



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Implementeren van een zorgpad: de 10 geboden voor een leidinggevende

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Kristof Vanmol**

***Promotor:
Lieven Vanlangenaeker***

***Inhoudsdeskundige:
Andy Swennen***

**Academiejaar 2015-2016
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**



**Implementeren van een zorgpad:
de 10 geboden voor een leidinggevende**

Voorwoord

Het maken van een bachelorproef neemt veel tijd en energie in beslag. De combinatie met een drukke job, en het recent vaderschap was niet gemakkelijk. Ik ben mijn vriendin dan ook zeer dankbaar dat zij mij de tijd en ruimte gegund heeft om aan mijn bachelorproef te werken. Ik besef dat het voor haar een zware periode geweest is, waarin zij veel taken op zich heeft genomen.

Vervolgens wil ik Lieven Vanlangenaeker en Andy Swennen bedanken. De verschillende vergadermomenten waren steeds een bron van inspiratie en gaven me energie om door te werken. Op momenten waar ik het moeilijk had, hebben ze me kunnen motiveren.

Verder ben ik het ZOL dankbaar dat ik de ruimte heb gekregen om mijn bachelorproef uit te werken. Ook de leden van de leidende coalitie verdienen een pluim. Zonder hen was het zorgpad nooit tot stand gekomen.

En als laatste, maar niet als minste, ben ik de collega – leidinggevendenden die ik heb mogen interviewen dankbaar. Ik heb een heel fijn en leerrijk gesprek met hen allemaal gehad. Het heeft me verrijkt als leidinggevende.

Inhoudsopgave

Voorwoord	
Abstract	
Inleiding	1
Deel 1: Theoretisch gedeelte	3
1. Werkveld	3
1.1 Ziekenhuis Oost Limburg	3
1.1.1 Algemeen	3
1.1.2 TEPSI	3
1.2 Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem	4
1.2.1 Algemeen	4
1.2.2 Ouderenzorg	4
1.3 Samenwerking ZOL en OPZC Rekem	5
2. Kwaliteit	6
2.1 Kwaliteit in het ZOL	6
2.2 Accreditatie	7
2.2.1 Algemeen	7
2.2.2 NIAZ	7
2.2.3 JCI	8
2.3 Zorgpaden	9
2.3.1 Algemeen	9
2.3.2 Zeven Fasen Model van het NKP	11
3. Veranderingsmanagement	13
3.1 Wat is veranderingsmanagement?	13
3.2 De acht fasen van succesvolle verandering (Kotter)	13
3.2.1 Fase 1: urgentiebesef vestigen	13
3.2.2 Fase 2: de leidende coalitie vormen	14
3.2.3 Fase 3: een visie en strategie ontwikkelen	14
3.2.4 Fase 4: de veranderingsvisie communiceren	14

3.2.5	Fase 5: een breed draagvlak voor de verandering creëren	15
3.2.6	Fase 6: korte – termijnsuccessen genereren	16
3.2.7	Fase 7: verbeteringen consolideren en meer verandering tot stand brengen	16
3.2.8	Fase 8: nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur	16
4.	Motiveren	18
4.1	De zelfdeterminatietheorie	18
4.2	Het Job Demand Resources model	19
4.3	De rol van de leidinggevende bij motiveren	20
5.	Algemeen besluit theoretisch gedeelte	22

Deel 2: Praktisch gedeelte

1.	Inleiding	23
2.	Projectverloop	24
2.1	Screeningsfase	24
2.2	Projectmanagementfase	24
2.3	Diagnosestellingen – en objectiveringsfase	25
2.4	Ontwikkelingsfase	25
2.5	Implementatiefase	25
3.	Ervaringen van het team	27
3.1	Urgentiebesef	27
3.2	Leidende coalitie vormen	27
3.3	Visie en strategie ontwikkelen	27
3.4	Veranderingsvisie communiceren	28
3.5	Draagvlak creëren	28
4.	Ervaringen van vijf leidinggevendenden	29
4.1	Urgentiebesef	29
4.2	Leidende coalitie vormen	29
4.3	Visie en strategie ontwikkelen	30
4.4	Veranderingsvisie communiceren	30
4.5	Draagvlak creëren	31
5.	Ervaringen van de projectverantwoordelijke	32

5.1 Urgentiebesef	32
5.2 Leidende coalitie vormen	32
5.3 Visie en strategie ontwikkelen	33
5.4 Veranderingsvisie communiceren	33
5.5 Draagvlak creëren	34
6. Tien geboden voor een leidinggevende voor het succesvol implementeren van een zorgpad	36
7. Algemeen besluit praktisch gedeelte	37
Algemeen besluit	38
Reflectie	40
Bibliografie	41
Bijlagen	43
Bijlage 1: zorgpad alcoholontwenning	43
Bijlage 2: semi – gestructureerd interview leidinggevenden	44

Abstract

ACADEMIEJAAR: 2015-2016

NAAM: Vanmol Kristof

CONTACT: kristof.vanmol@zol.be

INHOUDSDESKUNDIGE: Swennen Andy, zorgcoördinator Ziekenhuis Oost – Limburg

TITEL: Implementeren van een zorgpad: de 10 geboden voor een leidinggevende

ABSTRACT:

Het Ziekenhuis Oost – Limburg (ZOL), afdeling TEPSI en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem zijn de samenwerking aangegaan om een transmuraal zorgpad te ontwikkelen en te implementeren. De gehanteerde methode om dit in goede banen te leiden is het zeven fasen model van het Netwerk Klinische Paden. Binnen deze methodiek is de rol van leidinggevende niet expliciet omschreven. Voor de adjunct – hoofdverpleegkundige van psychiatrie, die de rol van projectverantwoordelijke heeft, is zijn aandeel niet duidelijk. Deze bachelorproef onderzoekt de rol van een leidinggevende bij het implementeren van een zorgpad.

Zorgpaden worden beschouwd als een onderdeel van kwalitatief werken in de gezondheidszorg en passen binnen de accreditatie – doelstellingen. Het implementeren van een zorgpad betekent een verandering binnen de organisatie. Binnen het ZOL worden veranderingsprocessen uitgewerkt volgens de acht fasen van succesvolle verandering van Kotter. Binnen dit model is motivatie een belangrijke pijler. Medewerkers motiveren kan onder andere door gebruik te maken van de principes van twee modellen: de Zelfdeterminatietheorie en het Job Demand Resources model. De voorgenoemde items worden binnen het theoretische gedeelte besproken.

In het praktisch gedeelte wordt de rol van de leidinggevende bij het implementeren van een zorgpad verder onderzocht. Dit wordt aan de hand van drie items beschreven. Ten eerste zijn er de ervaringen van het team: welke noden hebben zij bij het implementeren van een zorgpad? Ten tweede zijn de ervaringen van vijf leidinggevendenden beschreven, geanalyseerd uit semi – gestructureerde interviews. Als ervaringsdeskundigen hebben zij tips gegeven. Ten derde is de eigen ervaring van de projectverantwoordelijke (de adjunct – hoofdverpleegkundige) beschreven vanuit een helicoptervisie.

Uit deze drie items zijn tien geboden voor een leidinggevende voor het succesvol implementeren van een zorgpad gedistilleerd. Deze zijn gesitueerd binnen de acht fasen van Kotter.

TREFWOORDEN: leidinggevende, zorgpad, motiveren

COLLATIE: 37 pagina's, 2 bijlagen

Inleiding

Als het over gezondheid gaat, wil iedereen graag zekerheid. Om de patiënten te verzekeren dat er alles aan gedaan wordt om veiligheidsrisico's te reduceren en een grote kwaliteit van zorg te garanderen, engageerde het Ziekenhuis Oost – Limburg (ZOL) zich voor een externe accreditatie van JCI (Joint Commission International). Een accreditatie brengt veel verandering teweeg binnen een organisatie: procedures worden aangepast, nieuwe procedures en zorgpaden worden geïmplementeerd, Veranderingen implementeren verloopt niet gemakkelijk, men botst namelijk vaak op weerstand. Medewerkers hebben altijd wel goede redenen om niet te veranderen. Het is belangrijk om een draagvlak te creëren voor de verandering. De leidinggevende speelt hierin een belangrijke rol. Welke rol dit precies is, is niet duidelijk.

Binnen deze bachelorproef wordt de rol van leidinggevende binnen het implementeren van een verandering onderzocht, meer specifiek bij het implementeren van een zorgpad. Het einddoel is om tot tien geboden te komen voor een leidinggevende voor het succesvol implementeren van een zorgpad.

Het ZOL en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem zijn een samenwerking aangegaan voor het ontwikkelen en implementeren van een transmuraal zorgpad. Het zorgpad beoogt de zorg voor patiënten met het syndroom van Korsakov (een blijvende geheugenstoornis die voornamelijk veroorzaakt wordt door een vitamine B1 – tekort, meestal het gevolg van chronisch alcoholmisbruik). Het bestaat uit vijf fasen: de ontwenningfase, de observatiefase, de revalidatiefase, de pre-ontslagfase en de nazorg (extern). Enkel de ontwenningfase zal samen ontwikkeld en geïmplementeerd worden in het ZOL, meer bepaald op de afdeling TEPSI. Het doel van deze afdeling is de detoxificatie, de motivatie en het opstarten van nazorg van patiënten in een middelengerelateerde crisis, binnen in een termijn van maximaal vijf dagen. Op deze afdeling worden onder andere mensen onder invloed van alcohol opgenomen, die in aanmerking komen voor het zorgpad. De ontwenningfase is afgelijnd naar elke patiënt bij wie alcohol het primair middel is, daarom wordt er verder over het zorgpad alcoholontwenning gesproken.

Zorgpaden worden beschouwd als een onderdeel van kwalitatief werken in de gezondheidszorg en passen binnen de accreditatie – doelstellingen. Het implementeren van een zorgpad verloopt het zeven fasen model van het Netwerk Klinische Paden (NKP) en betekent een verandering binnen de organisatie. Binnen het ZOL worden veranderingsprocessen uitgewerkt volgens de acht fasen van succesvolle verandering van Kotter. Binnen dit model is motivatie een belangrijke pijler. Medewerkers motiveren kan onder andere door gebruik te maken van de principes van twee modellen: de Zelfdeterminatietheorie en het Job Demand Resources model. De voorgenoemde items worden binnen het theoretische gedeelte besproken.

Vanuit de theoretische achtergrond worden in het praktisch gedeelte linken gelegd met de implementatie van het zorgpad alcoholontwenning op TEPSI. De rol van leidinggevende binnen dit

proces wordt onderzocht vanuit drie ervaringen. Als eerste is er de ervaring van het multidisciplinair team: welke noden hebben zij om de implementatie van een zorgpad tot een goed einde te brengen? Ten tweede is er de ervaring van leidinggevenden als ervaringsdeskundigen: welke rol hebben zij gespeeld bij het implementeren van een zorgpad? Ten derde is er de ervaring van de adjunct – hoofdverpleegkundige bij het implementeren van het zorgpad voor alcoholontwenning: hoe heeft hij de implementatie aangepakt als projectverantwoordelijke? Deze ervaringen worden beschreven in de acht fasen voor succesvol veranderen van John Kotter. Uiteindelijk worden hieruit tien geboden voor leidinggevenden voor het succesvol implementeren van een zorgpad gedistilleerd.

Deel 1: Theoretisch gedeelte

1. Beschrijving werkveld

1.1 Ziekenhuis Oost-Limburg

1.1.1 Algemeen

Het Ziekenhuis Oost – Limburg (ZOL) is een dynamisch ziekenhuis met drie campussen: campus Sint – Jan (Genk) en campus Sint – Barbara (Lanaken) met ziekenhuisactiviteiten en campus André Dumont (Waterschei) met een medisch centrum voor raadplegingen.

Het ZOL is een supraregionaal algemeen ziekenhuis met 811 bedden dat een volledig zorgpakket aanbiedt, van basis – tot topklinische geneeskunde, in goede samenwerking met alle partners in de zorg, waarbij de patiënt steeds centraal staat. Patiëntvriendelijkheid, kwaliteit en toegankelijkheid zijn centrale waarden in het beleid. (ZOL, 2016). Op de campus Sint – Jan bevindt zich een dienst psychiatrie. Deze bestaat uit drie behandel eenheden (PAAZ, TEPSI en dagkliniek) en de liaisonwerking. Enkel TEPSI wordt in deze bachelorproef besproken aangezien op deze afdeling het zorgpad geïmplementeerd wordt.

1.1.2 TEPSI

TEPSI is een acroniem voor Toxicomane Eenheid voor Psychiatische Spoedinterventie. Dit pilootproject van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid is ontstaan vanuit de vaststelling dat personen met middelengerelateerde stoornissen (zoals alcohol of illegale drugs), in momenten van nood, het vaakst worden opgevangen op de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen. In november 2002 werden zeven crisiseenheden van vier bedden en twee eenheden van zes bedden opgericht in de nabijheid van de algemene spoeddiensten. Deze eenheden bieden een intensieve behandeling aan van korte duur (maximum 5 dagen), met de bedoeling de patiënt te stabiliseren, te motiveren en door te verwijzen naar andere diensten. Aan elke crisiseenheid is een case manager verbonden. Deze heeft als taak de patiënt te begeleiden, een zorgtraject uit te tekenen en de continuïteit ervan te verzekeren (FOD Volksgezondheid, 2016).

Eén van de zeven crisiseenheden van vier bedden is gelegen in het ZOL, campus St. Jan. Deze afdeling leunt nauw aan bij zowel de algemene spoedgevallendienst, als bij de PAAZ (Psychiatische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis). TEPSI beschikt over vier crisisbedden met daarbij één bufferbed om pieken in de aanmeldingen te kunnen opvangen. Deze bedden staan 24u/24u en 7/7 ter beschikking van de provincie. TEPSI verleent hulp aan een specifieke populatie, namelijk personen die in een acute middelengerelateerde medisch-psychiatische crisis verkeren. Hierbij wordt de crisis begrepen als een tijdelijke toestand van desorganisatie, waardoor de ego-sterkte van de persoon is ingeperkt. De aard en de complexiteit van de crisis wordt bepaald door het gedrag en de beleving van de patiënt. De

inschatting en de beoordeling van de ernst van de crisis is van essentieel belang en gebeurt door de psychiater op de algemene spoedgevallendienst. Hier kan de psychiater beslissen of een opname aangewezen is voor TEPSI en zinvol is voor de patiënt in kwestie. Voorbeelden van dergelijke middelengerelateerde crises zijn: gecompliceerde ontwenningen; middelengebonden psychische stoornissen van acute aard, ... In 2015 waren er 424 opnames op TEPSI. Bij ongeveer 40% van de patiënten was alcohol het primaire middel.

De doelstelling van het TEPSI – project is tweevoudig. Ten eerste is het de bedoeling om een herstel en indien mogelijk versterking van het autonome functioneren van de patiënt te bewerkstelligen. De tweede doelstelling is de opbouw van een werkrelatie met oog op motivering van de patiënt om in een aangepaste setting verder te werken aan zichzelf. Deze doelstellingen worden nagestreefd binnen een maximumduur van vijf dagen.

Het multidisciplinair team bestaat uit een psychiater, een adjunct – hoofdverpleegkundige, een psycholoog, psychiatrisch verpleegkundigen en casemanagers. Daarnaast maken ergotherapeuten, een psychomotorische therapeut en de sociale dienst partieel deel uit van het team (ZOL, 2016).

1.2 Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem

1.2.1 Algemeen

Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem is een pluralistische en vraaggestuurde organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg in de regio Oost – Limburg, die professionele interdisciplinaire antwoorden biedt op individuele zorgbehoeften, een belangrijke bijdrage levert aan de Vlaamse forensische zorg en een toonaangevende partner wil zijn in het ontwikkelen van zorgvernieuwing.

De ambitie om voortdurend te verbeteren wordt ondersteund door het meten van de performantie. Men werkt interdisciplinair en evidence based en maakt gebruik van het stepped care-principe. Men heeft bijzondere aandacht voor empowerment, de continuïteit van de zorg en de deskundigheidsbevordering (OPZC Rekem, 2016). De werking van de organisatie is opgedeeld in zorgclusters. Eén daarvan is de cluster Ouderenzorg, die in het volgend hoofdstuk besproken wordt.

1.2.2 Ouderenzorg

De cluster Ouderenzorg specialiseert zich in kwaliteitsvolle, practice - en/of evidence based, residentiële en semi-residentiële psychiatrische behandeling van ouderen met een organische of een functionele problematiek. De nadruk hierbij ligt op psychiatrische behandeling en cognitieve revalidatie. Ouderenzorg is opgedeeld in twee zorgeenheden: Ouderenzorg A en Ouderenzorg B.

Ouderenzorg A heeft expertise in diagnosestelling, begeleiding, behandeling en resocialisatie van personen met een organische stoornis zoals dementie of het syndroom van Korsakov. De doelstelling

van de behandelmodule voor personen met het syndroom van Korsakov is het autonome functioneren van de patiënten te optimaliseren door hen vaardigheden aan te leren die compenseren voor de verloren cognitieve vermogens. Patiënten worden doorverwezen naar de woonvorm die het best bij hen past.

Ouderenzorg B richt zich op oudere mensen die omwille van een depressie, rouwprocessen, een afhankelijkheidsprobleem, een psychose, een persoonlijkheidsproblematiek, ... problemen ondervinden in hun dagdagelijks functioneren (OPZC Rekem, 2016).

1.3 Samenwerking ZOL en OPZC Rekem

Er zijn twee gronden van samenwerking tussen het ZOL en het OPZC Rekem. Allereerst is er de VZW Hospilim, op 14 december 2010 opgericht. Hospilim bestaat uit Limburg Sterk Merk (LSM), de 9 Limburgse ziekenhuizen (waaronder het ZOL) en de 3 psychiatrische centra (waaronder het OPZC Rekem). Deze VZW richt zich in eerste instantie op de versterking van het management. In tweede instantie is er een Beleidswerkgroep opgestart, die zich onder andere richt op accreditatie en patiëntveiligheid (ZOL, 2016).

De tweede grond van samenwerking is de inbedding in het netwerk van de Geestelijke Gezondheidszorg Oost – Limburg (Noolim). Artikel 107 van de ziekenhuiswet heeft gezorgd voor een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Het doel van de hervorming is de vermaatschappelijking van zorg die wordt gerealiseerd door het aantal ziekenhuisbedden te verminderen (120 bedden in Limburg) en in de plaats daarvan gemeenschapsgerichte zorg te creëren. Hiertoe zijn er mobiele teams opgericht die behandeling en begeleiding aanbieden in de leefomgeving van de patiënt, zowel in crisissituaties als bij langdurige zorgvragen. De uiteindelijke doelstelling van deze hervorming is continuïteit van de zorg voor de patiënt via de realisatie van zorgtrajecten, aangeboden door voorzieningen binnen een geïntegreerd netwerk. Limburg is opgedeeld in twee netwerken: Reling en Noolim. Het ZOL en het OPZC Rekem zijn ingebed in Noolim. De partners van Noolim hebben samen éénzelfde doel: een kwalitatieve zorg aanbieden aan de patiënt in zijn leefomgeving (Noolim, 2016).

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de samenwerking tussen het ZOL en het OPZC Rekem. Beide ziekenhuizen zijn kort beschreven, met meer specifiek aandacht voor de afdelingen waar (een deel van) het zorgpad voor patiënten met het syndroom van Korsakov zal lopen. Nu het werkveld duidelijk geschetst is, wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan op wat zorgpaden zijn, hoe deze ontwikkeld worden en welke verhouding ze hebben tot kwaliteit in de zorg.

2. Kwaliteit in de zorg

2.1 Kwaliteit in het ZOL

Kwaliteit in de non – profitsector is volgens Cuyver G. (2007) de mate waarin het proces en de output in relatie tot de geboden middelen bijdragen aan de realisatie van de visie en de doelstellingen van de organisatie die geformuleerd werden, rekening houdend met de eisen, de behoeften en de verwachtingen van de organisatie zelf en van een breed spectrum van interne en externe belanghebbenden; kwaliteit komt tot uiting in objectieve beoordelingen door en subjectieve belevingen van die belanghebbenden. Dit is een hele mondvol. Om deze definitie meer begrijpelijk te maken, wordt deze opgesplitst in vijf delen.

Ten eerste is kwalitatieve zorg een proces en moet dit gewaarborgd zijn door een systematische manier van werken en een aanhoudende wens om steeds te willen verbeteren (ZOL, 2016).

Ten tweede kunnen we kwalitatieve zorg ook meten aan de hand van output, namelijk door indicatoren. In het ZOL werkt men met een kwaliteitsdashboard, waar tweemaandelijks de resultaten van de kwaliteitsindicatoren in getoond worden. Dit stelt de werknemers van het ZOL in staat om continu te verbeteren.

Ten derde moet kwaliteit bijdragen aan de visie en doelstellingen van de organisatie. In de visie van het ZOL worden enkele specifieke items rond kwaliteit benoemd. Onder andere wil het ZOL een volledig zorgaanbod realiseren met kwaliteitsvolle basisgeneeskunde voor de eigen zorgregio en met expertfuncties (ZOL, 2016).

Ten vierde houdt kwaliteit rekening met eisen, behoeften en verwachtingen van belanghebbenden. Deze belanghebbenden zijn onder andere patiënten en de overheid. Mensen vergelijken ziekenhuizen met elkaar en kiezen voor het ziekenhuis dat in hun ogen de meest kwaliteitsvolle zorg biedt. Dit is subjectieve kwaliteit. Vanuit de overheid zijn er bepaalde verwachtingen van kwaliteitszorg, hetgeen zij ook meten aan de hand van een Zorginspectie. De Vlaamse overheid voert jaarlijks audits uit in alle Vlaamse ziekenhuizen om zich te vergewissen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg die wordt aangeboden.

Ten laatste houdt kwaliteit rekening met eisen, behoeften en verwachtingen van de organisatie zelf. Ook hier wordt de link gelegd met de visie van het ZOL, waarin de patiënt centraal staat. Het ZOL biedt de patiënt kwaliteitsvolle en veilige zorg aan. Om dit te kunnen garanderen is er een kwaliteitsbeleid uitgewerkt.

De dienst Kwaliteit en Patiëntveiligheid van het ZOL bestaat uit een diensthoofd Kwaliteit die rechtstreeks rapporteert aan de algemeen directeur en samen met twee stafmedewerkers instaat voor de concrete uitstippeling van het kwaliteitsbeleid en de enthousiasmering en ondersteuning van

de meer dan 3000 medewerkers. Om de kwaliteitsfilosofie te laten doordringen in de organisatie is er maandelijks een stuurgroep Kwaliteit waar zowel de directie, artsen, divisie managers, zorgcoördinatoren, het diensthoofd apotheek en de ombudsvrouw op aanwezig zijn. De besproken thema's en verbeteracties worden opgenomen op de teamvergaderingen binnen elke divisie, afdeling en dienst. Vier keer per jaar wordt er een gedetailleerd rapport aan de Raad van Bestuur overgemaakt zodat ook zij volledig op de hoogte zijn van de behaalde resultaten en de gedefinieerde verbeteracties. Op deze manier kan het ZOL garanderen dat het strategisch en operationeel beleid van het ziekenhuis draait om de kwaliteit van zorg voor de patiënten (ZOL, 2016). Het enthousiasmeren van alle medewerkers gebeurt door hen steeds bij het beleid te betrekken, duidelijk en frequent te communiceren, talrijke opleidingsmomenten te organiseren en audits op alle diensten en afdelingen frequent uit te voeren.

Om tot een kwaliteitsgericht denken te komen doorheen de instelling is er nood aan een extern of intern ziekenhuisbreed transparant model dat de ziekenhuizen stimuleert om de kwaliteit van de dienstverlening en de interne processen te bevorderen en te evalueren (Hermans, 2012). Een vorm van zo'n extern model is accreditatie.

2.2 Accreditatie

2.2.1 Algemeen

Bij een ziekenhuisaccreditatie komt een externe, onafhankelijke organisatie op basis van een aantal maatstaven (normen) beoordelen in welke mate het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg aanbiedt aan de patiënten. Ziekenhuizen krijgen het label voor een beperkt aantal jaren. In tegenstelling tot de inspectie van de Vlaamse overheid, kiezen ziekenhuizen zelf of ze zich wensen te accrediteren. Het kiezen voor accreditatie heeft verschillende voordelen voor een ziekenhuis. Men ontwikkelt een methodiek om systematisch en gestructureerd hoge kwaliteit van zorg te leveren en het biedt een hulpmiddel om evidence based handelen te kunnen implementeren en doorvoeren. Accreditatie creëert een cultuur van veiligheid en kwaliteit waarbij men streeft naar continue verbetering. Bijkomend verhoogt het behalen van een accreditatie het vertrouwen van in – en externe partners, het zorgt voor benchmarking en het verhoogt de veiligheid van patiënt en medewerker. In Vlaanderen werken de ziekenhuizen met twee instanties samen, namelijk het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en de Joint Commission International (JCI) (Vlaams Indicatorenproject, 2016). Beiden worden in de volgende hoofdstukken besproken.

2.2.2 NIAZ

Het NIAZ ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Er wordt beoordeeld of deze hun organisatie zo hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel kwaliteitsniveau van zorg voortbrengen. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na. De

accreditatiestatus beoogt derden – zoals patiënten, verzekeraars, overheden – het vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde instelling te geven. Deelname aan het programma van het NIAZ is vrijwillig, het geschiedt altijd op verzoek van de zorginstelling zelf. De toetsing vindt plaats op basis van tevoren bekende en gepubliceerde normen en een overeenkomstige auditprocedure (NIAZ, 2015). De doelstelling van het NIAZ is om een permanente verbetering van de kwaliteit van zorg nastreven. Daarnaast ligt de nadruk op de toegenomen verantwoordingsplicht van de zorginstellingen en op de geïnformeerde keuze van de consument (De Walcq et al., 2008). Men verkrijgt de accreditatie voor 4 jaar, nadien volgt een her-audit. Eén van de zorginstellingen die kiest voor een NIAZ – accreditatie is het OPZC Rekem.

2.2.3 JCI

De JCI is een private, non-profit organisatie die gericht is op een permanente verbetering van de veiligheid en de kwaliteit van zorg op internationaal vlak. De JCI wil dit bereiken door gebruik te maken van internationale normen en de internationale Patient Safety Goals. Eén van de ziekenhuizen die kiest voor een JCI – accreditatie is het ZOL.

Er zijn tien stappen die een ziekenhuis moet ondernemen voor een succesvolle accreditatie.

Allereerst is er de kennismaking: het ziekenhuis leert de JCI procedures en beleidsmaatregelen (policies) kennen aan de hand van het JCI accreditatie handboek. Deze informatie wordt met de medewerkers gedeeld.

Ten tweede volgt er een GAP analyse. Tijdens een auditbezoek gaan de auditoren na of de zorginstelling voldoet aan de vooropgestelde normen en de International Patient Safety Goals. Hiervoor maken ze gebruik van documentanalyse, interviews, afdelingsbezoeken, wetgeving, procedures, en de Individual Patient Tracer Activity – methode. Dit is een evaluatiemethode die ontwikkeld is om het traject van een patiënt doorheen een zorginstelling na te gaan. Men stelt in deze fase ook een actieplan op.

Ten derde gaat het ziekenhuis bestaande procedures en beleidsmaatregelen updaten.

In de vierde fase gaat het ziekenhuis vastleggen waar verandering nodig is. Hierbij zijn de Patiënt Safety Goals belangrijk, alsook een incidentmeldingssysteem.

In de volgende fase werkt het ziekenhuis samen met de medewerkers naar een veiligheidscultuur. Men gaat de nieuwe procedures implementeren en trainen. Hierbij zijn de leidinggevenden erg belangrijk. Leidinggevenden zijn de tussenpersonen tussen management en werknemers. De nieuwe procedures implementeren is een taak van de leidinggevende. Hij motiveert de noodzaak en het belang van de nieuwe procedures binnen de visie van het ZOL, namelijk kwaliteitsvolle zorg leveren. De leidinggevende gaat samen met de werknemers op zoek naar de beste manier om de nieuwe procedures te implementeren en welke vorming of training men nodig heeft. Ook de voorbeeldrol van de leidinggevende is hier essentieel.

In de zesde fase zit het ziekenhuis halfweg naar accreditatie. Men gaat patiënt tracers uitvoeren om medewerkers voor te bereiden op de mock survey, een proefaudit.

In de zevende fase mikt men op continue training voor duurzame verandering. De resultaten van de tracers worden gecommuniceerd.

In fase acht zal het ziekenhuis de processen evalueren en verfijnen. Er komt een cultuur van continue verbetering.

In fase negen zal men de mock survey uitvoeren om na te gaan waar nog non-compliances zijn met betrekking tot de JCI – normen. Nadien heeft het ziekenhuis nog een zes tot zeven maanden om de laatste voorbereidingen te treffen voor fase tien.

Fase tien is de eigenlijke on site survey door de auditoren. In deze fase wordt het ziekenhuis wel of niet geaccrediteerd. Men verkrijgt de accreditatie voor drie jaar. Nadien volgt een her-audit.

Het ZOL is in 2012 van start gegaan met de JCI – accreditatie. Fase 10, de on site survey was oorspronkelijk voorzien in 2016, maar is uitgesteld tot 2018. Het uitstel kadert binnen de ontwikkeling van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in het ZOL. In 2018 verwacht men dit EPD volledig uitgerold te hebben.

Zoals reeds vermeld stelt JCI internationale normen op. Eén van die JCI – normen handelt over zorgpaden, namelijk “clinical practice guidelines, clinical pathways, and/or clinical protocols are used to guide clinical care”. In kader van deze norm, is het ZOL vanaf 2013 begonnen met het jaarlijks ontwikkelen en implementeren van vijf zorgpaden. In 2014 is de ontwikkeling van het zorgpad alcoholontwenning, het eerste zorgpad binnen psychiatrie in het ZOL, gestart volgens het zeven fasen model van het Netwerk Klinische Paden (NKP). Zorgpaden en de ontwikkeling en implementatie hiervan worden in het volgend hoofdstuk besproken.

2.3 Zorgpaden

2.3.1 Algemeen

Een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader (Vanhaecht et al, 2011).

Karakteristieken van een zorgpad zijn:

- een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidence, best practice en patiëntverwachtingen en hun kenmerken
- het vergemakkelijken van de communicatie tussen teamleden, met patiënten en hun familie

- het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie
- het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten
- het identificeren van de verantwoorde middelen

Het streefdoel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren door het verbeteren van risk – adjusted resultaten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het performantie.

Volgens Sermeus en Vanhaecht (2002) zijn zorgpaden belangrijk op vier verschillende niveaus: als concept, als proces, als methode en als product.

Ten eerste is een zorgpad belangrijk als concept. Het is een hulpmiddel om multidisciplinair patiëntgericht te werken. Het zorgt voor eenduidige communicatie interdisciplinair, naar de patiënt en zijn familie.

Ten tweede is het proces van het ontwikkelen van een zorgpad belangrijk. Het team zit samen en neemt de praktijk onder de loep en formuleert nieuwe ideeën. Dit komt de teamwerking ten goede. In dit proces wordt het draagvlak gecreëerd. Het hele team moet overtuigd geraken van de voordelen in functie van benodigde tijd en impact. Het doorlopen van het proces, volgens het zeven fasen model van het NKP, is erg belangrijk om een effectieve implementatie te verzekeren.

Ten derde is een zorgpad als methode belangrijk. Een klinisch pad omvat alle activiteiten die rechtstreeks of onrechtstreeks bij de patiëntenzorg worden betrokken. Een klinisch pad focust zich niet uitsluitend op een efficiënte zorg, maar sluit eveneens een veilige, billijke, tijdige en effectieve zorg in. Er zijn drie methoden te onderscheiden. De eerste methode wordt gebruikt voor een goed voorspelbaar zorgproces op groepsniveau, dit zijn de gestandaardiseerde klinische paden. Bij het zorgpad voor alcoholontwenning is deze methode gekozen. Bij de tweede methode, de customized klinische paden, wordt het klinisch pad uitgeschreven op niveau van de individuele patiënt. Het gaat hier om zorg die onvoorspelbaar is op groepsniveau, maar niet op individueel niveau wanneer men rekening houdt met de individuele noden en behoeften van de patiënt. Als derde methode is er nog het casemanagement, wanneer de zorg onvoorspelbaar is op groeps – en op individueel niveau. Bij casemanagement coördineert één persoon de zorg voor de patiënt.

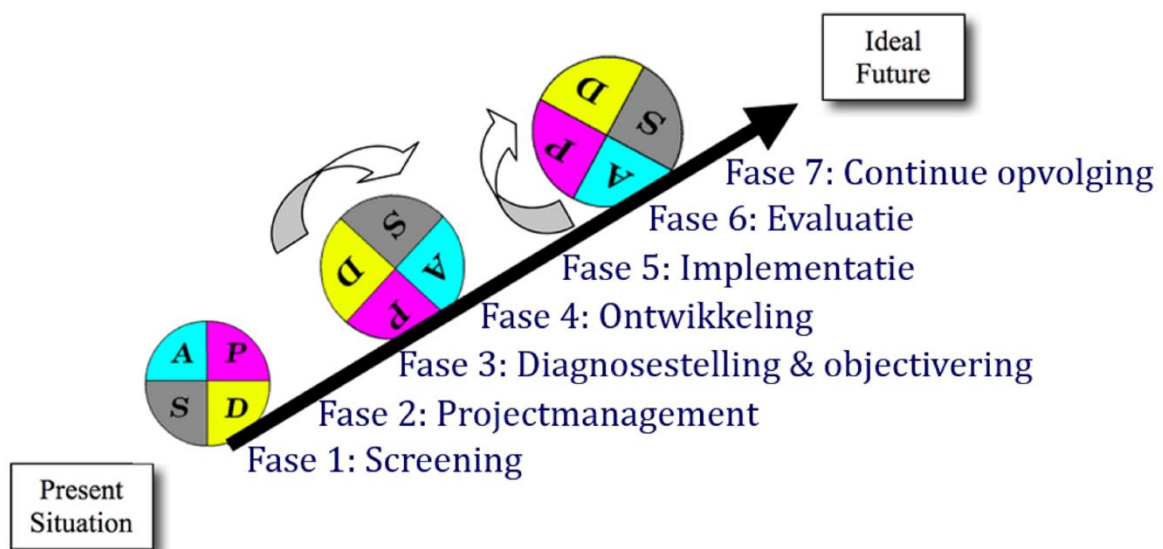
Ten vierde omvat een zorgpad een zestal producten: het modelpad, het patiëntenpad, het patiëntentraject, padinfo voor patiënten, het variantierapport en het Klinisch Pad Kompas. Het modelpad wordt ontwikkeld voor een groep patiënten, dit is het ideaal verloop van de zorg. Het patiëntenpad is de toepassing van het modelpad voor een individuele patiënt. Het patiëntentraject is het traject dat de patiënt reëel heeft doorlopen, waar dus afwijkingen op het modelpad kunnen zijn. De patiëntenversie van het modelpad noemt men de padinfo voor patiënten. In het variantierapport worden de afwijkingen gedocumenteerd. En het Klinisch Pad Kompas bestaat uit een selectie van de gewenste indicatoren, de frequentie en wijze van bevraging en de bronnen.

Binnen het ZOL worden er ieder jaar vijf zorgpaden ontwikkeld en geïmplementeerd. Dit verloopt steeds onder begeleiding van een zorgcoördinator en een (adjunct) – hoofdverpleegkundige (als projectverantwoordelijke). Verder is één zorgcoördinator verantwoordelijk voor de zorgpaden en is zij de contactpersoon. De ontwikkeling en implementatie verloopt volgens het zeven fasen model van het Netwerk Klinische Paden. Ieder jaar in september krijgen de projectverantwoordelijken een vorming over dit model. Dit wordt in het volgend hoofdstuk verder besproken.

2.3.2 Zeven Fasen Model van het NKP

Het zorgpad over alcoholontwenning is ontworpen door gebruik te maken van het zeven fasen model van het NKP (figuur 1). Dit is de methode die in het ZOL en in het OPZC Rekem gehanteerd wordt.

Figuur 1: Zeven Fasen Model NKP (Vanhaecht et al, 2011)



In de eerste fase, de screeningsfase wordt nagegaan of een zorgpad wel de juiste methodiek is. De veranderbereidheid van het multidisciplinaire team wordt in kaart gebracht. En nog belangrijker: er is zicht op het zorgproces, eventueel aan de hand van hulpmiddelen. Zo kan een Zorgproces Zelfevaluatietool (ZPZET) ingevuld worden door het team. Hiermee kunnen zij een evaluatie van het zorgproces maken door op vijf domeinen een score te geven. Het multidisciplinaire team, samen met het management, neemt de beslissing of een zorgpad de geschikte tool is.

In de tweede fase, de projectmanagementfase, wordt het zorgproces afgebakend. De inclusie – en exclusiecriteria voor het ziektebeeld en het tijds kader worden vastgelegd. Verder wordt het kernteam en de werkgroep samengesteld. Het kernteam zal het volledige project voorbereiden, uitwerken en evalueren. Zij worden bijgestaan door een ruimere werkgroep. Het is belangrijk om de rolverdeling duidelijk op te stellen: wie is de projectleider, wie de notulist, wat zijn de verwachtingen van de kerngroep, wat zijn de verwachtingen van de werkgroep Er wordt in deze fase een tijdslijn opgesteld. Het doel en de methodiek van het ontwikkelen van het zorgpad worden uitgelegd aan het team.

Vervolgens is er de derde fase: de diagnosestellings- en objectiveringsfase. Het doel is de huidige organisatie van het zorgproces te evalueren vanuit vier verschillende invalshoeken: de eigen organisatie en het team, de visie van de patiënt en de familie, de beschikbare evidence en wetgeving en de visie van externe partners.

Na deze invalshoeken in kaart te hebben gebracht, kan overgegaan worden tot de effectieve ontwikkeling van het zorgpad in de vierde fase. De ontwikkeling wordt gebaseerd op de objectieve informatie en de vooraf bepaalde doelstellingen uit de screenings –, de diagnosestellings – en de objectiveringsfase. Het pad wordt concreet uitgewerkt, rekening houdend met wat werkelijk haalbaar is op de werkvloer. Ook de padinfo voor patiënten wordt ontwikkeld.

In de vijfde fase volgt de effectieve implementatie. Het gebruik van het pad in de dagelijkse praktijk wordt voorbereid door alle teamleden in te lichten (door bv. informatiesessies) en het pad uit te testen gedurende een vooraf bepaalde periode. Nadien kan het pad, na eventuele laatste aanpassingen, geïmplementeerd worden voor dagelijks gebruik of men kan beslissen om het pad niet in gebruik te nemen.

De evaluatie van het zorgpad vindt plaats in de zesde fase. Een eerste evaluatie gebeurt best drie maanden na implementatie. Bij de evaluatie gaat men na of de knelpunten in de organisatie van de zorg weggewerkt zijn, alsook de bruikbaarheid van het zorgpad wordt geëvalueerd. De ZPZET wordt herhaald in deze fase. De evaluatie gebeurt aan de hand van dezelfde vier invalshoeken als bij de derde fase. Na de evaluatie wordt beslist om het pad verder in gebruik te nemen en continu op te volgen of dat er specifieke bijstellingen moeten plaatsvinden.

Indien het zorgpad in de dagelijkse praktijk gebruikt wordt, zal het kernteam in de zevende fase het zorgpad continu opvolgen. Dit gebeurt indien er minimaal elke zes maanden een inhoudelijke bespreking is, waarbij ook het gebruik van het pad wordt geëvalueerd, en minimaal één maal per jaar een objectieve evaluatie van de organisatie van het zorgproces wordt uitgevoerd.

In dit hoofdstuk is besproken hoe het ZOL aan kwaliteitszorg werkt. Het ZOL is sinds 2012 gestart met de procedure voor een JCI – accreditatie. Binnen de accreditatie bestaat een norm die het gebruik van zorgpaden beschrijft. Zorgpaden beogen het verhogen van de kwaliteit door het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van performantie. Zorgpaden zijn gestandaardiseerde zorgprogramma's die de communicatie interdisciplinair en met de patiënt en zijn familie verbetert. Het ontwikkelen en implementeren van zorgpaden verloopt op een gestructureerde manier via het zeven fasen model van het NKP. Het ontwikkelen en implementeren van een zorgpad is niet gemakkelijk. Het brengt verandering teweeg en verandering gaat vaak gepaard met weerstand. Om een geslaagde verandering te verzekeren, zijn hulpmiddelen voorhanden. Deze worden besproken in het volgende hoofdstuk over veranderingsmanagement.

3. Veranderingsmanagement

3.1. Wat is veranderingsmanagement

Een bedrijf dat niet verandert, gaat achteruit. Voor een ziekenhuis is dit niet anders. Nieuwe kennis, nieuwe wetgeving, ... maken dat een ziekenhuis verplicht is om te innoveren. Om vernieuwing, en dus verandering, in goede banen te leiden kan men beroep doen op de principes van veranderingsmanagement. Veranderingsmanagement is het effectief sturing geven aan activiteiten die gericht zijn op het aanpassen van een organisatie aan strategische wijzigingen (Kleijn en Rorink, 2009). Het implementeren van een zorgpad is een geplande verandering. Er zijn verschillende strategieën om dit aan te pakken. Zo beschrijven Burke et al (2008) bijvoorbeeld de methode van Kurt Lewin (1947). Lewin ziet een veranderingsproces in drie fasen. In de unfreeze – fase wordt het huidige werkgedrag afgeleerd en wordt het team rijp gemaakt voor verandering. In de moving – fase wordt de mentaliteit, houding en het gedrag van het team veranderd. In de refreeze – fase wordt de verandering geborgd. Deze visie is eerder top – down gericht en geniet niet de voorkeur. Een tweede voorbeeld zijn de acht fasen van succesvolle verandering van Kotter. Kotter's methodiek wordt in het ZOL gepromoot sinds 2015. In het volgende hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op de acht fasen van succesvolle verandering, gebaseerd op Kotter (2002).

3.2 De acht fasen van succesvolle verandering

3.2.1 Fase 1: Urgentiebesef vestigen

De eerste fase tijdens een succesvol veranderingsproces is ervoor te zorgen dat genoeg mensen met voldoende urgentiebesef handelen. Volgens Kotter (2002) doen we dit best met een veelzeggend object dat het team daadwerkelijk kan zien, aanraken en voelen. Met andere woorden, de noodzaak tot verandering wordt best gevisualiseerd. Wanneer mensen een probleem zien, ontstaat er een gevoel, bv. bezorgdheid of boosheid. Hierdoor stijgt het gevoel van urgentie bij een groot deel van het team en gaat men op zoek naar een andere aanpak. Kotter raadt aan dit op de goedkoopste en gemakkelijkste manier te doen. Belangrijk is ook rekening te houden met gevoelens van hoogmoed, angst en boosheid. Probeer op de verschillende gevoelens in te spelen. Geef de mensen erkenning voor hun gevoelens. Volgens Kroon J. (2009) wordt best niet ingespeeld op gevoelens van angst. Dit is geen goede voedingsbodem voor verandering. Er wordt beter gemikt op een gevoel van samenhang. Laat het team zien of voelen waar verbetering mogelijk is. Dit werkt niet door cijfers van winst of verlies te tonen. De focus ligt beter op achterliggende processen. Voor een leidinggevende is het belangrijk om te weten wat de waarden en normen binnen zijn team zijn. Waar hecht het team belang aan? Op deze waarden en normen kan de leidinggevende inspelen om het gevoel van urgentie te creëren.

3.2.2 Fase 2: De leidende coalitie vormen

Een gevoel van urgentie helpt bij het samenstellen van de juiste leidende coalitie. Volgens Kotter (2002) bestaat een krachtige leidende coalitie uit de juiste mensen en toont zij teamwerk. De juiste mensen zijn diegenen met de juiste vaardigheden, met leiderschapsvermogen en met geloofwaardigheid in de organisatie. Effectieve leidende coalities worden best als volgt samengesteld: één persoon die een grote urgentie voelt en mensen die beschikken over de volgende capaciteiten:

- Relevante kennis
- Geloofwaardigheid binnen het team
- Informatie over de interne werkwijzen van de onderneming
- Formele autoriteit en managementvaardigheden die horen bij plannen, organiseren en controleren
- Leiderschapsvaardigheden die verband houden met visie, communicatie en motivatie

De leidende coalitie moet goed kunnen samenwerken. Hierbij is vertrouwen erg belangrijk. Het vertrouwen kan opgekrikt worden door als leidinggevende een voorbeeldfunctie aan te nemen, door te handelen met passie, door positivisme uit te stralen en door de teamleden te ondersteunen in het veranderingstraject. Slechte vergaderingen ondermijnen het vertrouwen. Een goede voorbereiding is essentieel. De sleutel hierbij is prioriteiten stellen en discipline: één onderwerp per vergadering.

3.2.3 Fase 3: Een visie en strategie ontwikkelen

Kotter stelt dat een visie zo helder is dat hij in één minuut of op één A4'tje geformuleerd kan worden. Een visie heeft drie doelen. Allereerst geeft een visie richting aan: waar werken we naartoe. Ten tweede motiveert de visie om in de gewenste richting te werken. Ten derde helpt de visie om acties van verschillende mensen te coördineren. Een visie die emotioneel raakt werkt. De visie is attractief, geeft zin, is ambitieus, is voorstelbaar, is haalbaar, is flexibel en speelt in op intrinsieke behoeften. Het helpt om een visie op te stellen rekening houdend met de zelfdeterminatie theorie (ZDT) van Deci en Ryan (Van den Broeck et al, 2009). Deze theorie helpt om mensen intrinsiek te motiveren. De zelfdeterminatietheorie wordt in hoofdstuk 4 over motiveren verder besproken.

3.2.4 Fase 4: De veranderingsvisie communiceren

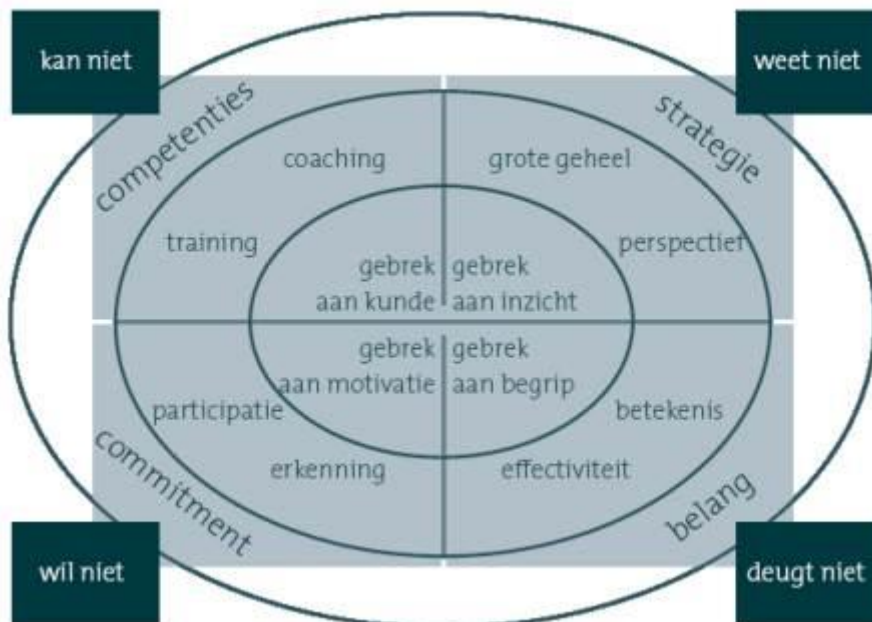
De visie en strategieën moeten effectief gecommuniceerd worden om begrip en een draagvlak te creëren. Hierbij is het belangrijk om de communicatie simpel en oprecht te houden. De visie wordt op een positieve manier en met voldoende enthousiasme gecommuniceerd naar het team. Metaforen kunnen hierbij helpen, alsook spreken in de wij – taal en boodschappen van verbondenheid. Opnieuw is voorbereiding belangrijk: breng op voorhand in kaart welke gevoelens mensen kunnen hebben. Pas

je communicatie hierop aan. Durf ook te spreken over deze gevoelens. Communiceer via verschillende kanalen: intranet, email, mondeling Volgens Pater L. en Schuurman M. (2010) is een persoonlijke boodschap nog altijd de meest effectieve manier van communiceren. De visie wordt best verschillende keren herhaald, want te weinig communiceren werkt niet.

3.2.5 Fase 5: Een breed draagvlak voor de verandering creëren

Om een breed draagvlak te creëren moet de leidinggevende effectief omgaan met obstakels die de verandering blokkeren, ook wel weerstand genoemd. Volgens Pater en Schuurman (2010) is weerstand een vorm van betrokkenheid. Werknemers die weerstand tonen, laten zien dat de verandering hen raakt. Pater en Schuurman (2010) geven aan dat er bij iedere verandering verschillende doelgroepen bij de werknemers zijn: 60% is passief betrokken, 15% is actief betrokken, 5% is actief niet – betrokken en 20% is passief niet – betrokken. Het is belangrijk om te luisteren naar de niet – betrokken partijen, maar ze geen aandacht te geven. Vestig de aandacht op de actief betrokken werknemers. Er zijn verschillende vormen van weerstand: in discussie gaan, onderbreken, negeren, pessimisme, Weerstand kan verschillende oorzaken hebben, dewelke in vier domeinen ingedeeld worden (zie figuur 2): gebrek aan kunde, gebrek aan inzicht, gebrek aan begrip, gebrek aan motivatie. Ieder domein van weerstand vereist een andere aanpak van de leidinggevende.

Figuur 2: oorzaken van weerstand (Pater en Schuurman, 2010)



Het is als leidinggevende belangrijk om te exploreren vanwaar de weerstand komt. Dit kan door naar het verhaal van de werknemer te luisteren en open vragen te stellen. In discussie gaan levert niets op. De leidinggevende probeert de weerstand om te buigen naar iets positief door een gezamenlijk goed te zoeken. Om het draagvlak verder te vergroten is empowerment belangrijk. De leidinggevende zal

verantwoordelijkheden delegeren naar de medewerker. De autonomie van de werknemer wordt aangesproken. De leidinggevende laat meer los en stuurt de groep. Hij neemt de rol van coach aan. Medewerkers worden meer proactief, krijgen een hoger zelfvertrouwen, zijn meer betrokken en kunnen zelf beter ontwikkelen. Leidinggevendens horen ook voorbeeldgedrag te stellen en de reden van verandering opnieuw en opnieuw te communiceren (Evard B. en Gipple C.A. 2006).

3.2.6 Fase 6: Korte-termijnsuccessen genereren

Korte termijnsuccessen zorgen voor enthousiasmering, kunnen de pessimisten opbeuren, cynici onschadelijk maken en een nieuwe impuls voor het proces creëren. Snelle successen werken goed. Wanneer ze zichtbaar zijn voor zoveel mogelijk mensen hebben ze meer effect. De successen hebben een rechtstreeks verband met het verandertraject en ze geven een schouderklopje.

3.2.7 Fase 7: Verbeteringen consolideren en meer verandering tot stand brengen

Volgens Kotter mag er niet gestopt worden met één verandering. De nieuwe veranderingsgolven moeten gebruikt worden en men mag niet stoppen voordat de visie realiteit is. Het gevoel van urgentie moet steeds op peil gehouden worden. Als leidinggevende is het belangrijk om het goede voorbeeld te geven. Een gevaar is een gevoel van zelfgenoegzaamheid hebben: “ het zware werk is achter de rug, nu kunnen we achterover leunen”.

3.2.8 Fase 8: Nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur

De verandering is pas voltooid wanneer de nieuwe werkwijze verankerd is. Dit kan door levendig te vertellen over de nieuwe werkwijze, wat deze doet en waarom hij succesvol is. Zoals in fase 7 vermeld is de voorbeeldfunctie erg belangrijk.

In dit hoofdstuk zijn de principes van verandermanagement besproken. Er zijn verschillende methodes ontwikkeld, in deze bachelorproef wordt bewust voor de methode van Kotter gekozen. Deze methode wordt in het ZOL gepromoot sinds eind 2015. De acht fasen voor succesvol veranderen van Kotter beginnen bij urgentiebesef te creëren bij de werknemers. Nadien is het essentieel een duidelijke visie op te stellen en te communiceren. Herhaling is hierbij de sleutel. Verandering stuit op weerstand en weerstand is een vorm van betrokkenheid. De weerstand moet worden omgebogen naar iets positief waardoor werknemers gemotiveerd zijn de verandering te implementeren. Waar motivatie mee samenhangt wordt in het volgende hoofdstuk verder besproken aan de hand van twee modellen. Nadat

een draagvlak gecreëerd is, is beloning belangrijk: successen worden gevierd. Eens het team op dreef is met veranderingen, moet het tempo aangehouden worden. Tot slot wordt de verandering een deel van de cultuur.

4. Motiveren

Om een draagvlak te creëren is het belangrijk om medewerkers te motiveren. Messmer M. (2006) geeft aan dat om anderen te motiveren, de leidinggevende zelf gemotiveerd moet zijn. Een goede leidinggevende laat positieve dingen gebeuren door een positieve toon te gebruiken. Enthousiasme en optimisme zijn besmettelijk. Als de leidinggevende vrolijk en positief is, zijn anderen het ook. Een hoofdfactor bij het motiveren van jezelf is passie voor je werk. Een leidinggevende kan werknemers niet enkel motiveren door eigen enthousiasme, hij kan ook inspelen op basisbehoeften die beschreven staan in de zelfdeterminatietheorie. Tot slot spelen ook werkeisen en energiebronnen een rol in de motivatie van de werknemer. De leidinggevende fungeert hier als hefboom. Eerst wordt de zelfdeterminatietheorie besproken, en nadien wordt op de werkeisen en energiebronnen ingegaan in het Job Demand Resources model.

4.1. Zelfdeterminatietheorie

Kwaliteitsvolle motivatie ontstaat volgens de zelfdeterminatietheorie (ZDT) wanneer de drie psychologische basisbehoeften bevredigd zijn. Volgens Van de Broeck (2009) zijn deze psychologische basisbehoeften: de behoefte aan autonomie (d.w.z. psychologisch vrij functioneren), competentie (d.w.z. doeltreffend handelen) en verbondenheid (d.w.z. goede relaties opbouwen met anderen). Deze aspecten krijgen binnen de ZDT verder vorm in zowel de gedragsregulaties die mensen erop nahouden ('het waarom' van gedrag) als in de doelen die mensen nastreven ('het wat' van gedrag).

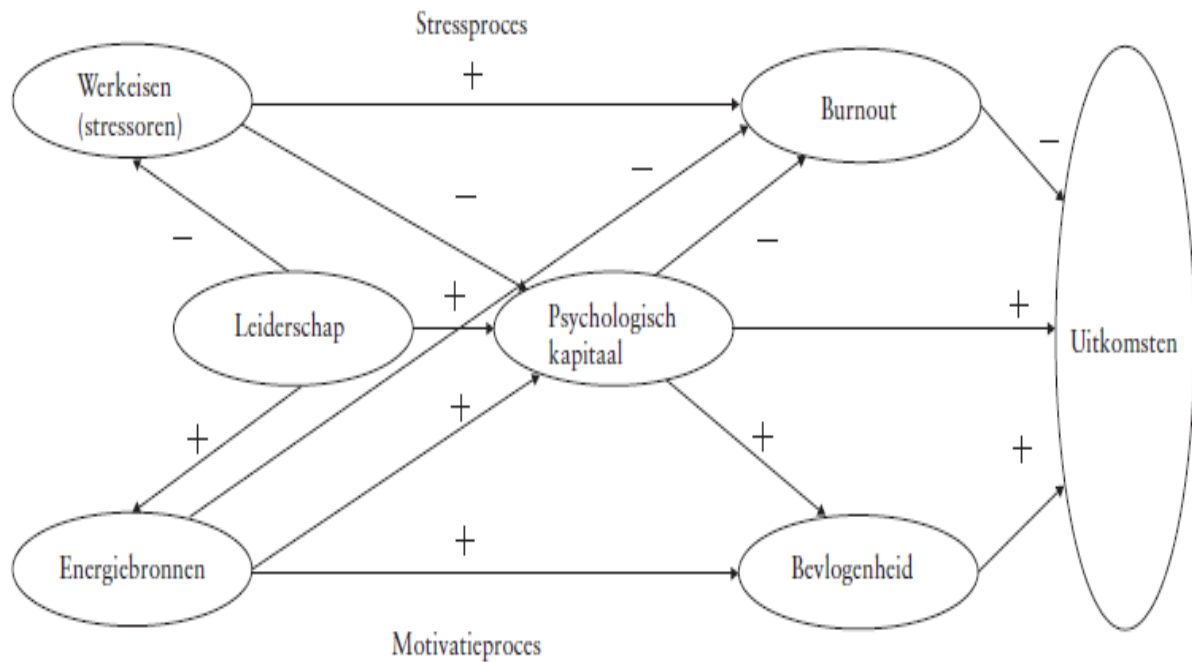
Wat betreft het 'waarom' van motivatie, maakt de ZDT een onderscheid tussen gecontroleerde en autonome motivatie. Gecontroleerd gemotiveerde werknemers worden gedreven door beloningen of straffen. Enerzijds kunnen deze worden toegekend door anderen, bijvoorbeeld in de vorm van bonussen of complimenten (externe regulatie). Anderzijds kunnen werknemers ook zichzelf belonen en straffen met gevoelens van trots of schuld (introjectie). In tegenstelling tot gecontroleerd gemotiveerde werknemers worden autonoom gemotiveerde werknemers gedreven door het gevoel dat hun taken belangrijk of waardevol zijn (identificatie) of interessant of leuk zijn (intrinsieke motivatie). Wie vanuit autonome motivatie taken op zich neemt, zal meer energie ervaren. Autonome motivatie draagt volgens de ZDT bij tot het goed functioneren van werknemers (Deci & Ryan, 2000).

In verband met het 'wat' van motivatie differentieert de ZDT extrinsieke en intrinsieke doelen. Werknemers die intrinsieke doelen nastreven, hechten belang aan zelfontwikkeling, het opbouwen van sociale relaties en het leveren van een bijdrage aan de samenleving. Extrinsiek georiënteerde werknemers vinden status, geld en macht belangrijk. Terwijl het nastreven van intrinsieke doelen behoeftebevrediging in de hand werkt, frustreert het nastreven van extrinsieke doelen de basisbehoeften. Extrinsieke doelen leiden immers af van de inter- en intrapersonlijke groeigerichte natuur van mensen.

4.2. Job demand Resources model

Het Job Demand Resources model (JD-R, zie figuur 3) gaat er van uit dat werknemers geconfronteerd worden met twee soorten werkkenmerken: werkeisen en energiebronnen.

Figuur 3: Job Demand Resources Model. (Schaufeli, 2015)



Werkeisen zijn fysieke, psychologische, sociale of organisatorische werkkenmerken die langdurige inspanning vereisen of continu een beroep doen op de vaardigheden van werknemers en daardoor verbonden zijn met bepaalde fysiologische en psychologische kosten (zoals vermoeidheid en irritatie). Voorbeelden van werkeisen zijn: veranderingen, rolconflicten, (fysieke, emotionele, psychische) belasting, conflicten met anderen, ...

Energiebronnen zijn fysieke, psychologische, sociale of organisatorische werkaspecten die (1) de werkeisen bufferen en hun bijbehorende psychologische en fysieke kosten reduceren, (2) functioneel zijn in het bereiken van de werkdoelen, en (3) op zichzelf van belang zijn omdat ze persoonlijke groei, ontwikkeling en leren stimuleren. Energiebronnen hebben motivationeel potentieel: hun aanwezigheid bevordert de bereidheid van werknemers om zich in te spannen het werk goed te doen. Het bevordert bevlogenheid en dit leidt tot positieve uitkomsten. Voorbeelden van energiebronnen zijn: sociale steun, autonomie, rol duidelijkheid, ontwikkelingsmogelijkheden, ...

In een onderzoek van Schaufeli (2015) zijn leiderschap en psychologisch kapitaal aan het oorspronkelijke JD-R model toegevoegd. Leiderschap kan een belangrijke hefboom vormen om bevlogenheid te bevorderen (en burn-out te verminderen). De leidinggevende speelt in op de psychologische basisbehoeften van werknemers aan verbondenheid, autonomie en competentie, zoals reeds beschreven in hoofdstuk 4.1 over de ZDT. Bevlogen leidinggevendenden richten zich bij uitstek

op verbinden (bijvoorbeeld door te zorgen voor een goede sfeer), autonomie (bijvoorbeeld door het geven van ruimte en handelingsvrijheid) en competentie (bijvoorbeeld door het geven van feedback). Naast leiderschap is ook psychologisch kapitaal toegevoegd. Bij psychologisch kapitaal gaat het om positieve persoonseigenschappen, zoals weerbaarheid, optimisme, flexibiliteit en vertrouwen in het eigen kunnen. Deze eigenschappen zorgen er niet alleen voor dat werknemers zich prettiger voelen op het werk, doordat ze beter kunnen omgaan met moeilijkheden en problemen en bovendien doordat het hun prestatie bevordert. Energiebronnen en bevlogen leiderschap kunnen het psychologische kapitaal van werknemers bevorderen (Schaufeli, 2015).

Versterkend, verbindend en inspirerend ofwel bevlogen leiderschap heeft een positief effect op energiebronnen en een negatief effect op stressoren. Dat suggereert dat bevlogen leidinggevers vooral zorgen voor meer energiebronnen op het werk. Het zou kunnen zijn dat bevlogen leidinggevers hun medewerkers 'aansteken' met hun eigen betrokkenheid.

Energiebronnen komen vaker op het werk voor dan stressoren. De belangrijkste energiebronnen hebben met sociale aspecten op het werk te maken (zoals de onderlinge sfeer, het voldoen aan verwachtingen van anderen en het hebben van een duidelijke rol op het werk).

Leiderschap blijkt te fungeren als een spin in het JD-R-web en is direct of indirect verbonden met alle elementen van het model. Dit is vanzelfsprekend van grote praktische waarde, omdat leiderschap daarmee een hefboom vormt om welbevinden (bevlogenheid en burn-out) en psychologisch kapitaal te bevorderen, en daarmee dus ook gezond en productief werken. Daarnaast valt de centrale rol van energiebronnen op. Deze verminderen burn-out en bevorderen bevlogenheid. Dit laatste zowel direct als indirect, via het psychologisch kapitaal van werknemers. Ook speelt het psychologische kapitaal zelf – dat 'gevoed' wordt door leiderschap en energiebronnen – een heel belangrijke rol, omdat het een effect heeft op alle uitkomstmaten.

4.3. Rol van leidinggevende bij motiveren

Het welzijn van werknemers kan verbeterd worden door aandacht te besteden aan de kwaliteit van hun motivatie. Ten eerste kan kwalitatief goede, autonome motivatie bevorderd worden wanneer werknemers zich mogen toeleggen op taken die ze leuk vinden. Ook minder leuke taken kunnen vanuit autonome motivatie uitgevoerd worden wanneer werknemers het belang, de zin of de meerwaarde ervan inzien

Ten tweede is het duidelijk dat intrinsieke waarden, zoals zelfontwikkeling en affiliatie, meer bijdragen tot het welzijn. Kwalitatief goede, intrinsieke waarden worden versterkt wanneer opleiding en zorg voor de werknemers centraal staan.

Het ABC van de behoeften staat voor Autonomie, Betrokkenheid (of verbondenheid) en Competentie. Deze behoeften kunnen vervuld worden wanneer werknemers (a) zelf keuzes mogen maken of worden ingelicht over het belang van hun taken, (b) goede relaties kunnen opbouwen met collega's en/of hun leidinggevende, en (c) taken mogen opnemen waar ze goed in zijn en zichzelf verder kunnen ontwikkelen.

Uitdagingen zoals werkdruk en verantwoordelijkheid, vragen energie van werknemers en maken hen kwetsbaar voor burn-out. Daarnaast zijn ze echter ook motiverend en stimuleren ze bevoegenheid. Door deze uitdagingen te kaderen als kansen voor behoeftebevrediging en door intrinsieke waarden te onderstrepen in de organisatiecultuur zullen werknemers deze uitdagingen eerder percipiëren als groeikansen en minder burn-out ervaren.

In dit hoofdstuk is besproken hoe een leidinggevende medewerkers kan motiveren. Als eerste is zijn eigen motivatie en enthousiasme belangrijk. De voorbeeldrol die hij stelt, kan besmettelijk werken op de medewerkers. Ten tweede kan een leidinggevende beroep doen op principes uit twee modellen: de ZDT en het JDR – model.

De ZDT stelt dat motivatie toeneemt wanneer ingespeeld wordt op de drie psychologische basisbehoeften: autonomie, betrokkenheid en competentie. Bovendien verhoogt de productiviteit wanneer medewerkers autonoom, intrinsiek gemotiveerd zijn. Kwalitatief goede, intrinsieke waarden worden versterkt wanneer opleiding en zorg voor de werknemers centraal staan en wanneer men dingen mag doen die men leuk vindt of waar men het nut van inziet.

Binnen het JDR – model spreekt men over werkeisen en energiebronnen op het werk. Energiebronnen zijn meer aanwezig dan werkeisen. Deze twee spelen een rol in het welbevinden (bevoegenheid en burn – out) op het werk. Psychologisch kapitaal vormt een buffer voor het welbevinden.

Verder is leiderschap een hefboom om welbevinden en psychologisch kapitaal te bevorderen, en daarmee dus ook gezond en productief werken.

5. Algemeen besluit theoretisch gedeelte

Binnen het ZOL wordt op verschillende manieren aan kwaliteitsvolle zorg gewerkt. Om deze kwaliteit te bewijzen aan interne en externe partners wordt er gekozen voor een JCI – accreditatie. Het ZOL heeft sinds 2013 reeds een proces doorlopen voor het behalen van deze accreditatie. In 2018 beoogt men geaccrediteerd te worden. Eén van de normen binnen JCI beschrijft het gebruik van zorgpaden. Ieder jaar worden vijf zorgpaden ontwikkeld en geïmplementeerd. Op TEPSI wordt een transmuraal zorgpad ontwikkeld en geïmplementeerd volgens het zeven fasen model van het NKP. Dit model wordt ieder jaar aan de projectverantwoordelijken uitgelegd via een vormingsmoment. Verdere ondersteuning verloopt via een zorgcoördinator.

De acht fasen van succesvol veranderen van Kotter zijn een extra hulpmiddel om een zorgpad te implementeren. De fasen van Kotter en het NKP komen voor een deel overeen. In beide methodieken wordt gesproken over het opstarten van een kerngroep/ leidende coalitie en het proces van het ontwikkelen van het zorgpad zorgt voor een draagvlak. Kotter focust meer op het implementeren en is een goede aanvulling op het model van het NKP.

Binnen Kotter is het motiveren van de medewerkers een belangrijk onderdeel, onder andere om urgentiebesef en een draagvlak te creëren. Kotter beschrijft niet in detail hoe men het best medewerkers motiveert. Hiervoor kan men wel beroep doen op de principes van de ZDT en het JDR model. Binnen de ZDT kan de leidinggevende motiveren door in te spelen op het ABC van de psychologische behoeften: Autonomie, Betrokkenheid en Competentie. Verder speelt hij best in op autonomie, intrinsieke motivatie.

In het JDR – model fungeert de leidinggevende als hefboom in het welbevinden van de medewerker. Hij kan bevlogenheid bevorderen door te focussen op energiebronnen en het psychologisch kapitaal van de medewerker. Zijn eigen bevlogenheid kan besmettelijk werken.

Welke rol de leidinggevende specifiek heeft binnen bovenstaande methoden, wordt in het praktisch gedeelte besproken.

Deel 2: Praktisch gedeelte

1. Inleiding

Het praktisch deel bestaat uit een analyse van de ervaringen van het team en de projectverantwoordelijke bij het implementeren van het zorgpad alcoholontwenning op de afdeling TEPSI. Om deze analyse mogelijk te maken is er een bevraging bij het team van TEPSI geweest op een vergadering en is de eigen aanpak van de projectverantwoordelijke beschreven. De projectverantwoordelijke is de adjunct – hoofdverpleegkundige en wordt verder ook zo benoemd.

Naast de ervaring van het team en de adjunct – hoofdverpleegkundige is ook de ervaring van andere leidinggevenden, de ervaringsdeskundigen, in kaart gebracht. Dit is gebeurd door bij vijf leidinggevenden, werkzaam in het ZOL, een semi – gestructureerd interview af te nemen. Om de lezer een duidelijk beeld te geven zijn deze analyses verwerkt binnen de eerste vijf van de acht fasen van John Kotter. De laatste drie fasen komen te weinig aan bod aangezien de implementatie slechts recent heeft plaats gevonden.

Uit deze drie afzonderlijke analyses worden uiteindelijk tien geboden gedistilleerd die een leidinggevende hanteert bij het implementeren van een zorgpad. Eerst is het interessant om een verloop van het project te schetsen van de ontwikkeling en implementatie binnen de eerste vijf van zeven fasen van het NKP.

2. Projectverloop

2.1 Screeningsfase

Begin 2014 heeft het OPZC Rekem aan het ZOL de samenwerking gevraagd voor het uitwerken van een transmuraal zorgpad voor patiënten met het syndroom van Korsakov. De adjunct – hoofdverpleegkundige van psychiatrie heeft hierop toegezegd. In een eerste vergadering met OPZC Rekem in september 2014, waarop het ZOL enkel vertegenwoordigd werd door de adjunct – hoofdverpleegkundige, zijn de doelstellingen van het zorgpad besproken. De bedoeling is om de ontwenningfase van het zorgpad samen te ontwikkelen en te implementeren. Om een beter zicht te krijgen op de huidige werking rond patiënten die ontwennen van alcohol is een ZPZET afgenomen binnen het team.

2.2 Projectmanagementfase

In deze fase werd het kernteam samengesteld. De leden van het OPZC Rekem waren al gekend: de clustermanager Acute Zorg en Ouderenzorg, de programmacoördinator van Langdurige Zorg, de programmacoördinator van Ouderenzorg en de referentieverpleegkundige van Langdurige Zorg. Vanuit het ZOL was reeds duidelijk dat de zorgcoördinator en de adjunct – hoofdverpleegkundige zouden deelnemen. Het was de taak van deze laatste om het team verder uit te bouwen. Er is per e – mail een vraag naar het team van psychiatrie gesteld: wie wil meewerken aan het zorgpad? Het vinden van kandidaten verliep moeilijk. Na het persoonlijk aanspreken van enkele verpleegkundigen waren er twee kandidaten vanuit de PAAZ en één kandidaat vanuit TEPSI. Nog voor de eerste vergadering had plaatsgevonden heeft de verpleegkundige van TEPSI zich teruggetrokken. Het was pas een halfjaar later dat, na opnieuw iemand persoonlijk aan te spreken, een nieuwe kandidaat gevonden werd.

Tijdens de eerste vergadering zijn de rollen duidelijk afgesproken. De clustermanager is de voorzitter, de adjunct – hoofdverpleegkundige en de zorgcoördinator zijn de notulisten, de rest zorgt voor inhoudelijke inbreng. Het kernteam is niet multidisciplinair opgesteld. Er was geen grote werkgroep, zoals beschreven door het NKP.

Verder is er een projectplan opgemaakt met een duidelijke timing. De afbakening van de patiëntengroep en het tijds kader zijn opgesteld: patiënten onder invloed van alcohol op een termijn van vijf dagen. Dit is de maximum opnameduur op TEPSI. Op deze vijf dagen is een patiënt namelijk lichamelijk ontwend van alcohol.

Het kernteam heeft sinds de start van het project nog enkele wijzigingen doorgemaakt. De clustermanager en de zorgcoördinator hebben in het begin van 2016 een andere uitdaging gevonden en hebben het kernteam verlaten. Hun vervangers zijn snel gestart. Desondanks heeft dit effect gehad op de ontwikkeling van het zorgpad en is de tijdslijn aangepast.

Het doel van het zorgpad en de methodiek zijn niet gecommuniceerd naar het team. Deze communicatie had beter wel plaatsgevonden om een duidelijk beeld te geven van het proces en de timing.

2.3 Diagnosestellings- en objectiveringsfase

In deze fase is het zorgproces geëvalueerd op verschillende vlakken. Voor de beschikbare evidence is er beroep gedaan op de richtlijnen van het Trimbos Instituut. Deze Nederlandse instelling richt zich er op om kennis van de geestelijke gezondheidszorg te delen. Op basis van deze literatuur zijn er verschillende indicatoren opgesteld. Deze indicatoren zijn gemeten bij een dossieranalyse van 20 dossiers. Zo wordt de eigen werking in kaart gebracht. Verder is vanuit het eigen team de behandeling van ontwenning van alcohol op TEPSI geanalyseerd door de werkgroep.

Voor de visie van de patiënt en familie is er gedacht aan een walk – through, waarbij een patiënt een hele dag gevolgd wordt. Hier is bewust niet voor gekozen. Ondanks de rijke bron aan informatie, leek dit te ingrijpend voor de patiënt. De patiënt komt namelijk in crisis binnen en heeft voldoende rust nodig.

2.4 Ontwikkelingsfase

Op basis van de informatie uit de diagnosefase is er gestart met de ontwikkeling van het zorgpad alcoholontwenning. De clustermanager heeft een voorstel uitgewerkt dat besproken en aangepast is binnen het kernteam. De aangepast versie is binnen het multidisciplinaire team voorgesteld en feedback is gevraagd tijdens een dienstvergadering. Deze feedback is opnieuw in het kernteam besproken, waarna de laatste aanpassingen zijn gebeurd. Binnen het zorgpad (zie bijlage 1) is er aandacht voor de rol van elke discipline. Het zorgpad is zo opgesteld dat het als checklist gebruikt kan worden en dat de tijdsinvestering minimaal is.

Ondertussen heeft het kernteam ook een informatiefolder voor patiënten en familie ontwikkeld. Deze vertaalt zich een stuk als de padinfo voor patiënten.

2.5 Implementatiefase

In mei 2016 is besloten om het zorgpad te testen op TEPSI voor 6 weken om nadien een eerste aanpassing aan het zorgpad te doen. Het kernteam heeft zichzelf bewust onder druk gezet en gemikt op een implementatie (testfase) voor de zomervakantie. Dit had voor – en nadelen. Het voordeel is dat het zorgpad na een proces van ongeveer twee jaar (september 2014 – mei 2016) eindelijk geïmplementeerd werd, waardoor het meer ging leven binnen het team. Het nadeel was dat het kernteam op korte tijd veel mensen moest bereiken en inlichten over de exacte werking van het zorgpad.

Voor de communicatie over de implementatie van het zorgpad is gekozen om een document met de visie en de werking van het zorgpad op te stellen. Dit werd, samen met het zorgpad, doorgemailed naar het hele team. Het zorgpad werd op de afdeling zichtbaar gemaakt. Vervolgens werd op een teamoverleg het zorgpad nogmaals uitgelegd. Het kernteam binnen het ZOL heeft bovendien afgesproken om de teamleden ook persoonlijk aan te spreken. Er werden geen infosessies georganiseerd omwille van de tijdsdruk.

Op 30 mei is de testfase van start gegaan.

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van het verloop van de ontwikkeling en implementatie van het zorgpad volgens het zeven fasen model van het NKP. Na dit overzicht kan er in het volgend hoofdstuk overgegaan worden naar de analyse van de ervaringen van het team over de implementatie van het zorgpad.

3. Ervaringen uit het team

Het team is een heel belangrijke actor in een zorgpad. Zij zijn degenen die het zorgpad gebruiken, er dagdagelijks mee werken en in hun werk eigen maken. De ervaringen van het team wordt in kaart gebracht door een bevraging tijdens een dienstvergadering. Dit is een vergadering waarbij het volledige multidisciplinaire team uitgenodigd wordt. Dit wordt geleid door de hoofdverpleegkundige en gaat inhoudelijk over het beleidsplan. De ervaringen van het team worden verder aangevuld door feedback die ze persoonlijk aan het kernteam hebben gegeven. Wat nu volgt zijn de ervaringen van het multidisciplinaire team van TEPSI met de implementatie van het zorgpad alcoholontwenning.

3.1 Urgentiebeseft

Op het gebied van urgentiebeseft heeft het team weinig ervaren. De beslissing tot het uitwerken van een zorgpad was reeds genomen en men heeft enkel de boodschap ontvangen dat er een zorgpad zou komen. Voor het team leek er geen noodzaak om het huidig werken met patiënten met ontwenning van alcohol aan te passen. Er heerst geen idee dat een aanpassing nodig is. Het zorgpad bleef eerder een 'ver van mijn bed show', waardoor er ook zeker geen gevoelens van angst of bezorgdheid heersten. Er is door de teamleden geen uitdrukkelijke wens geuit om in deze fase anders benaderd te worden.

3.2 Leidende coalitie vormen

De open vraag tot deelname aan de leidende coalitie is verschillende keren herhaald in het team. In eerste instantie door de voorgaande adjunct – hoofdverpleegkundige. De vraag was gericht naar verpleegkundigen, niet naar het multidisciplinair team. Dit is een gemis omdat er geen inzichten van andere disciplines aanwezig waren.

Zoals eerder benoemd was er geen vrijwillige kandidaat vanuit TEPSI en is er iemand persoonlijk aangesproken: een verpleegkundige met verschillende jaren ervaring in de verslavingszorg, iemand die enthousiast is en dit enthousiasme kan overbrengen, iemand die een leidersfiguur kan zijn en iemand die haar team goed kent. Zij heeft met de nodige motivatie het kernteam verwoegd, maar heeft toch de basis gemist. Ze had graag vanaf het begin mee in het verhaal geweest. Dit had het voor haar gemakkelijker gemaakt.

Het team heeft enkel de vraag gekregen of ze wilden deelnemen aan een werkgroep. Bij de vraagstelling waren geen duidelijke doelstellingen of verwachtingen geformuleerd. De medewerkers geven aan dat deze informatie drempelverlagend kan werken.

3.3 Visie en strategie ontwikkelen

Er is geen duidelijke visie gecommuniceerd zoals omschreven door Kotter. De voordelen van het werken met een zorgpad werden wel gecommuniceerd. Het werken met een zorgpad heeft namelijk de volgende voordelen: het evidence – based werken, de kwaliteit van de zorg verhogen, de

communicatie interdisciplinair en met de patiënt en familie verbeteren, de omgeving meer betrekken. Het team kon zich wel vinden in deze voordelen, maar hadden ook graag de meerwaarde voor zichzelf hierin gezien. De grootste vrees werd de toename van administratie: “weer een document dat ingevuld moet worden”. De focus had meer op het eigen voordeel moeten liggen. Medewerkers zagen het zorgpad als een werkeis, een extra belasting. Zoals vermeld in hoofdstuk 4 over motiveren, kan het implementeren van een zorgpad als een uitdaging geschetst worden en dan wordt het een energiebron. Medewerkers worden dan geprikkeld hun competenties te benutten. Binnen de visie had er meer focus moeten liggen op motiverende aspecten. De focus moest liggen op autonomie, betrokkenheid en competentie. Wanneer medewerkers een opdracht graag uitvoeren, of het nut ervan inzien, zullen zij productiever werken en meer gemotiveerd zijn.

3.4 Veranderingsvisie communiceren

De visie is op verschillende wijzen gecommuniceerd: via overlegmomenten, via e – mail en persoonlijk. De verpleegkundigen geven aan dat deze wijze van communiceren voldoende was voor hun. De communicatie was voldoende duidelijk. Er was tijdens de communicatie weinig weerstand. De enige weerstand draaide om de bezorgdheid van de tijdsinvestering van het zorgpad. Bij weerstand is het belangrijk te luisteren naar het verhaal van de medewerkers en begrip te tonen. Op TEPSI had men het gevoel dat hier tijd voor genomen werd.

Naar de ergotherapeuten, psychomotorische therapeuten en de sociale dienst was er weinig communicatie. Hier zijn interne communicatieproblemen binnen het kernteam opgetreden. Er waren geen duidelijke afspraken wie welke discipline zou aanspreken. Dit leidde er toe dat bovengenoemde drie disciplines niet mee waren in het verhaal bij de start van de testfase. Zij zijn nadien persoonlijk aangesproken, er is tijd uitgetrokken voor de nodige uitleg over de bedoeling en werking van het zorgpad. Zij geven aan dat ze liever op voorhand ingelicht waren.

3.5 Draagvlak creëren

Draagvlak creëren draait een stuk om omgaan met weerstand. Zoals eerder vermeld was er weinig weerstand bij het introduceren van het zorgpad. Voor de aanwezige weerstand werd steeds tijd uitgetrokken om naar het verhaal van de medewerker te luisteren. Er werd begrip getoond maar ook werd de visie steeds opnieuw herhaald door de adjunct – hoofdverpleegkundige. Het draagvlak had vergroot kunnen worden door alle disciplines tijdig in te lichten, zodat er ook tijd was om feedback te geven.

Binnen dit hoofdstuk zijn de ervaringen en verwachtingen van het team bij het implementeren van een zorgpad besproken. Medewerkers misten duidelijk communicatie. Zij hebben de volgende tips: de verwachtingen en doelstellingen van de werkgroep duidelijk en tijdig communiceren, een multi – disciplinaire werkgroep oprichten, communicatie multi – disciplinair voeren en de voordelen van het zorgpad voor het team in de verf zetten.

4. Ervaringen van leidinggevenden

Om te leren uit de ervaring van leidinggevenden bij het implementeren van zorgpaden is er gekozen om bij vijf leidinggevenden van het ZOL een semi – gestructureerd interview af te nemen (zie bijlage 2). Sinds 2013 worden er jaarlijks vijf zorgpaden ontwikkeld. Dit betekent dus dat er 15 kandidaten zijn om te interviewen. De keuze uit deze 15 leidinggevenden is gebaseerd op de meest recente implementaties.

De volgende kandidaten zijn gekozen: Veerle Janssen, hoofdverpleegkundige van de dagkliniek op campus St Barbara; Loes Frederix, hoofdvroedkundige; Erwin Simon, hoofdverpleegkundige op cardiochirurgie; Joris Clerix, hoofdverpleegkundige op orthopedie en Yamina Kherouach, hoofdverpleegkundige op pneumologie. De interviews worden niet volledig uitgeschreven, de essentie wordt gedistilleerd binnen de fasen van Kotter.

4.1 Urgentiebesef

Om urgentiebesef te creëren raadt Kotter aan om tastbaar materiaal te hanteren. Van de vijf geïnterviewde leidinggevenden is er slechts één die dit principe hanteert. Zij presenteert cijfermateriaal over de doelgroep van het zorgpad zodat duidelijk wordt over hoeveel casussen het per jaar gaat en welke tijdsinstaat er uit te halen valt. Anderen vinden dit niet essentieel om het urgentiebesef te verhogen. Bij alle leidinggevende kwam de vraag voor het implementeren van een zorgpad vanuit het management, en kadert dit binnen de JCI – accreditatie. De verandering is dus top – down geïntroduceerd.

Twee leidinggevenden vinden het belangrijk dat het idee van de groep komt. Zij hebben het gevoel van top – down implementatie kunnen ombuigen naar een bottom – up implementatie door het idee van verpleegkundigen te laten komen. Dit doen ze door verpleegkundigen op individueel niveau aan te spreken en kritische vragen te stellen over het zorgproces. De verpleegkundigen spreken dan onderling over dit probleem waardoor het urgentiebesef gaat groeien. Dit raakt de verpleegkundigen emotioneel en dit roept een nood tot verandering op. Tijdens een teamvergadering wordt verder op deze urgentie ingegaan, van waaruit het idee voor een zorgpad gelanceerd wordt.

4.2 Leidende coalitie vormen

Bij het samenstellen van de leidende coalitie zijn de vijf leidinggevenden het eens: zoek kandidaten op vrijwillige basis. Zij zijn intrinsiek, autonoom gemotiveerd en zullen een drijvende kracht achter het project zijn. Het lukt niet voor alle leidinggevenden om deze kandidaten te vinden. Veel hangt af van het team. Indien er zich geen vrijwillige kandidaten stellen, worden mensen persoonlijk aangesproken. Hierbij houden ze rekening met vereisten die door Kotter zijn benoemd: enthousiaste medewerkers met invloed op de groep en voldoende kennis van het zorgproces.

Bij het zoeken naar geschikte kandidaten raadt men aan om duidelijk de verwachtingen binnen het kernteam te stellen: welke rol, op welke termijn, hoeveel vergaderingen, Een multidisciplinaire werkgroep is slechts aangewezen indien in het zorgpad een rol verwerkt zal zijn voor elke discipline.

De aanwezigheid van een geneesheer wordt als een meerwaarde gezien. Indien haalbaar mikt men best op een geneesheer als actief lid van de leidende coalitie. Met de drukke agenda van de geneesheren is dit helaas niet steeds haalbaar. De geneesheren meekrijgen in het verhaal is evenzeer wel van essentieel belang. Zonder de geneesheer krijg je het zorgpad niet geïmplementeerd. Spreek minimaal af hoe je de geneesheer op de hoogte houdt van de ontwikkelingen binnen het project.

De leidinggevenden zien een leidinggevende als de geschikte kandidaat om de werkgroep te modereren. Hij/zij zal ook inhoudelijke inbreng geven, maar zal zich vooral focussen op de planning en de timing. Het delegeren van taken aan medewerkers en ze autonoom laten werken (empowerment) wordt als belangrijk beschouwd. Dit is eveneens door Kotter beschreven als een belangrijk item. De leidinggevende stuurt het team aan en biedt hulp waar nodig.

4.3 Visie en strategie ontwikkelen

Een duidelijke visie wordt als belangrijk beschouwd. Deze visie omvat de richting waar het team heen werkt en de manier waarop. De leidinggevenden zijn het ook eens dat de voordelen van het werken met een zorgpad duidelijk vernoemd moeten worden, waarbij zeker de voordelen voor het team eruit moeten springen. De voordelen voor het team werken motiverend. De principes van autonomie, betrokkenheid en competentie werden door geen van de leidinggevenden expliciet gebruikt in de visie.

4.4 Veranderingsvisie communiceren

De visie werd door iedere leidinggevende gecommuniceerd via een dienstvergadering. Dit is de plaats waar een zo groot mogelijk deel van het team bereikt kan worden. De visie werd niet steeds door de leidinggevende zelf gecommuniceerd. Bij twee zorgpaden werd dit door leden van de leidende coalitie gedaan. Dit versterkte de autonomie en het zelfvertrouwen van die mensen. Voor de rest van het team kwam het implementeren van het zorgpad niet over als top-down. De visie werd verder gecommuniceerd via news letters per e – mail.

De visie bevatte volgende items: de reden voor het implementeren van het zorgpad en de voordelen van het zorgpad, vooral voor het team.

Tijdens het proces van de ontwikkeling van het zorgpad werd er niet gecommuniceerd over het verloop. Slechts wanneer een zorgpad klaar was voor implementatie, werd dit opnieuw tijdens een dienstvergadering gecommuniceerd. Medewerkers kregen dan de kans om feedback te geven, waarna de leidende coalitie nog eventuele aanpassingen kon doen. Na de implementatie was het herhalen van de visie op een overtuigende, enthousiaste manier belangrijk. Eigen enthousiasme en gedrevenheid werkt besmettelijk bij een team. De leidinggevenden passen hier de principes van de inspirerende leiderschapstijl toe: duidelijk communiceren over de visie.

4.5 Draagvlak creëren

Om het draagvlak te creëren is het belangrijk om het idee voor een zorgpad zoveel mogelijk van het team zelf te laten komen. Zoals vermeld in hoofdstuk 4.1 hebben twee leidinggevenden dit gedaan. Zij merken dat dit helpt om een draagvlak te creëren.

Binnen deze fase is het omgaan met weerstand belangrijk. Elke leidinggevende geeft aan dat hij/zij te maken kreeg met weerstand. Door het team goed te kennen, kan er voorhand een inschatting gemaakt worden van de mogelijke weerstand. Eén leidinggevende herkent de doelgroepen die Pater en Schuurman omschrijven. Hij focust op de actief betrokken medewerkers. Voor de niet – betrokken medewerkers maakt hij tijd om naar hun verhaal te luisteren en begrip te tonen. Verder geeft hij geen aandacht aan deze groep. Hier past hij de coachende leiderschapstijl toe.

Het schema over de oorzaken van weerstand (hoofdstuk 3.2.5, figuur 2) was niet gekend en gebruikt door de leidinggevenden.

Bij de betrokken doelgroep wordt de participatieve stijl toegepast. Medewerkers krijgen de ruimte om mee te denken, ideeën te geven en deze ook uit te werken. Het delegeren van taken wordt door de leidinggevenden aangehaald als een belangrijk item. Op deze manier creëert men voor zichzelf ruimte om te sturen, en medewerkers krijgen meer zelfvertrouwen. Kotter geeft aan dat dit het draagvlak verhoogt.

De leidinggevenden geven aan dat de eigen motivatie een belangrijke rol speelt. Men moet zelf achter het project staan en dit met enthousiasme kunnen overbrengen naar de groep. Kotter beschrijft dit als de voorbeeldfunctie van de leidinggevende.

In dit hoofdstuk zijn de ervaringen van collega – leidinggevenden besproken, gebaseerd op een semi – gestructureerd interview. Bij het creëren van een urgentiebesef is het belangrijk om het idee bottom – up te laten komen door het team te prikkelen aan de hand van kritische vragen. Dit vergroot ook het draagvlak. De leidende coalitie bestaat best uit intrinsiek autonoom gemotiveerde mensen die een positieve invloed hebben op een groep. Om deze leden te zoeken is het aangewezen de verwachtingen en de bedoeling van de leidende coalitie duidelijk te schetsen. De arts is essentieel om mee te hebben in het verhaal.

Bij het opstellen en communiceren van de visie is het belangrijk om duidelijk de richting aan te geven en de voordelen voor het team te benadrukken. De visie wordt vaak herhaald. Bij weerstand maakt men best tijd voor de medewerker en toont men begrip. De eigen motivatie en voorbeeldgedrag van de leidinggevende werkt besmettelijk voor het team.

5. Ervaringen van de projectverantwoordelijke

De projectverantwoordelijke is hij of zij die het project draagt, samen met het kernteam. In het ZOL is dit de adjunct – hoofdverpleegkundige van de dienst psychiatrie. Vanuit een helicoptervisie is er gekeken naar het implementeren van het zorgpad op de dienst TEPSI.

5.1 Urgentiebesef

Op het vlak van urgentiebesef creëren is er weinig ondernomen. Een toenemende vraag naar het bewijzen van kwaliteit (JCI) en de vraag vanuit het OPZC Rekem hebben geleid tot de beslissing om een zorgpad te ontwikkelen. Het zorgpad werd eerder gezien als een opportuniteit om de huidige zorg voor patiënten met ontwenning van alcohol onder de loep te nemen. Bij een volgend zorgpad zal de focus op het creëren van urgentiebesef gelegd worden. Het creëren van een gevoel van urgentie is de eerste stap naar het creëren van een draagvlak. Een grondig onderzoek naar de noodzaak van de verandering, zijnde een zorgpad, is aangewezen. Op groepsniveau en op individueel niveau wordt dit urgentiegevoel best aangewakkerd. Het creëren van dit gevoel start op individueel niveau met het kritisch in vraag stellen van de werking van een bepaald proces. Dit kan bv. door cijfergegevens te gebruiken. Dit brengt mensen aan het denken, zij gaan er onderling over praten. Wanneer de leidinggevende merkt dat dit onderwerp begint te leven en bepaalde gevoelens losweekt, kan dit op een vergadering op de agenda komen. De probleemstelling kan aangekaart worden en aangezien er een urgentiebesef bestaat, is de kans groot dat er al een draagvlak gecreëerd is.

5.2 Leidende coalitie vormen

De weg die genomen is om de leidende coalitie samen te stellen is reeds beschreven. Vanuit de rol van adjunct – hoofdverpleegkundige is een vraag naar kandidaten gesteld. In de vraagstelling ontbrak een duidelijke doelstelling en duidelijke verwachtingen. Dit is een belangrijke fout geweest. Uiteindelijk is vanuit een coachende leiderschapsstijl één verpleegkundige persoonlijk aangesproken. De keuze was gevallen op een psychiatrisch verpleegkundige met ongeveer 30 jaar ervaring, waarvan 6 jaar in de verslavingszorg. Zij is enthousiast, positief ingesteld, kennis over het zorgproces en heeft een goede invloed op het team. Enkele van deze eigenschappen worden door Kotter als belangrijk beschreven bij de leden van de leidende coalitie. De monodisciplinaire kerngroep had het nadeel dat de inbreng van andere disciplines erg beperkt bleef. Dit is een grote fout geweest bij het ontwikkelen en implementeren van het zorgpad. Niet – verpleegkundige disciplines waren niet voldoende mee in het verhaal. In de toekomst geniet een multidisciplinaire leidende coalitie de voorkeur.

Het zoeken van vrijwillige kandidaten was een goede zet, dit was enkel niet op een efficiënte manier gedaan. Het versturen van een e – mail kan, maar in de vraagstelling moet een duidelijke visie vermeld staan. Binnen deze visie is het motiveren belangrijk volgens de principes van de ZDT en van het JDR model. De vraagstelling wordt best zo opgesteld dat de verwachtingen duidelijk gesteld worden. Volgens de principes van de ZDT moet de vraagstelling opgesteld worden in termen van autonomie, betrokkenheid en competentie. Binnen het JDR model wordt er gefocust op energiebronnen. De

vraagstelling moet duidelijk de meerwaarde van het implementeren van het zorgpad inhouden. Om verder in te spelen op energiebronnen, is het belangrijk om de waarden binnen het team te kennen.

Bij de start van het project was de rolverdeling niet duidelijk. Dit is wel duidelijk gesteld tijdens de eerste vergadering van de leidende coalitie. Een duidelijke rolverdeling brengt rust binnen het kernteam.

De leidende coalitie werd in twee groepen opgedeeld: de ZOL – leden en de OPZC – leden. Iedere groep werkte binnen zijn organisatie verschillende zaken uit, zoals bijvoorbeeld een informatiefolder. Binnen deze subgroepen was er geen duidelijke rolverdeling. Automatisch werd de adjunct – hoofdverpleegkundige als leider gezien. Het is best dat de rollen ook hier duidelijk benoemd worden zodat ieder zijn verwachtingen en verantwoordelijkheden duidelijk gesteld worden. Rolonduidelijkheid is één van de mogelijke werkeisen binnen het JDR – model.

Er werd besloten geen psychiater binnen de leidende coalitie op te nemen vanwege de tijdsinvestering voor hem. Binnen het kernteam is besloten om hem per verslaggeving op de hoogte te houden van de stand van zaken. Evenzeer werd de psychiater best persoonlijk aangesproken over de gang van zaken, kwestie van vinger aan de pols te houden. Dit is slechts weinig gebeurd bij het zorgpad alcoholontwenning waardoor we merken dat de arts niet helemaal mee was in het verhaal. De arts is een heel belangrijke actor, hij is degene die het medisch beleid bepaald. Er moet dus gefocust worden op de motivatie en overtuiging van de arts.

5.3 Visie en strategie ontwikkelen

Binnen de leidende coalitie is er geen duidelijke visie of strategie ontwikkeld en op papier gezet. Slechts toen de implementatie van het zorgpad naderbij kwam, heeft de subgroep van het ZOL een visie verwoord. Deze visie is ontstaan uit de mogelijke weerstand van het team. Tegenargumenten voor deze weerstand werden binnen de visie opgenomen. De voordelen werden ook benoemd.

De visie was niet opgesteld zoals Kotter het omschrijft. De richting, de motivatie en de coördinerende rol waren niet duidelijk genoeg aanwezig. Binnen de visie horen ook motiverende aspecten te zitten, gebaseerd op de ZDT en het JDR model. Ook deze elementen waren niet aanwezig. Hier had de leidende coalitie meer aandacht aan moeten besteden.

5.4 Veranderingsvisie communiceren

Zonder duidelijke visie werd er ook niet duidelijk gecommuniceerd. Eens een voorstel van het zorgpad klaar was, is dit gecommuniceerd via een dienstvergadering. Het team kreeg nadien de mogelijkheid om vragen te stellen en feedback te geven over het zorgpad. Er werden weinig vragen gesteld en er werd weinig feedback gegeven. Vanuit de rol van adjunct – hoofdverpleegkundige is hier weinig aandacht aan gegeven. Een inspirerende leiderschapsstijl was aangewezen om de visie te verkondigen. Nadien kon overgeschakeld worden naar de participatieve stijl om medewerkers te betrekken en feedback te vragen. Het stellen van open vragen was nu te beperkt, waardoor de feedback achterwege

bleef. Door mensen persoonlijk aan te spreken had er meer feedback vanuit het team gekomen. Nu leek het voor iedereen een 'ver van mijn bed show'.

Bij de eigenlijke implementatie is er gekozen om te communiceren via e – mail en via het persoonlijk aanspreken van de teamleden. In de mail werd het zorgpad in bijlage toegevoegd, evenals een toelichtende tekst over het zorgpad. Deze tekst bevatte een stukje visie. Boodschappen van verbondenheid, autonomie en competentie ontbraken, alsook elementen die inspeelden op mogelijk energiebronnen.

Het zorgpad en deze tekst werden ook op de afdeling uitgehangen om het team zo volledig mogelijk te bereiken. Dit gebeurde twee weken voordat het zorgpad geïmplementeerd werd in een testfase. Bij het persoonlijke aanspreken van de teamleden werd steeds de bedoeling en de voordelen van het zorgpad uitgelegd. Hier werd vooral op verpleegkundigen gefocust en afspraken binnen de leidende coalitie waren niet duidelijk. Er werd onderling niet gecommuniceerd wie al geïnformeerd was en wie niet. Er werd ten onrechte vanuit gegaan dat iedereen geïnformeerd was bij de start van de testfase. Dit bleek niet het geval. De psychomotorische therapeuten, ergotherapeuten en de sociale dienst zijn post – implementatie ingelicht. Dit is een groot leerpunt. Ieder teamlid moet voor de start geïnformeerd zijn en de kans krijgen om vragen te stellen. Het organiseren van een infosessie, waar de medewerkers kunnen oefenen met het zorgpad is een meerwaarde.

Het is aangewezen om de werking van het zorgpad uit te leggen via een dienstvergadering en de implementatie kort na deze vergadering te plannen. Zo wordt het grootste deel van het team bereikt en wordt een forum geboden om feedback te geven en vragen te stellen.

5.5 Draagvlak creëren

Het zorgpad is volledig top – down geïntroduceerd. Dit maakt het een stuk moeilijker om een draagvlak te creëren. Een draagvlak creëren heeft te maken met enthousiasmeren en motiveren van het team. Ook het omgaan van de leidinggevende met weerstand is belangrijk. Zoals eerder vermeld is er tijdens de ontwikkeling van het zorgpad geen weerstand getoond. Het team aanvaardde het feit dat er een zorgpad kwam, maar het werd te weinig concreet voor hen. Bij de eigenlijke implementatie was er wel weerstand, maar eerder beperkt. Men zag weinig meerwaarde in het zorgpad en de grootste bekommernis was de extra administratie. Er was weinig vernieuwing in de werking met patiënten die ontwennen van alcohol. Er is tijd gemaakt om te luisteren naar deze weerstand en de mogelijke weerstand was in de kerngroep ook reeds in kaart gebracht. Op deze manier kon er makkelijk ingespeeld worden op de weerstand met de nodige tegenargumenten.

Opnieuw had een duidelijke visie hierin een ondersteuning kunnen zijn. Door te focussen op de meerwaarde van het zorgpad, konden de medewerkers de zin ervan inzien. Het zorgpad wordt dan niet als werkeis ervaren, maar wel als energiebron: een uitdaging voor het werkveld.

Om de motivatie te verhogen is er geen gebruik gemaakt van de principes van de ZDT of van het JDR - model. Praten in termen van autonomie, verbondenheid en competentie is belangrijk. Door de waarden en normen binnen het team te kennen, kan er ingespeeld worden op wat een team belangrijk vindt. Hierdoor kan de leidinggevende inspelen op de intrinsieke autonome motivatie.

De ervaring van de adjunct – hoofdverpleegkundige met het implementeren van het zorgpad alcoholontwenning is beschreven in dit hoofdstuk. Er is geen urgentiebesef gecreëerd, hetgeen als gemis ervaren wordt. Medewerkers zijn weinig gemotiveerd om mee te werken aan het project. Kandidaten voor de leidende coalitie werden persoonlijk aangesproken. In de zoektocht naar gemotiveerde mensen is het goed om duidelijke verwachtingen en doelstellingen te formuleren. De leidende coalitie was niet multidisciplinair opgebouwd. Doorheen het hele proces lag de focus vooral op verpleegkundigen, waardoor andere disciplines te weinig in het verhaal mee zijn. Een duidelijke, richtinggevende visie met motivationele elementen volgens de ZDT en het JDR model ontbrak en wordt wel als essentieel gezien.

6. Tien geboden voor een leidinggevende voor het succesvol implementeren van een zorgpad

Na de analyse van het team, collega – leidinggevend en de adjunct – hoofdverpleegkundige volgt een distillatie tot tien geboden voor een leidinggevende om de implementatie van een zorgpad tot een goed einde te brengen.

Fase van Kotter	Gebod
Urgentiebesef	1. Creëer urgentiebesef bottom – up door kritische vragen over het zorgproces te stellen aan medewerkers
Leidende coalitie	2. Zoek leden voor de multidisciplinaire leidende coalitie door duidelijke doelen en verwachtingen te schetsen binnen een bepaald tijds kader
Visie en strategie	3. Creëer een duidelijke visie: waar werken we naar toe, hoe doen we dit, wat is de meerwaarde van een zorgpad en wat zijn de voordelen voor het team
Communiceren	4. Communiceer de visie op een enthousiaste, duidelijke, begrijpbare manier 5. Herhalen is de boodschap
Draagvlak creëren	6. Creëer een draagvlak bij de arts 7. Empowerment: delegeer taken en verantwoordelijkheden aan medewerkers 8. Spreek in termen van autonomie, betrokkenheid en competentie. Focus op energiebronnen 9. Maak tijd en toon begrip voor weerstand. Weerstand = betrokkenheid 10. Voorbeeldfunctie: wees zelf enthousiast en gemotiveerd en straal dit uit naar het team

7. Algemeen besluit praktisch gedeelte

In het praktisch gedeelte zijn de ervaringen van het team en de projectverantwoordelijke met het implementeren van het zorgpad alcoholontwenning beschreven. Verder zijn de ervaringen van leidinggevendenden met het implementeren van andere zorgpaden beschreven.

Het zeven fasen model van het NKP is een goede methodiek om zorgpaden te ontwikkelen en te implementeren. Om dieper in te gaan op het veranderingsproces dat hiermee samen hangt, zijn de acht fasen van Kotter een goede aanvulling. Dit model was niet door de leidinggevendenden gekend en dus niet gehanteerd. Enkele principes die zij als belangrijk aanhalen, passen wel binnen de fasen van Kotter. Ook vanuit de projectverantwoordelijke is het model van Kotter weinig gebruikt.

Motivatie is een terugkerend item: het team wil gemotiveerd worden en leidinggevendenden willen een draagvlak creëren en het team motiveren tot het werken met het zorgpad. De beschreven modellen, ZDT en JDR, zijn niet toegepast.

Vanuit de drie ervaringen werden in het praktisch gedeelte tips en aanbevelingen gedaan. Deze werden binnen de acht fasen van Kotter gegoten als 10 geboden bij het succesvol implementeren van een zorgpad.

Algemeen besluit

Zorgpaden passen perfect binnen de huidige ontwikkelingen in het ZOL. Met de lopende JCI – accreditatie is er meer vraag om kwaliteitsverbeterende projecten op te starten. Zorgpaden beogen een verbetering van de kwaliteit van zorg. De samenwerking tussen het OPZC Rekem en TEPSI ZOL voor een transmuraal zorgpad komt op een gelegen moment. Het zorgpad alcoholontwenning is het eerste zorgpad op de dienst psychiatrie van het ZOL. Een ongekend product brengt onzekerheid met zich mee, zowel binnen het team als bij de leidinggevende. Als leidinggevende is dit het eerste veranderingsproces dat op TEPSI geïntroduceerd wordt. Er rijzen dan ook heel wat vragen over zijn rol bij het implementeren van een zorgpad.

In deze bachelorproef is beschreven waar zorgpaden zich situeren binnen kwaliteit en hoe zij ontwikkeld worden volgens het zeven fasen model van het NKP. Het is aan te raden dit model te volgen, aangevuld met principes van veranderingsmanagement. Afhankelijk van het zorgpad dat ontwikkeld wordt, kunnen de fasen sneller doorlopen worden.

De acht fasen van succesvol veranderen van Kotter worden in het ZOL aangeprezen. Voor het implementeren van een zorgpad is dit model een goede aanvulling op het zeven fasen model. Voor kleine veranderingen is het model van Kotter te uitgebreid en tijdsinvesterend.

Bij veranderingsmanagement is het motiveren van medewerkers belangrijk. Motiveren kan aan de hand van twee modellen: de ZDT en het JDR model.

De ZDT mikt op het bevredigen van de drie psychologische basisbehoeften: autonomie, betrokkenheid en competentie. Medewerkers presteren het best wanneer ze autonoom intrinsiek gemotiveerd zijn.

Binnen het JDR model wordt een onderscheid gemaakt tussen werkeisen en energiebronnen. Deze hebben beiden een effect op het welbevinden (burn – out en bevlogenheid). Het psychologisch kapitaal van de medewerker is een buffer hierin. De leidinggevende heeft een hefboomfunctie. Hij kan het psychologisch kapitaal versterken door empowerment en een vormingsbeleid. Ook energiebronnen kunnen versterkt worden, door bv. in te spelen op sociale steun. Het implementeren van een zorgpad kan ervaren worden als een werkeis. Door de juiste bewoording kan het eveneens ervaren worden als een uitdaging en dan fungeert het als een energiebron.

De modellen die beschreven zijn, vullen elkaar mooi aan. De acht fasen van Kotter zijn een goede verdieping binnen het zeven fasen model van het NKP. De ZDT en het JDR model zijn dan weer een verrijking van het model van Kotter. Binnen verandering staat het motiveren van medewerkers centraal. De gehanteerde modellen van motiveren kunnen een grote meerwaarde betekenen binnen een veranderingsproces. Bij kleine veranderingen is het aan te raden deze principes te hanteren, eerder dan de volledige acht fasen van Kotter te doorlopen.

Dat de leidinggevende een rol speelt binnen een veranderingsproces is duidelijk. Welke rol dit precies

is, is onderzocht in het praktisch gedeelte. De ervaringen van het team, van collega – leidinggevenden (ervaringsdeskundigen) en de adjunct – hoofdverpleegkundige zijn in kaart gebracht. Van daaruit is de rol van leidinggevende weergegeven in de vorm van tien geboden binnen de fasen van Kotter.

Reflectie

Het schrijven van deze bachelorproef was niet gemakkelijk voor mij. In het schooljaar 2014 – 2015 heb ik de bachelorproef uitgesteld vermits ik net begonnen was als adjunct – hoofdverpleegkundige op de dienst psychiatrie in het ZOL. Ik zag de combinatie van de nieuwe job, met de opleiding én een bachelorproef niet haalbaar. Ik had op dat moment ook geen geschikt onderwerp voor een bachelorproef.

In het schooljaar 2015 – 2016 had ik geschikt onderwerp voor ogen. Ik was bezig met het ontwikkelen van een zorgpad en dat verliep niet gemakkelijk. Er waren veel vragen en onduidelijkheden voor mij. Wat werd er van mij verwacht? En hoe bracht ik dit project tot een goed einde? Eerdere ervaringen met het implementeren van veranderingen op onze dienst, gaven me weinig goede moed. Veranderingen worden steeds lauw onthaald en het vergt de nodige visie en daadkracht om dit te implementeren. Ik was ervan overtuigd dat een leidinggevende een zeer belangrijke rol in dit proces kan spelen. Een ideaal onderwerp voor een bachelorproef.

Het schrijven van de bachelorproef kwam traag op gang. Ik had wat ruwe krijtlijnen in mijn hoofd, maar er kwam weinig op papier. Het ontwikkelen van het zorgpad liep ook vertraging op, waardoor ik niet verder kon.

Begin 2016 ben ik voor de eerste keer papa geworden. Het vaderschap neemt veel tijd en energie in beslag. Bovendien waren er op het werk ook verschillende onvoorziene omstandigheden. Dit ging ten koste van de bachelorproef.

Met de nodige motivatie van mijn promotor, Lieven Vanlangenaeker, en mijn inhoudsdeskundige, Andy Swennen, ben ik in de loop van 2016 toch op gang geraakt.

Als ik nu terug kijk naar het hele proces, zou ik het anders hebben aangepakt. De theorie zou ik veel eerder geschreven hebben, zodat ik meer principes van Kotter en van de ZDT en het JDR model kon toepassen. Ik vind dit zeer interessante theorieën die ik graag meer in de praktijk wil toepassen. Het lijkt me ook belangrijk om te oefenen in een juiste manier van toepassen. Dit heb ik voorlopig nog niet beet. Een vervolg op deze bachelorproef zou een verdieping van de ZDT en het JDR model binnen de 10 geboden kunnen zijn. Per gebod kunnen bijvoorbeeld enkele interventies aan de hand van deze theorieën uitgewerkt worden.

Ik ben tevreden met de bachelorproef en heb er veel uit geleerd. Wanneer ik een volgend zorgpad ontwikkel en implementeer, zal ik rekening houden met de tien geboden voor leidinggevendenden.

Bibliografie

Burke, W., Dale L., Paine J. (2008). *Organization change: a comprehensive reader*. Jossey – Bass

Cuyvers, G. (2007). *Zorgen voor kwaliteit. Handboek kwaliteitsontwikkeling voor non – profit organisaties*. Leuven: Lannoo Campus.

Deci, E., Ryan, R. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self – determination of behavior. *Psychological Inquiry*, volume 11, issue 4, 227-268

De Walcqque, C., Seuntjens, b., Vermeyen, K., Peeters, G., & Vinck, I. (2008). *Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma’s in Europa*. KCE Reports 70A. Geraadpleegd op 19 juni 2016 op <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/vergelijkende-studie-van-ziekenhuisaccrediteringsprogramma%E2%80%99s-in-europa#.V7JlIfmLTIU>

Evard, B., Gipple, C.A. (2006). *Veranderingsmanagement voor dummies*. BBNC Uitgevers

FOD Volksgezondheid (2016). *Pilootproject ‘Crisiseenheden met inbegrip van case manager voor personen met een middelengebruik’*. Geraadpleegd op 16 juni 2016 op <http://www.health.belgium.be/nl/crisiseenheden>

Hermans, J. (2012). *Accreditatie in de Vlaamse Ziekenhuizen*. s.l., s.n.

Kleijn H., Rorink F. (2009). *Verandermanagement*. Pearson Benelux

Kotter, J. (2002). *The heart of change. Real life stories of how people change their organizations*. Harvard Business School Publishing.

Kroon, J. (2012). *Wat hebben ze nu weer bedacht?! Hoe één simpel communicatieprincipe het verschil maakt bij uw verandertraject*. Van Duuren Management

NIAZ (2015). *Wat is het NIAZ*. Geraadpleegd op 19 juni 2016 op <https://www.niaz.nl/over-niaz>

OPZC Rekem (2016). *Ouderenzorg*. Geraadpleegd op 18 juni 2016 op <http://www.opzcrekem.be/patienten/zorgaanbod/ouderenzorg>

OPZC Rekem (2016). *Over OPZC Rekem*. Geraadpleegd op 18 juni 2016 op <http://www.opzcrekem.be/home/over-opzc-rekem>

Pater, L., Schuurman, M. (2010). *Communicatie en implementatie. Met vijftig tips van theorie naar praktijk*. Boom Lemma uitgevers.

Schaufeli, W. (2015). Van burn – out tot bevoegenheid. *Tijdschrift voor management en organisatie*, nummer 2/3, 15-31

Sermeus, W., Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn klinische Paden?. *Acta hospitalia*, 3, 5-11.

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W., Andriessen, M. (2009). De zelfdeterminatietheorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag en Organisatie*, 2009-22, nr. 4, 316-335

Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, Lodewijckx C, Panella M, Vleugels A, Sermeus W. (2011). 7 fasen voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 67, nr. 10, 473-481

Vlaams Indicatorenproject (2016). Vragen over kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen. Wat is een accreditatie. Geraadpleegd op 19 juni 2016 op <https://www.zorgkwaliteit.be/vragen/wat-een-accreditatie>

Ziekenhuis Oost – Limburg (2016). Kwaliteitsbeleid. Geraadpleegd op 16 juni 2016 op <http://www.zol.be/kwalitatieve-en-veilige-zorg/kwaliteitsbeleid>

Ziekenhuis Oost – Limburg (2016). Opdracht, missie, visie. Geraadpleegd op 16 juni 2016 op <http://www.zol.be/opdracht-missie-visie>



Ziekenhuis Oost – Limburg (2016). Volwassenenpsychiatrie ZOL. Afdelingsfilosofie en de werkingsprincipes. Geraadpleegd op 18 juni 2016 op http://www.eengezondeambitie.be/sites/default/files/stage/afdelingsbrochures/GF00_en_EPSI.pdf

Bijlagen

Bijlage 1: zorgpad alcoholontwenning

Zorgpad detox Alcohol

klever patiënt

	Dag 0: .../...	Dag 1: .../...	Dag 2: .../...	Dag 3/4/5 .../...
Basishouding	Structureren	Motiverende gesprekken voeren	Motiverende gesprekken voeren	Empathie
Gezondheid en veiligheid	<input type="checkbox"/> Observatie symptomen ontwenning: min 2x/dag CIWA-Ar (evt. OOS, SOS, VAS) ° VM ° NM <input type="checkbox"/> Drinkgebruik in kaart: basisanamnese + TDI <input type="checkbox"/> Opvolging parameters: min 3x/dag EWS <input type="checkbox"/> 8u 15u 21u <input type="checkbox"/> Medicatiebeleid: - Vit B IM/PO - Tranxène bij ontwenning <input type="checkbox"/> Hydrateren <input type="checkbox"/> Suïcidaliteit observeren <input type="checkbox"/> Bloedname <input type="checkbox"/> Klinisch assessment <input type="checkbox"/> Bagagecontrole	<input type="checkbox"/> Observatie symptomen ontwenning: min 2x/dag CIWA-Ar (evt. OOS, SOS, VAS) ° VM ° NM <input type="checkbox"/> Opvolging parameters: min 3x/dag EWS <input type="checkbox"/> 8u 15u 21u <input type="checkbox"/> Evaluatie medicatiebeleid: - Vit B IM/PO - Tranxène bij ontwenning <input type="checkbox"/> Hydrateren <input type="checkbox"/> Suïcidaliteit observeren	<input type="checkbox"/> Observatie symptomen ontwenning: min 2x/dag CIWA-Ar (evt. OOS, SOS, VAS) ° VM ° NM <input type="checkbox"/> Opvolging parameters: min 3x/dag EWS <input type="checkbox"/> 8u 15u 21u <input type="checkbox"/> Evaluatie medicatiebeleid: - Vit B IM/PO - Tranxène bij ontwenning <input type="checkbox"/> Hydrateren <input type="checkbox"/> Suïcidaliteit observeren	<input type="checkbox"/> Observatie symptomen ontwenning: min 2x/dag CIWA-Ar (evt. OOS, SOS, VAS) ° VM ° NM <input type="checkbox"/> Opvolging parameters: min 3x/dag BD + P <input type="checkbox"/> 8u 15u 21u <input type="checkbox"/> Evaluatie medicatiebeleid: - Vit B IM/PO - Tranxène bij ontwenning <input type="checkbox"/> Hydrateren <input type="checkbox"/> Suïcidaliteit observeren <input type="checkbox"/> Ontslagmedicatie: <input type="checkbox"/> o Klaarzetten <input type="checkbox"/> o Voorschrift
Individuele gesprekken	<input type="checkbox"/> Individueel kennismaking, motiverend en ondersteunend gesprek	<input type="checkbox"/> Individueel motiverend en ondersteunend gesprek <input type="checkbox"/> Individuele psycho -educatie detox a.d.h.v. folder	<input type="checkbox"/> Individueel motiverend en ondersteunend gesprek <input type="checkbox"/> Individuele psycho -educatie detox a.d.h.v. folder <input type="checkbox"/> Voorbereidend ontslagplanningsgesprek (ontslagdatum en nazorg)	<input type="checkbox"/> ontslagplanning <input type="checkbox"/> Motiverend gesprek: hervalpreventie
Oriëntatie en planning	Inventariseren: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> T - motoriek <input type="checkbox"/> V - cognitie <input type="checkbox"/> V - ADL	Inventariseren: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> T - motoriek <input type="checkbox"/> V - cognitie <input type="checkbox"/> V - ADL	Inventariseren: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> T - motoriek <input type="checkbox"/> V - cognitie <input type="checkbox"/> V - ADL	Inventariseren: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> T - motoriek <input type="checkbox"/> V - cognitie <input type="checkbox"/> V - ADL
Familie en netwerk	<input type="checkbox"/> HA telefonisch informeren over opname (na akkoord pat!)	<input type="checkbox"/> S Heteroanamnese m.b.t. gebruik <input type="checkbox"/> V Infolder aan mantelzorgers <input type="checkbox"/> C Inventariseren netwerk	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S Ontslagplanning: <input type="checkbox"/> o Netwerk inlichten <input type="checkbox"/> o Familie inlichten	Naar huis (Stop zorgpad): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> o HA tel inlichten <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> o Nazorg afspreken Mutatie/transfer: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> o HA tel inlichten <input type="checkbox"/> o Verslag <input type="checkbox"/> o Vervoer  Vermoeden Korsakov : observatiefase  Geen vermoeden Korsakov : stop zorgpad
Afwijking van zorgpad en reden				

Bijlage 2: semi – gestructureerd interview leidinggevenden

Interview leidinggevende

Hoe is het implementeren van het zorgpad verlopen?

- Vanwaar de vraag
- Hoe aan begonnen
 - o Urgentiebesef
 - o Kernteam:
 - Wie?
 - Hoe gekozen?
 - Zelf deelgenomen of gestuurd?
- Visie
- Hoe communiceren
 - o Mail
 - o Vergadering
 - o Vorming georganiseerd?
- Hoe team meekrijgen
- Wanneer starten
 - o Hoe lang ontwikkeld
 - o Testfase
- Hoe evalueren?
- Hoe borgen?
- Wat is moeilijk gelopen?
 - o Hoe opgelost?

Welke rol had jij specifiek als leidinggevende?

- Deel van het kernteam?
- Hoe deelgenomen? Sturend of participierend?
- Essentiële taak van LG

Welke tips heb je voor een leidinggevende bij het implementeren van een zorgpad ?

- Zo groot mogelijke slaagkans