgerichtheid en efficiëntie. Ze zijn daarmee aantrekkelijk voor de belangrijkste stakeholders: de klanten en de verzekeraars.
- Als de klantwaarden goed geregeld zijn volgen de bedrijfseconomische resultaten vanzelf.
- Perifere ziekenhuizen zijn zoekend naar mogelijkheden om patiëntenparticipatie ofwel het betrekken van patiënten bij het maken van beleid, reorganiseren van processen en de verbinding leggen met patiëntenverenigingen en cliëntenraden beter te implementeren binnen de organisatie.

Aanbevelingen

- Zorg voor goede operationeel leiders, dit echelon is het meest belangrijk voor het resultaat van de organisatie.
- Zet het operationeel leidinggevenden echelon goed neer binnen de organisatie. Zorg ervoor dat de operationeel leidinggevenden belangrijker worden. Met goed operationeel management ontstaat een succesvolle organisatie. Neem daarom de sollicitatieprocedure voor de operationeel leidinggevenden serieus. Zoek niet alleen naar zakelijke competentie, ook de mensgerichte en verbindende competenties zijn van belang voor een goed resultaat.
- Laat regelmatig een medewerkertevredenheid onderzoek uitvoeren en zorg ervoor dat over de resultaten van dit onderzoek gesprek ontstaat tussen het management van het tweede echelon en de operationeel leidinggevenden. Neem de in dit onderzoek genoemde belangrijke competenties van operationeel leidinggevenden mee in het onderzoek en dit gesprek.
- Het perifere ziekenhuis moet inzetten op het excelleren op het gebied van de kwaliteit van zorg, klantgerichtheid en efficiëntie. Met name de klantwaarden als bejegening, service en ervaringen van de patiënt zijn daarbij van belang.
- Zorg voor implementatie van verder gaande patiëntenparticipatie binnen de organisatie, met name door het betrekken van de patiënt bij de reorganisatie van zorgprocessen en het betrekken van patiëntenverenigingen en cliëntenraad bij het maken van het zorgbeleid. Ondersteun de operationeel leidinggevenden en de professionals hierbij.

5.2.3 Het thema "de rol van de professional in het perifere ziekenhuis"

Conclusies

- Binnen de gezondheidszorg is behoefte aan een "toekomstbestendige zorgprofessional".
- De "toekomstbestendige zorgprofessional" wil meer autonomie en meer professionele verantwoordelijkheid en accepteert de maatschappelijke en organisatorische verplichtingen.
- Het management echelon waar de verantwoordelijkheid voor de bedrijfscontinuïteit ligt vindt het lastig om verantwoordelijkheid en autonomie bij professionals te houden. Gedacht wordt dat de professionals niet willen denken over het bedrijfseconomisch resultaat van de organisatie en dat er tegenstrijdige belangen hierover zijn.
- De professionals waar de operationeel leidinggevenden regelmatig mee in gesprek gaat over de verwachtingen en doelstellingen, zowel op het gebied van de kwaliteit van de zorg als het bedrijfseconomisch gebied, zijn meer in staat om op beide pijlers goede resultaten te behalen. Goed evenwicht houden tussen beide onderwerpen is hierbij van belang.
- Daar waar de medische staf met betrekking tot de verwachtingen en doelstellingen van de organisatie voorop loopt volgen de anderen professionals gemakkelijker.
- Professionals vinden dat ze patiëntgericht zijn, in de praktijk overheerst vaak het proces denken.

Aanbevelingen

- Geef professionals autonomie en verantwoordelijkheid en spreek ze ook aan op hun verantwoordelijkheden m.b.t. maatschappelijke en organisatorische verplichtingen.
- Neem professionals mee in de visie, missie en kernwaarden en deel de verwachtingen en doelstellingen zowel op het gebied van de medische inhoud als de bedrijfseconomische doelstellingen. Zorg ervoor dat er evenwicht zit in het gesprek over deze beide resultaatgebieden.
- Zorg voor goed alignement met de waarden, verwachtingen en doelstellingen bij het alle managementlagen en de medische staf.
- Maak de procesgerichte overheersing boven de patiëntgerichtheid in het ziekenhuis bespreekbaar met professionals en geef het juiste voorbeeld hierin.

5.2.4 Het thema "aanwezigheid van een bepaalde leiderschapsstijl bij succesvolle operationeel leidinggevenden?"

Conclusies

- Een succesvolle operationeel leidinggevende kan meerdere leiderschapsstijlen hanteren, afhankelijk van de groep medewerkers en de zelfsturendheid van het team waar hij/zij leiding aan geeft. Belangrijk hierbij is dat de operationeel leider weet welk effect deze stijlen hebben op het gedrag van het team waaraan hij/zij leiding geeft.
- Creatie van klantwaarden en waardegedreven organisaties vragen om goede operationele sturing en verbindend leiderschap. Hiermee kan hoogwaardige zorg tegen acceptabele kosten geleverd worden.

Aanbevelingen

- Benoem geen leiderschapsstijl als meest belangrijk in de visie op leiderschap van de organisatie, maar beschrijf de noodzaak tot het kunnen hanteren van meerdere stijlen afhankelijk van het niveau en volwassenheid van het team waaraan leiding gegeven wordt.
- Beschrijf in de visie op leiderschap de noodzaak voor goede operationele sturing en verbindend leiderschap bij de operationeel leidinggevenden in de organisatie.

5.2.5 Het thema "aanwezigheid van een bepaalde competenties bij succesvolle operationeel leidinggevenden?"

Conclusies

- De belangrijkste competentie voor operationeel leidinggevenden van perifere ziekenhuizen voor de creatie van klantwaarden is "duidelijk communiceren" met name over en de verwachtingen die de leidinggevenden heeft t.a.v. resultaten en doelstellingen, zowel voor het team als de individuele professional en andere stakeholders op de afdeling (arts, andere zorgprofessionals, patiënt, bezoeker).
- Duidelijke communicatie, zowel over positieve als over negatieve resultaten is belangrijk voor het integrale resultaat.
- Duidelijke communicatie in relatie tot het hebben van hoge verwachtingen en het kunnen neerzetten van een aanspreekcultuur zijn belangrijke competenties voor succesvolle operationeel leidinggevenden in perifere ziekenhuizen.
- Hoge verwachtingen van de operationeel leidinggevende leidt tot hoge verwachtingen binnen teams naar elkaar toe en daardoor een hoge team ambities.
- Een succesvol operationeel leidinggevenden heeft een duidelijke visie en weet deze uit te dragen.
- Andere belangrijke competenties voor succesvolle operationeel leidinggevenden zijn "leiderschap tonen", "duidelijk zijn over verwachtingen", "besluitvaardig" en "daadkracht tonen".
- Een succesvol operationeel leidinggevende in een perifere ziekenhuis is "mensgericht" en "verbindend". Belangrijke competenties die hierbij aanwezig moeten zijn zijn "faciliteren", "betrokken", "waardering uitspreken", "integer" en "respectvol zijn".
- Verbindend leiderschap is belangrijk in perifere ziekenhuizen voor het behalen van succes. Om te kunnen verbinden zijn zachtere competenties als omgevingssensitiviteit, intuïtie, natuurlijke interesse, doortastendheid en bewust zijn van je invloed als leidinggevende op de medewerkers noodzakelijk.
- Bevindingen bespreekbaar kunnen maken zowel op de inhoud, het proces, de interactie en het gevoel is waardevol.
- Succesvolle operationeel leidinggevenden willen en durven continu uit hun comfortzone te stappen.
- Het gaat bij de competentie verbinden vooral om het vermogen van de leidinggevende om medewerkers van de werkvloer gemotiveerd en enthousiast te maken over de waarden en doelstellingen en de daarbij horende verwachtingen van de organisatie.
- Goede operationele sturing en verbindend leiderschap leidt tot hoogwaardige zorg en tegen acceptabele kosten.
- Andere belangrijke competenties zijn; Eerlijk, transparant, stabiliteit en zelfreflexie.
- Daar waar de operationeel leidinggevenden in perifere ziekenhuizen de professionals los kunnen laten en vertrouwen en autonomie kunnen geven ontstaan toekomstbestendige professionele teams met ambities zowel voor een hoge kwaliteit van zorg als een goed bedrijfseconomisch resultaat.
- De operationeel leidinggevende met een constructieve relatie met de vakgroep, waarbij er zowel sprake is van verbinding op de inhoud als op de organisatorische aspecten, heeft meestal ook goede resultaten bij de creatie van klantwaarden.
- Succesvolle operationeel leidinggevenden zijn intrinsiek waardegedreven.
- Een succesvolle waardegedreven organisatie ontstaat als er een combinatie is tussen een intrinsiek waardegedreven leidinggevende gecombineerd met organisatiewaarden waar de leider en de medewerkers achter staan.

- Waardegedreven leiders zorgen voor waardegedreven medewerkers en daardoor voor waardegedreven teams. Er ontstaat een sneeuwbal effect. Het team komt daardoor in een flow.
- Voorbeeldgedrag in alle lagen van het management is belangrijk om creatie van klantwaarden te bewerkstelligen in het operationeel proces.
- Succesvolle operationeel leidinggevend in perifere ziekenhuizen hebben ook altijd een hoge medewerkertevredenheid.

Aanbevelingen

- Zoek naar operationeel leidinggevend met ambitie, hoge verwachtingen en visie op het behalen van de verschillende resultaten van de afdeling, zowel op gebied van kwaliteit van zorg en klanttevredenheid als op het bedrijfseconomisch gebied.
- Zoek naar operationeel leidinggevend die goed kunnen communiceren over deze verwachtingen en de behaalde resultaten zowel bij een negatief als bij een positief resultaat.
- Zoek naar operationeel leidinggevend met verbindende en mensgerichte competenties. Bij de verbindende competenties is vooral het vermogen om te verbinden op de inhoud van waarden en doelstellingen en de daarbij horende verwachtingen van belang.
- Zorg voor voldoende ondersteuning bij het gesprek van de operationeel leidinggevende met de medewerkers op de werkvloer over zowel kwaliteit van zorg als de bedrijfseconomische parameters. Neem dit gesprek serieus. Zowel het operationeel leidinggevende echelon als de hogere management echelons moeten goed evenwicht brengen in het gesprek hierover.
- Zorg voor ontwikkeling op het gebied van belangrijke competenties voor operationeel leidinggevend zoals hierboven genoemd zijn, met name de mensgerichte, maar ook de zakelijke competenties. Daarbij is het heel belangrijk dat bevindingen op zowel inhoud, proces, relatie en gevoel bespreekbaar kunnen worden gemaakt door de operationeel leidinggevende.
- Selecteer leidinggevend die uit hun comfortzone durven en willen stappen. Hierbij is rugdekking van de hogere management echelons van belang.
- Geef de toekomst bestendige zorgprofessionals vertrouwen, verantwoordelijkheid en autonomie. Zorg ervoor dat dit ook gebeurd op het operationeel leidinggevend niveau.
- Selecteer intrinsiek waardegedreven leidinggevend op alle management niveaus, en zorg ervoor dat deze leidinggevend dit ook een hele belangrijke competentie vinden bij de aanname van medewerkers. Ga regelmatig in gesprek over deze eigenschap zodat leidinggevend en ook medewerkers op tijd een volgende uitdaging aangaan zodat ze intrinsiek waardegedreven kunnen blijven.
- Bespreek regelmatig met alle leidinggevend binnen het perifere ziekenhuis welk voorbeeldgedrag u van hen verwacht. Discussie over bepaalde casussen is hierbij verhelderend.
- Richt u op een hoge medewerkertevredenheid. Dit is een belangrijke indicator voor het niveau van de operationeel leidinggevende en zorgt voor het verhogen van de patiënttevredenheid. Bespreek resultaten ervan met elkaar en zorg voor ontwikkeling daar waar dit nodig is.

5.2.6 Het thema "resultaten waarop gestuurd wordt in de perifere ziekenhuizen"

Conclusies

- In perifere ziekenhuizen slaat op dit moment de verzakelijking te ver door. Daarnaast staan klantwaarden nog onvoldoende centraal. De verbinding met de inhoud van de zorg, de professionals en met name de patiënt lijkt daarmee verloren te gaan.
- In de perifere ziekenhuizen overheerst de efficiëntieslag. Dit is nog niet goed doorvertaald naar de werkvloer. Operationeel leidinggevend zoeken naar het juiste evenwicht tussen het praten over de kwaliteit van de patiëntenzorg en praten over efficiëntie.
- Sturen op de "zachtere factoren" is voor een operationeel leidinggevende in een perifeer ziekenhuis van belang. Dit gaat om zaken als sfeer, onderstroom, uitstraling en het onderbuikgevoel.

Aanbevelingen

- Zorg voor een goed evenwicht tussen de bedrijfseconomische parameters, de inhoud van de zorg en de klantwaarden. Hierdoor ontstaat weer meer verbinding tussen organisatie, professionals en patiënten. Deze verbinding lijkt door de sterke nadruk op verzakelijking op dit moment weg.
- Zorg ervoor dat de operationeel leidinggevende een goed evenwicht vindt in het gesprek over kwaliteit van de geboden zorg en de bedrijfseconomische doelstellingen. Voldoende evenwicht zorgt ervoor dat professionals gemotiveerd worden om beide onderwerpen belangrijk te vinden. Voor het alignement hierover binnen alle managementlagen en de medische staf is het van belang om de manier waarop dit gedaan wordt regelmatig met elkaar te bespreken.
- Om te kunnen sturen op de zachtere kant van de zorg is omgevingssensitiviteit een belangrijke competentie voor operationeel leidinggevers in perifere ziekenhuizen. Zorg ervoor dat de operationeel leidinggevers deze competentie goed gebruiken en verder kunnen ontwikkelen.

5.2.7 Conclusie additionele bevinding

Rolopvatting

De rolopvatting van de operationeel leidinggevende is belangrijk voor de manier waarop de operationeel leidinggevende zijn functie uitoefent. Dit is van invloed op de manier waarop de operationeel zijn medewerkers kan motiveren.

Aanbevelingen

- Zorg ervoor dat de rolopvatting van de operationeel leidinggevende in een perifere ziekenhuis duidelijk is. Maak dit onderdeel van de gesprekken zowel in het regulier overleg tussen de leidinggevende van het 1e en 2e echelon als in het werkoverleg met het team en het managementteam. Spreek daarbij de verwachtingen over de rolopvatting naar elkaar uit.

5.3 Nabeschouwing

Mijn eerste onderzoek werd een leerzame maar ook lastige zoektocht. Een thesis maken, je willen focussen maar ook in de spagaat tussen de vele ontwikkelingen in je werkveld zitten, heb ik ervaren als lastig. Tijd maken, prioriteiten stellen werd naarmate de tijd ging dringen steeds belangrijker. Vaak zat ik even vast, afstand nemen was het enige wat hielp, maar door tijdsdruk wil je dat op dat moment niet. Ervaring nu na enige maanden leert dat doorgaan dan niet helpt.

Leerzaam was de vele informatie over een onderwerp wat me erg interesseert, het structureren hiervan en hoofd- en bijzaken uit elkaar halen! Alles is interessant en alles lijkt in eerste instantie belangrijk voor de uitkomst. Hoe doe je dat in een beperkt onderzoek als deze thesis? Het proces van het schrappen van in mijn ogen leuke/mooie bevindingen die niet relevant waren voor de onderzoeksvraag! Een lastig proces!

Uiteindelijk ligt hier nu het resultaat en daar ben ik tevreden over. De uitkomst is mooi en de vele inzichten die het me gegeven heeft zijn nuttig. Ik hoop met de conclusies en aanbevelingen anderen te kunnen motiveren om aandacht te besteden aan de manier waarop het operationeel leiderschap ingevuld wordt in perifere ziekenhuizen.

De centrale vraag en de verschillende deelvragen zijn beantwoord in deze thesis. In zowel het literatuur- als het praktijkonderzoek is gevonden dat de operationeel leidinggevende de belangrijkste schakel is voor succes van de organisatie. Een belangrijke conclusie van deze thesis is dat dit succes meer met competenties van de operationeel leidinggevende te maken heeft dan met leiderschapstijl. Daarnaast is een belangrijke conclusie dat misschien de rolopvatting van de leidinggevende en het feit of hij/zij intrinsiek waardegedreven is, nog wel belangrijker is voor het behalen van het succes. We moeten meer aandacht besteden aan de manier waarop we de operationeel leidinggevende neerzetten in de perifere ziekenhuizen en ik ben van mening dat dit op dit moment ook voor alle andere zorginstellingen geldt.

Het speelveld verandert, naast andere eisen die gesteld worden aan de organisatie komen er ook andere eisen voor leidinggevers en professionals. De zorg verzakelijkt en met elkaar zoeken we naar een goed evenwicht tussen de inhoud van de zorg en de betaalbaarheid. Deze zoektocht is terug te vinden in de manier waarop we op dit moment omgaan met positionering van de operationeel leidinggevende. De rol van de operationeel leidinggevende wordt nog belangrijker.

Tijdens het maken van deze thesis zijn een aantal discussies langs gekomen. De meesten staan beschreven in deze thesis. Een tweetal zijn daarbij nog niet meegenomen en die wil ik u niet onthouden.

In het praktijkonderzoek kwam eenmaal deze stelling ter discussie.

Teams met een sterke operationeel leidinggevende presteren beter doordat ze zich kunnen focussen op het eigen professioneel handelen.

Professionals die vertrouwen en autonomie krijgen van de operationeel leidinggevende kunnen zich inderdaad vooral richten op de inhoud van de zorg. Daarmee is er vertrouwen van de professionals om te doen waar ze goed in zijn en een goed resultaat neer te zetten.

Als we kijken naar de fases die geschetst zijn met betrekking tot klantwaarden dan zien we dat de ziekenhuizen zich op dit moment voornamelijk richten op de bedrijfsmatige fase, er is daarmee nog te weinig oog voor de integrale fase, de fase waarin de zorgorganisatie kostengericht, kwaliteitsbewust en resultaatgericht is.

In deze stelling zien we de conclusies uit het praktijkonderzoek terugkomen. De perifere ziekenhuizen zijn op dit moment vooral bezig met het aanbiederperspectief en nog te weinig met het klantperspectief. Dit terwijl uit het onderzoek in deze thesis blijkt dat juist het integrale resultaat belangrijk is. We moeten er daarom voor zorgen dat de perifere ziekenhuizen zich heel snel gaan ontwikkelen van de bedrijfsmatige fase naar de integrale fase.

Wat bij het literatuuronderzoek maar ook het praktijkonderzoek telkens in mijn hoofd bleef spelen, is de vraag of mijn bevindingen niet te veel gekleurd werden door mijn eigen mening. Ik beschrijf hier ook kort iets over in hoofdstuk 3. Een onderzoeker heeft zijn eigen bril op, kijkt vooral naar literatuur die hem zelf het meest interesseert en hoort vooral de zaken in de interviews die hijzelf belangrijk vindt. Daar vraag je op door, waardoor je de informatie krijgt die je belangrijk vindt. Beïnvloed je hiermee een onderzoek niet te veel? Dat is een zoektocht waar ik nog niet helemaal uit ben en waar ik wel bewust mee bezig ben geweest tijdens de twee onderzoeken om te voorkomen dat dit waarheid zou worden.

Bij de analyse werd me duidelijk dat nog niet alles goed onderzocht was. Door de analyse en de conclusies die ik daarbij trok kwamen nieuwe vragen boven.

1. Verbindend leiderschap, wat houdt dat precies in? Wat betekent de competentie "verbinden" in relatie tot operationeel leiderschap? Waar kun je dat in terugvinden? Bij het schrijven van de conclusies vond ik het belang van verbindend leiderschap, zonder dat ik goed in kaart had gebracht wat dit dan precies inhoudt.
2. Wat vinden professionals zelf over de toekomst bestendige zorgprofessionals en de manier waarop de operationeel leider hen aanstuurt in relatie tot resultaten? Welke resultaten zijn voor hen belangrijk? Ik heb tijdens het praktijkonderzoek geen interviews gehouden met professionals zelf. Tijdens de analyse werd me duidelijk dat ik dat gezichtsveld miste. Ik werd benieuwd naar deze mening. Voor een eventueel vervolgonderzoek is dit een belangrijk item.

Referenties

- Actiz, Rapport (2010). *Transitie naar toekomstbestendige zorg, inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg*. Alexandermonro.nl, maart 2014.
- Amelsvoort en Scholtes (1994). Februari 2014 op <http://www.groepsdynamiek.nl>.
- Assen, van, prof.dr.ir. M.F., (mei 1011). *De strategische impact van Operational Excellence, i.h.b. voor service-omgevingen*, discussie paper, tiasNimbas business school Tilburg.
- Baardman NPCF, (2014). gevonden op: <http://www.npcf.nl/index>.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). *The job demands-resources model: state of the art*. Journal of Managerial Psychology, 22.
- Bakker, A.B., Albrecht, S.L., & Leiter, M.P. (2011). Key questions regarding work engagement. European Journal of Work and Organizational Psychology, 20 (1), 4-28.
- Bass, B.M. (1990) in Kilic (2011). *From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision*. Organizational Dynamics.
- Bass, B.M. (2000). *The future of leadership in learning organizations*. Journal of Leadership & Organizational Studies.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Boer en Croon, (VISIE, oktober 2008). *Naar waardecreatie in de zorg. Een vertaling van 'Redefining Health Care' naar de Nederlandse situatie*.
- Boonstra, Jaap, (2010). *Leiders in cultuurverandering, Hoe Nederlandse organisaties succesvol hun cultuur veranderen en strategische vernieuwingen realiseren*, Van Gorcum.
- Brummelhuis, beerenschot RUG (2012). Afstudeer onderzoek naar dienend leiderschap en klant contact centra.
- Btsg.nl/infobulletin/leiderschapstijlen. Maart 2014.
- Buiting, Piet Hein, college MBA-Health 2013.
- Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Caminada, Ronald en Wijk van der, Hendrik, (2012), Thesis MhBA: Bevlogenheid.
- Certificatieindezorg.nl. Februari 2014.
- Deprostaatkliniek.nl/home. Maart 2014.
- Encyclo.nl. Februari 2014 op <http://www.encyclo.nl/begrip/Klantwaarden>.
- Gale, Bradley T. (1994). *Managing Customer Value: Creating Quality and Service that Customers Can See*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Gale, B.T. and R.D. Buzzell (1989). *Market Perceived Quality: key Strategic Concept*, Planning Review.
- Gallup Consulting (2012). *Well-Being in the workplace and its relationship to business outcomes*. A review of the Gallup studies.
- Gezondheidszorgbalans.nl (2014). Op <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kosten/>
- Gezondheidszorgbalans.nl (2014). cijfers 2010 Maart 2014 op: <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/cijfers/>
- Graf, Albert en Maas, Peter (februari 2008). *Customer Value from a Customer Perspective: a Comprehensive Review*, Working Papers on Risk Management and Insurance, H. Schmeiser (Ed.), University of St. Gallen, Institute of Insurance Economics.
- Greeff, Barbara de (september 2013). & samhoud, artikel in skipr: *In de zorg doe je niets alleen* nr. 9.
- Greeff, Barbara de (februari 2014). *De value-profit-chain in de zorg*, gevonden op blog.samhoud.nl/tag/value-profit-chain.
- Greeff, Barbara de, blog.samhoud.nl (2010) 10, *zorgsector kruipt langzaam uit de overlevingsmodus wat betekent dat voor het leiderschap*.
- Haak, Van der en Karlas (2012). onderzoek door BDO branchegroep zorg, *Voorvarend en behoedzaam*.
- Heezen, Guido, Maart 2014 op effectory.nl/kennis/blog.
- Hermkens, Freek, (september 2010) *De operationeel manager : een belangrijke schakel*, op managementsite.nl, maart 2014.
- Hersey, P., Blanchard, K., Johnson (2007), D. *Management of organisational behavior*, Prentice Hall, 1969-2007
- Heskett et al, (maart 1994). Artikel: *putting the service profit chain to work*.
- Hetklantenbedrijf.nl. Februari 2014 op <http://www.hetklantenbedrijf.nl/woordenlijst>.
- House et al, (1999), uit Kilic, (2011), House, R. J., Hanges, P. J., Ruiz-Quintanilla, S. A., Dorfman, P. W., Falkus, S. A., Ashkanasy, N. M. et al. (1999). *Cultural influences on leadership and organizations: Project Globe*.

Kilic, (2011). *Leiderschap in de 21e eeuw, Een casestudie naar leiderschap binnen twee toonaangevende Nederlandse organisaties die werken op basis van vrijheid, verantwoordelijkheid en vertrouwen.*

Kunneman, H.,(1996). *Van theemutscultuur naar walkman-ego: Contouren van postmoderne individualiteit.*, Boom, Amsterdam.

Lammers C.J., (september 1993). *Organiseren van bovenaf en van onderop*, spectrum.

Maister, David, (2001). *Maak waar wat je zegt, betere prestaties door mensgericht management.* Academie service.

Metricsandmore, Februari 2014 op <http://www.metricsandmore.nl>.

Perre, Marc van; Kuijlen, Ton; (2010). *Ken uw klant*, Scriptum, eerste druk.

Porter, Michael, Olmsted Teisberg, Elisabeth(2006). *Redefining Health Care*, Harvard business school press, eerste druk.

Poiesz en Caris, (2010). *Ontwikkelingen in de zorgmarkt*, Vakmedianet.

Poiesz, Th.B.C. (2012) presentatie gevonden in februari 2014 op: <http://gsk.energize.nl>.

Plexus, (mei 2010). Onderzoeksrapport, *Kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland.*

Raad van de Volkgezondheid en Zorg, (2010). rapport: *Veranderen met draagvlak.*

Stevens, Paul (2012). Maart 2014 op <https://www.funktiemediair.nl>.

Schaufeli, W en Dijkstra P. (2010). *Bevlogen aan het werk*, Zaltbommel.

Schaufeli, W. (2004). *De psychologie van arbeid en Gezondheid*, Gedrag&Organisatie, 5.

Trappenburg, Margo (2011). in *Professionals en managers*: Mirko Noordegraaf, Karin Geuijen en Albert Meijer (red.), *Handboek publiek management*, Boom/Lemma, Den Haag 2011.

Van der Grinten, T. E. D. & P. Vos (2004). *Gezondheidszorg. Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren.* H. Dijstelbloem, P. L. Meurs & E. K. Schrijvers. Amsterdam, Amsterdam University Press.

WRR rapport (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*, vz. prof dr. W.B.H.J. van de Donk.

Wulf de, Rik, (2012). *De waardefluisteraar*, beleidsnota, gevonden maart 2014 op: www.VKWmetena.be.

Woodruff, R. B. (1997). *Customer Value: The next Source for Competitive Advantage*, *Journal of The Academy Marketing Science*.

Thomassen, J.P.R., (2003). *Klanttevredenheid, de zin en onzin: grotere winstgevendheid door sturing op de waarde van en voor de klant*, Kluwer.

Quinn, R. E. and J. Rohrbaugh. (1983). *A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis*. Management Science.

Wikipedia.nl (2014). Definities.

Yukl, (1989) in Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B. Morrman, R. H. & Fetter, R. (1990). *Transformational Leader Behaviors and their Effects on Follower's Trust in Leader Satisfaction, and Organizational Citizenship, Behaviors*. Leadership Quarterly.

Yukl, G. (2006). *Leadership in Organizations*, Upper Saddle River: Pearson.

Zelfstandig behandelcentrum.nl, (2014). op ZBC.nl.

Zorginnovatie platform, (2011). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg, Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025.*

&Samhoud.nl, blog/maart 2014.

Bijlage 1 interviewvragen en topiclijst

Inleiding van het interview

- ✓ Uitleg doel van het interview
 - MHBA
 - Thesis
 - Onderwerp
 - Onderzoek
 - te onderzoeken hypothesen (misschien nog niet hier)

Interview vragen

1. Kent u de term (creatie) van klantwaarden?
Zo ja, wat verstaat u daaronder? zo nee, door naar 3.
2. Zo ja, welke rol ziet u hierbij voor de gezondheidszorg, perifere ziekenhuizen?
3. Wat verstaat u onder het resultaat van het operationeel management in deze organisatie?
4. Op welk resultaat stuurt u in uw organisatie/RVE?
 - ✓ Bedrijfseconomisch
 - ✓ Kwaliteit van zorg
 - ✓ Klant tevredenheid
 - ✓ medewerkertevredenheid
5. Kunt u aangeven of u afgelopen 2 tot 3 jaar een leidinggevende heeft gehad op het operationele niveau die met name veel resultaten haalden?
 - ✓ Welke resultaten waren er bij deze persoon?
 - ✓ Bedrijfseconomisch
 - ✓ Kwaliteit van zorg?
 - ✓ Klanttevredenheid?
 - ✓ Medewerkertevredenheid?
6. Weet u de reden waarom deze operationeel leider resultaten behaalde?
leiderschapstijl of competenties van de operationeel leider

Transformationeel leiderschap

- ✓ competenties visie, voorbeeldfunctie, bevorderen acceptatie teamdoelen, hoge verwachtingen prestaties van haar team, ondersteunen en ontwikkelen individuele teamleden, stimuleren en ontwikkelen denkvermogen van het team.

Authentiek leiderschap

- ✓ competenties Omgevingsbewust, kennis en gevoel voor wat er in de organisatie en op hun afdeling gebeurt, werken aan zelfbewustzijn en sociaal bewustzijn, voorbeeldgedrag

Betekenisvol leiderschap

- ✓ competenties, leidende rol nemen, leiderschap tonen, mensen om zich heen verzamelen om het samen te doen. Klant staat voorop. Visie en richting geven

Dienend leiderschap

7. Andere zaken die van belang waren bij het behalen van resultaten bij deze leiders/afdelingen?
8. Was/waren deze leiders waarden gedreven?
 - ✓ visie op kwaliteit van zorg
 - ✓ klantwaarden
 - ✓ financiële waarden
 - ✓ medewerkerwaarden

Kwaliteiten/kenmerken operationeel management nodig voor optimaal resultaat om mee te nemen bij het gesprek.

- ✓ Visie heeft aansprekende visie, inspireert medewerkers hiermee,
- ✓ Proces: Niet denken in hokjes, verantwoordelijk voor totale proces, Goede afstemming tussen afdelingen. Efficiënt/effectief
Interesse voor wat speelt op de werkvloer.
Hands on/niet vies van met poten in de klei, helpt waar nodig.
- ✓ Sturen Kennis van en om kunnen gaan/kunnen lezen van stuurinformatie.
Weten welke stuurinformatie van belang is.
Proactief op alle fronten.
- ✓ Leiderschap Walking around.
Snel en daadkrachtig zaken oppakken.
Niet te veel met details, oog voor grote lijn.
Mensgericht, betrokken bij medewerkers, veel contact, oprechte aandacht.
Duidelijk en voorspelbaar, betrouwbaar in verwachtingen, authentiek.
Spreekt waardering uit.
Coacht, medewerkers kunnen bij hem/haar terecht.
Geeft zelf het goede voorbeeld, zorgt hiermee voor trots, vertrouwen en respect.
Stapt regelmatig uit comfortzone.
- Leerklimaat Stimuleert door verhalen het denkvermogen van de teamleden.
Innovatie, nieuwe manieren van werken en denken.
Stimuleert probleemoplossend vermogen.
Niet oordelend, wel vragen stellend.
Oplossing mag anders zijn dan van tevoren gedacht.
Delegeren van verantwoordelijkheden zonder ze volledig los te laten, kijkt hiermee naar groeipotentie van teamleden.
Kijkt naar ambitie en kwaliteiten van teamleden.
Adviseert, coacht, onderwijst.
Stimuleert het inbrengen van nieuwe zaken,
Accepteert het maken van fouten, als er maar verbeteringen volgen.
- ✓ Samenwerking Draagt teamdoelen uit,
zorgt voor teamgevoel en samenwerken aan deze doelen.
Hoge prestaties verwachten van het team, is motivator hierin.

Kenmerken van transformationeel leiderschap!

1. Het identificeren en bepalen van een visie.

De leidinggevende moet beschikken over een aansprekende visie, waarmee anderen geïnspireerd worden om deze visie enthousiast over te dragen. Hiermee creëert de leidinggevende nieuwe kansen voor het team, die in het teken staan van de toekomstplannen die er zijn (inspirerend leidinggevende die regelmatig in gesprek is met het team, is belangrijk hiervoor).

2. De leidinggevende heeft een voorbeeld functie.

De leidinggevende maakt hiermee trots, vertrouwen en respect los bij de medewerkers. Alle leden van het team kunnen zich conformeren aan de visie die de leidinggevende heeft. Als de leidinggevende zelf geen goed voorbeeld daarvan kan zijn, nemen de teamleden het niet serieus en zullen de visie en de toekomstplannen nooit overgebracht worden op de teamleden (niet het tegenstrijdige laten zien lijkt belangrijker dan het goede voorbeeld, dat weten de teamleden in deze leiderschapsstijl wel).

3. Het bevorderen van de acceptatie van de teamdoelen door het team.

De leidinggevende moet de teamleden bewust maken van het belang van het volledig accepteren van de teamdoelen en door samenwerking te bevorderen kunnen teamleden naar het gezamenlijke doel toewerken. Een onderdeel hiervan is het creëren van het teamgevoel binnen het team en het uitspreken van optimisme en enthousiasme.

4. Het verwachten van hoge prestaties door de teamleden.

Dit gedrag van de leidinggevende straalt uit dat er prestaties worden verwacht van de teamleden. Het maximale moet uit de teamleden en het team in zijn totaliteit worden gehaald. De leidinggevende moet dan ook een motivator zijn.

5. Het ondersteunen en begeleiden van individuele teamleden.

De leidinggevende is in staat taken te delegeren om op deze manier de ontwikkeling van de medewerkers te bevorderen. Hij heeft oog voor anderen als individuen, hun individuele behoeften, capaciteiten en ambities. Hij luistert aandachtig naar hen, adviseert, onderwijst en coacht.

6. Het stimuleren en ontwikkelen van het denkvermogen van de teamleden.

De leidinggevende stimuleert om te innoveren en op nieuwe manieren te denken en werken. Nadruk op probleemoplossend vermogen en na te denken over het eigen handelen (niet oordelen/vragen stellen/oplossing kan anders zijn dan de leidinggevende in het hoofd heeft).

Hypotheses om eventueel mee te nemen bij de interviews:

- ✓ De "creatie van klantwaarden" is een integrale term voor zowel de bedrijfseconomische als de kwalitatieve resultaten en de klant- en medewerkertevredenheid.
- ✓ Creatie van klantwaarden is een belangrijk begrip om professionals mee te krijgen in het denken over het behalen van zowel kwalitatieve als bedrijfseconomische resultaten, klant- en medewerkertevredenheid in een perifere ziekenhuis.
- ✓ Transformationeel leiderschap is een leiderschapsstijl die in een kennisorganisatie zoals de gezondheidszorg tot goede resultaten leidt zowel op bedrijfseconomische gebied als op het gebied van klanttevredenheid en kwaliteit van de dienstverlening. Medewerkertevredenheid vloeit daar als vanzelf uit voort.
- ✓ De competenties die belangrijk zijn voor een transformationele leiderschapsstijl zijn noodzakelijk voor de creatie van klantwaarden in het perifere ziekenhuis in Nederland.
- ✓ Gezondheidszorgorganisaties moeten zich gaan ontwikkelen naar waardegedreven organisaties.

